



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Adenocarcinoma Parotideo

T E S I S

ROSA ELVA RAMOS HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1977



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Adenocarcinoma Parotideo

T E S I S

PARA OBTENCION DEL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

ROSA ELVA RAMOS HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1977

REVISADO

Y

AUTORIZADO

DR. FLORENTINO HERNANDEZ F.

A DIOS:

Gracias a El, que me concedió poder terminar la carrera y ruego me favorezca en permitirme ejercerla y seguir adelante en mi vida.

A MIS PADRES:

Dr. Juan José Ramos Covarrubias
Dra. Raquel Hernández de Ramos
Quienes con sus consejos, cariño, apoyo y ejemplo me enseñaron el camino correcto y me han ayudado a llegar a una de las metas anheladas la cual es la más grande herencia que ellos, con su esfuerzo me dan y no teniendo palabras para expresar mi agradecimiento y cariño hacia ellos, sólo me queda en dedicarles esta tesis con todo mi amor y respeto que se merecen.

A MIS HERMANOS:

Ma. de Guadalupe, Iselda, Margarita R., Juan José, Cecilia, Luis Alberto que siempre cuento con ellos y quiero mucho.

A MI ABUELITA:

Ma. del Refugio Rodríguez de Hernández
A quien llevo siempre dentro de mí y me
acompaña, aunque no pueda estar junto a
ella, con todo cariño, pues para mí siempre
vivirás.

A MI ABUELITO:

Narciso Hernández Soto.
Con mucho cariño para tí abuelito.

A MIS ABUELITOS PATERNOS:

Juan José Ramos Palomo
Ma. de Guadalupe Covarrubias de Ramos
A quienes recordaré con cariño.

A TODOS MIS TIOS Y TIAS:

Muchas gracias por los momentos de
alegría, por la ayuda que me han brinda
do y su comprensión.

A MIS PRIMOS:

Gloria, Arturo, Ricardo, Enrique,
quienes han sido también mis herma-
nos.

A MIS SOBRINAS:

**Maritoña, Gabriela
con mucho cariño.**

A MIS COMPAÑEROS:

**Porque sin egoísmo me ofrecieron
su amistad y su alegría.**

GRACIAS:

A LOS DRS. MIS MAESTROS.

Quienes me enseñaron a trabajar con responsabilidad, conciencia, ética profesional, me hicieron ver mis errores y corregirlos, impartándome en su cátedra además de sus conocimientos su experiencia personal.

AL DR. FLORENTINO HERNANDEZ:

Quien gentilmente me ayudó, asesorándome la tesis para su realización y levantándome la moral, cuando creí que las puertas se me cerraban.

AL DR. ROBERTO GARZA GARZA:

M.C. DEL H. DE ONCOLOGIA DEL I.M.S.S.

Quien me ayudó facilitándome el caso clínico - que necesitaba y resolviendo mis dudas, impartándome sus conocimientos.

DRA. NELLY TORRES L.
DRA. ESPERANZA DE PAVIA.
HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO DE S. S. A.
DR. ARTURO ORTEGA C.

Por la gran ayuda que me han prestado durante mis estudios, y su colaboración.

GRACIAS:

AL HONORABLE JURADO:

**Con respeto permitiéndome realizar
el Examen Profesional.**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA C.U.

CLINICA PERIFERICA LAS AGUILAS

DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

A D E N O C A R C I N O M A

P A R O T I D E O

P R O L O G O

La rara presencia del Adenocarcinoma Parotídeo, ha sido de gran interés en el campo de la Odontología; para encontrar el tratamiento - adecuado obteniendo la curación del paciente.

Teniendo en cuenta la localización, morfología e histopatología de la Glándula Parótida y su funcionamiento.

Además de las manifestaciones clínicas, histopatología y tratamiento del Adenocarcinoma Parotídeo y teniendo en cuenta la Etiología, donde existen numerosas hipótesis y teorías.

Por ello se han hecho estudios e investigaciones durante muchos años, sobre como preservar la vida del paciente que presente este padecimiento; como sabemos su avance y extensión de invasión es de gran rapidez y si no es diagnosticado precozmente, termina con la muerte del paciente.

HISTOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA

La Glándula Parótida se encuentra dentro de las Glándulas Exócrinas; está constituida por epitelio glandular multicelular. Clasificada; tomando en cuenta la forma de las unidades secretoras y el conducto excretor esté o no ramificado; como: Una Glándula Exócrina Alveolar, porque sus unidades secretoras tienen forma redondeada, esferoidal y por lo tanto, se dice, que la glándula es Acinosa. El conducto -- principal de la glándula se divide en conductos cada vez más delgados y numerosos para las muchas unidades que la forman; una glándula compuesta de gran volumen. En consecuencia las glándulas voluminosas tienen sistemas característicos de conductos muy ramificados.

FORMACION DE NUEVAS CELULAS SECRETORAS

Las células secretoras se desintegran; por lo tanto deben ser sustituidas. Hay dos posibles orígenes de nuevas células:

- a) Otras células secretoras,
- b) Las células del conducto, con la cual se continúa la unidad secretora. La diferenciación implica pérdida de la capacidad -

reproductora. Las células de los conductos, en particular de los con ductos menores que van directamente a las unidades secretoras y - que son continuos con las células de las mismas, no se consideran que hayan muchas de sus capacidades para su división y diferenciación para células secretoras; en general, se admite que constituyen la fuente principal de las células para rellenar aquellas que se desgastan en las unidades secretoras o que son destruidas, en alguna forma. Sin embargo, por lo menos en algunas glándulas exócrinas, las células secretoras conservan la capacidad de reproducirse.

Pero también; se considera una glándula tubular de tipo serosa, por que los grupos de células que constituyen la unidad o unidades secretoras de la glándula tienen la forma tubular. Refiriéndose a que se considera de tipo seroso es porque las glándulas salivales cuyos conductos se abren en la cavidad bucal, y en ella vacían su contenido.

Clasificación que se basa en el carácter de la secreción de la glán dula. La palabra Seroso - suero, líquido claro y acuoso; las glán dulas de secreción de este tipo se denominan Glándulas Serosas.

GLANDULA PAROTIDA

La glándula parótida es una glándula salival liberando sus secrecio-

nes en la cavidad bucal.

En el hombre encontramos un par de glándulas parótidas, cada paró tida se halla incluida en el espacio que queda en la apófisis mastoi- des y la rama ascendente mandibular, se extiende por la cara, deba jo del arco cigomático y desde este extremo de la glándula su conduc to excretor, Conducto de Sténon sigue paralelamente al arco cigomá- tico inmediatamente por debajo de él, atraviesa el múscula buccina- dor y se abre en el vestíbulo de la boca a nivel del segundo molar - superior.

La glándula encerrada en una cápsula definida de tejido conectivo fi- broso: histológicamente formada por tejido epitelial, deriva de cual--- quiera de las hojas blastodérmicas: ectodermo, mesodermo o endoder- mo; está formada por células separadas por sustancia amorfa dura de cemento. Interviniendo el tejido epitelial en las funciones de secre- ción y excreción de las sustancias producidas por las células.

Entre la clasificación que entra el epitelio correspondiente a las glán- dulas salivales, tenemos al Epitelio Glandular Salival Multicelular -- Exócrino.

Las glándulas exócrinas se caracterizan por vertir su producto de se- creción hacia uno de los túbulos llamados Conductos Excretores, los

cuales conducen dichas secreciones hacia la cavidad bucal.

Las células epiteliales de las glándulas exócrinas tienen el mismo -- origen y están relacionadas entre sí, no todas se encuentran igualmente diferenciadas. Las células más altamente diferenciadas son las que limitan a los conductos excretores.

Las células secretoras están unidas en la porción terminal del conducto, si éste es único o si se trata de un conducto ramificado, al final dichas células se dispone en tal manera que forman una unidad secretora; cada una presenta una cavidad central denominada: - Luz o Lumen, en el cual son liberados los productos de secreción - de las células, para pasar después hacia la luz del conducto excretor y de allí a la cavidad orgánica correspondiente.

Por lo que la glándula Parótida es considerada: Glándula Exócrina -- compuesta; ya que presenta un conducto excretor ramificado constituyendo un sistema de conductos, además de las unidades secretoras - alveolares también encontramos unidades secretoras tubulares algunas veces; en resumen, podemos considerarla como Glándula Com--- puesta Exócrina, Alveolar o Acinosa Ramificada.

La glándula parótida elabora una saliva acuosa que favorece la humi-

dificación y limpieza constante de la cavidad bucal.

Dicha saliva contiene además de proteínas y sales minerales; una enzima, la Ptilina, que actúa químicamente hidrolizando los hidratos de carbono de moléculas complejas en otras más simples.

ANATOMIA DE LA GLANDULA PAROTIDA

La Glándula Parótida es la más voluminosa de las glándulas salivales. Situada por detrás de la rama ascendente del maxilar inferior, por debajo del conducto auditivo externo, por delante de la apófisis mastoideas, de la apófisis estiloideas y de los músculos que en ella se insertan.

La superficie de la glándula es lobulada, de coloración gris amarillento. Su peso es variable, por término medio de 25 gr.

FORMA Y RELACION DE LA PAROTIDA CON LAS PAREDES DE LA CELDA PAROTIDEA:

La parótida llena una excavación profunda, llamada CELDA PAROTIDEA y su superficie se adapta a las paredes de la celda.

Esta celda es irregularmente prismática triangular, al igual que la glándula parótida; presenta tres caras: externa, anterior y posterior; dos extremidades o bases: una superior y otra inferior; tres bordes:

anterior, interno y posterior.

LA CARA EXTERNA:

Plana o ligeramente abombada, -- está cubierta por la Aponeurosis Cervical Superficial, que se extiende por delante de la vaina del esternocleidomastoideo hasta la aponeurosis mesetérica.

LA CARA ANTERIOR:

Tiene la forma de un canal vertical hacia adelante y éste es cóncavo. Corresponde de fuera adentro: al borde posterior del mesetero cubierto por su aponeurosis, al borde posterior de la rama ascendente mandibular, la cual está separada por una delgada capa de tejido celular laxo, al pterigoideo interno y a revestimiento aponeurótico por abajo y a la parte posterior de la aponeurosis interpterigoidea representada por el ligamento esfenomaxilar por arriba, finalmente a una membrana celulofibrosa que une el ligamento estilomaxilar al ligamento esfenomaxilar. Esta membrana - está a menuda rechazada hacia dentro y hacia adelante por una prolongación interna o faríngea de la parótida.

LA CARA POSTERIOR:

Mira hacia atrás, hacia abajo y - hacia adentro; corresponde de fuera adentro, al borde anterior del - esternocleidomastoideo, al digástrico, al estilo-hioideo y al estiloglo- so. Estos músculos están rodeados y unidos entre sí por una lámina aponeurótica que se extiende del borde anterior del esternocleidomas- toideo a la pared de la faringe. Esta aponeurosis está reforzada por - el ligamento estilo-hioideo, que está situado en la prolongación de la apófisis estiloides, por dentro del músculo estilo-hioideo.

La glándula emite hacia atrás las prolongaciones: una entre el ester- noleidomastoideo y el digástrico y la apófisis estiloides.

EXTREMIDAD SUPERIOR:

Corresponde por dentro a la arti- culación temporo-mandibular y por detrás al conducto auditivo ex- terno.

EXTREMIDAD INFERIOR:

Descansa sobre un tabique fibro- so que separa la parótida de la glándula submaxilar, llamado: Tabique

Intermaxilo-parotídeo. Esta lámina fibrosa está constituida en gran parte por la cintilla maxilar tendida entre el borde anterior del esternocleidomastoideo y el ángulo de la mandíbula y por la parte interior del ligamento estilo-maxilar.

BORDE ANTERIOR:

El borde de la glándula se extiende más o menos, sobre la cara externa del mesetero. De este borde emerge el conducto excretor de la Parótida o conducto de Sténon; muy a menudo, la parótida emite a lo largo del conducto la prolongación meseterina; esta prolongación se aísla a veces, de la masa glandular principal y forma una parótida accesoria.

BORDE POSTERIOR:

Corresponde al borde anterior del esternocleidomastoideo.

BORDE INTERNO:

Corresponde al ligamento estilo-maxilar. Está situado por dentro de este ligamento, cuando existe una prolongación faríngea de la parótida.

RELACIONES DE LA PAROTIDA EN LA CELDA PAROTIDEA

En la celda parotídea está envuelta la parótida por una fina capa de tejido celular, distinta a la aponeurosis que limita la celda.

En ciertas partes de la superficie glandular, este tejido se hace más denso y la glándula se adhiere a las partes correspondientes de la celda.

La parótida recorrida de abajo a arriba por la carótida externa, que da sus ramas terminales en la parte superior de la glándula. También está recorrida de arriba a abajo por la vena yugular externa que nace en la parótida y con frecuencia por la vena comunicante intraparotídea. Finalmente, la parótida está atravesada por el nervio facial.

CONDUCTO DE ESTENON

El conducto excretor de la parótida, llamado conducto de Sténon, es un conducto de paredes gruesas, blanquecino, ligeramente aplastado y que mide más o menos cuatro centímetros de largo y tres milímetros de diámetro.

Nace en el espesor de la parótida, por dos troncos de origen, uno

superior y otro inferior o por un sólo tronco colector que se dirige oblicuamente hacia arriba y hacia adelante a través de la glándula.

El conducto de Sténon emerge del borde anterior de la glándula, - un poco por encima de su parte media; termina en la cavidad bucal atravesando sucesivamente las regiones meseterinas y genianas. Se dirige primero de atrás a adelante en un desdoblamiento de la aponeurosis maseterina.

La distancia que la separa del arco cigomático alcanza quince milímetros en el borde anterior de la parótida, disminuye de atrás a adelante y mide un centímetro en el borde anterior del masetero. La arteria transversal de la cara va por encima del conducto.

Al llegar al borde anterior del masetero, el conducto se inclina hacia adentro y contornea la cara anterior de la bola adiposa de - - - Eichat, en un desdoblamiento de la hojilla aponeurótica que rodea esta masa. Atraviesa después el buccinador, se desliza de atrás adelante bajo la mucosa, en una extensión de algunos milímetros y se abre en la boca por un orificio cortado oblicuamente, enfrente del cuello del primero o segundo molar superior.

VASOS Y NERVIOS DE LA PAROTIDA

Las arterias de la parótida son las ramas Parótídeas de la Carótida externa y de la Articular posterior.

Las venas terminan en la yugular externa y en la Comunicante - Intraparotídea.

Los Linfáticos van a los ganglios intraparotídeos.

Los nervios proceden del Aurículo Temporal y de la rama Auricular del plexo cervical superficial.

REGION PAROTIDEA

De fuera a adentro encontramos en ella:

1. La piel,
2. Una capa celular grasienta subcutánea, conteniendo algunas fibras del músculo cutáneo del cuello y ramas ascendentes - del plexo cervical superficial.
3. La superficial de la aponeurosis parotídea, limitando la base de la cavidad,
4. Uno o más ganglios linfáticos superficiales,
5. La cara externa de la glándula parótida y en el mismo plano de su cara externa se desprenden por arriba la arteria y la vena temporales superficiales y la rama aurículo temporal del nervio maxilar inferior, por detrás de la arteria auricular posterior y el ramo auricular del facial, por delante de la arteria - transversa de la cara, los numerosos filetes del facial y el -- conducto de Sténon,
6. El cuerpo de la glándula, en el espesor de la cual se encuentra sucesivamente de fuera adentro: el tronco del nervio facial, la yugular externa, la carótida externa y ganglios linfáticos en número y situaciones variables,
7. Una capa de tejido celular laxo, laminoso y sin grasa,

8. La hoja profunda de la aponeurosis parotídea que tiene un agujero por delante de la apófisis estiloides,
9. Una prolongación de la glándula parótida, que sale por el agujero estilomastoideo y se pone en contacto con el pterigoideo interno,
10. La apófisis estiloides con el ramo de músculo que en ella se insertan. Más profundamente todavía pero fuera de la región propiamente dicha, encontramos sucesivamente: la yugular interna, la carótida interna, la vena por fuera y detrás de la arteria. También encontramos los nervios: neumogástrico, espinal, hipoglosa mayor, Gran Simpático y la pared lateral de la faringe.
11. En los límites extremos de la región, se encuentra la apófisis transversa del atlas.

FISIOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA

Hechos anatómicos

Las Glándulas salivales se dividen en dos grandes grupos: Las condensadas y las diseminadas.

Se llaman condensadas cuando forman grupos más o menos apretados, colocados en distintos lugares; pero siempre a los lados de la cavidad bucal; las diseminadas a las que únicamente se encuentran, en distintos lugares de la boca y reciben el nombre de la región en donde se encuentran: Glándulas Palatinas.

Las Glándulas condensadas forman a su vez dos grupos fundamentales:

- 1) Salival Superior
- 2) Salival Inferior.

En el primero está comprendida la Glándula Parótida y en el Segundo las Glándulas Submaxilares y Sublinguales.

La posibilidad que tiene el fisiólogo para actuar sobre los diversos canales que sirven para la excreción de la saliva; es fácil sobre el canal de Sténon, (por medio de un cateterismo), correspondiendo

te a la glándula parótida, desembocando en el hombre a la altura del segundo molar superior en la cara interna del carrillo.

HISTOLOGICAMENTE:

Existen tres clases de Glándulas Salivales, por cuanto se refiere a su estructura: Las Serosas, Las Mucosas y las Mixtas.

Unas y otras tienen características histológicas bien definidas.

Las distintas especies de saliva son: La Mixta o Total y la Parcial. (Figs. 1, 2, 3).

En la Parcial se encuentra la saliva Parotídea, Submaxilar y Sublingual.

Para obtener la saliva total o mixta se recurre a excitaciones diversas que pueden provocar una secreción. Los estímulos pueden -- ser por medios Mecánicos o Químicos.

Un excitante mecánico provocado por excitaciones en los músculos masticadores, el fenómeno también ocurre cuando se realiza una contracción.

La excitación química consiste: en el dorso de la lengua colocar alguna sustancia, dando lugar a que fluya la saliva por todos los canales de excreción, quedando la boca "hecha agua". Este procedi--

miento modifica la composición química de la saliva.

CARACTERES QUIMICOS DE LA SALIVA PAROTIDEA

La saliva de la Glándula parótida es más fluída, pues tiene gran cantidad de agua. Suele suceder que la saliva parótidea no escurra transparente sino turbia, cuya explicación es la siguiente: cuando la parótida es rica en anhídrido carbónico, disuelve mayor cantidad de carbonatos alcalinoterrosos que cambian la reacción ácida en alcalina por desprenderse CO_2 ; precipitándose los carbonatos.

Los elementos químicos que entran en la composición de la saliva se dividen en dos grupos: minerales y orgánicos.

Algunos de los elementos minerales que contiene la saliva: carbonatos y bicarbonatos tanto alcalinos como alcalinoterrosos; cloruros, fosfatos, sulfatos.

Entre las sustancias orgánicas, distinguiremos dos grupos: Las diastásicas, y las no diastásicas.

Entre las primeras mencionaremos la Mucina o glucoprótido. También se encuentra en la saliva una albúmina y una globina.

Sustancias no Diastásicas son: sulfocianuro de K, o en muchas - ocasiones el sulfocianuro de Na; a veces se encuentran los dos.

Por esto mismo algunos autores dicen sulfocianuros alcalinos, sin preocuparse que sean de K o de Na.

La Sustancia Enzimática en la saliva, es la Pتيالina o Diastasa -- Salival, sustancia hidrolizante.

ACCIONES QUE INTERVIENEN EN LA SECRECIÓN SALIVAL.

Hay cuatro acciones fundamentales sobre la actividad secretante:

1. La Acción del Epitelio,
2. La Acción de la Circulación,
3. La Acción del Sistema Nervioso,

La Acción de los Cambios de Composición Química de la San gre que llega a la Glándula Correspondiente.

ACCION DEL EPITELIO:

Las Glándulas Salivales atravie san por dos períodos: el de Elaboración o de Secreción y el de la Excreción, que para las células mismas, precede inmediatamente - al reposo celular.

Para seguir las FASES que van ocurriendo durante el ciclo de las células salivales.

Fase de reposo: en el primer momento se ve tan sólo una que otra mitocondria filamentosas hacia la porción basal; el núcleo destaca en el centro de la célula; el protoplasma es refringente porque no contiene sustancias paraplásmicas o elementos que pertenezcan al condrioma, fuera de las mitocondrias filamentosas en la porción basal; poco a poco adquieren el aspecto de la célula secretante aumentando la cantidad de mitocondrias, las cuales se mantienen en la porción basal o si acaso, algunas avanzan hacia uno u otro lado del núcleo; son filamentos que pertenecen a dos especies de condrioma: Condriomitos y Condriocontos. (Fig. 4).

En seguida la mayor parte de las mitocondrias abandonan la porción basal: ahí serán escasas; encontrándose a los lados del núcleo y se van retirando progresivamente, hacia la porción apical de la propia célula.

En la última fase del período de la elaboración, la que precede inmediatamente a la excreción celular, la mayor parte de las mitocondrias filamentosas se han transformado en mitocondrias granulosas o tal es su apariencia; alguno que otro condriomito se encuentra entre ellas mismas y otros en la base de la célula. Entre las granulaciones va apareciendo algunas más pequeñas, que se acumulan en el ápex y abundan a medida que van disminuyendo las mitocondrias granulares (Fig. 5 y 6).

Las Granulaciones de Langley o Zimógenas: se encuentran en las células salivales, por lo tanto no hay que confundirlas con las Granulaciones de Solger, pues estas tapizan el canal excretor. Difieren de que no les precede el fenómeno mitocondrial. Las granulaciones Zimógenas: son pigmentadas en su composición química del propio líquido. - La serie de fenómenos siempre se reproducen por fases; después de recorrer la primera continúan las demás, hasta que ocurre la excreción de la saliva, es decir, hasta el momento en que termina su elaboración, además las granulaciones zimógenas en su composición química predominan las sales de calcio.

Al concluir la excreción, los epitelios secretantes vuelven a su fase de reposo.

Hay variaciones comunicantes entre la secreción de la saliva y los fenómenos celulares. Cuando están sucediendo todos estos fenómenos de actividad celular, ocurren otros: el aumento de volumen de la glándula; su color rojo más intenso; su temperatura mayormente elevada, crece el consumo de O y el desprendimiento de anhídrido carbónico.

ACCIONES DE LA CIRCULACION:

Paralelamente con los cambios epiteliales, ocurren fenómenos circulatorios de tipo vasodilatación y además: aumento de volumen, enrojecimiento y aumento de temperatura;

(si en ese momento se practica una incisión en la propia glándula, el sangrado es más vasto que durante el período de reposo). Los fenómenos de vasodilatación son concomitantes con los epiteliales y contribuyen, para la elaboración celular.

ACCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO:

Es de interés conocer: dónde y cómo se realizan los relevos neuronales desde la neurona sensitiva hasta la motora, porque las secreciones son reacciones motoras y -- tanto, como pueden ser la contracción de las fibras musculares lisas. Nos referimos a las lisas y no a las estriadas por la reacción motora en las primeras como la secreción, corresponde al sistema nervioso vegetativo, y nada influye en ellas el sistema nervioso de relación.

La parótida está inervada aparentemente, por el nervio aurículo - temporal, (rama del trigémino).

La inervación real es distinta: Los nervios de origen parasimpático destruidos en la glándula parótida, procede del nervio glosofaríngeo; por lo tanto, del IX par y no del V, pasan por el nervio de Jacobson y después, por los nervios petroso menor profundo y petroso superficial; en seguida se apartan de este mismo y penetran en el ganglio Otico, en el cual relevan, partiendo de allí cilindro-

ejes que se unirán con el nervio aurículo-temporal, siendo estos mismos cilindroejes los que inervan realmente a la parótida.

(Fig. 8)

El origen intraxial de estas ramas nerviosas corresponden al centro salival inferior (sublingual y submaxilar), advirtiendo que - - preside a la secreción de la saliva superior, como es la que dinamiza la parótida.

La inervación simpática; en que los nervios de origen simpático - que intervienen en dicha inervación, proceden de centros colocados a la altura de la cadena del simpático, desde el primero hasta el cuarto nervio dorsal de donde pasan a la cadena del simpático y reaparecen en el primer ganglio cervical superior terminando en la glándula Parótida.

Los hilillos nerviosos tienen la misma procedencia y relevan en el ganglio simpático cervical superior; de ahí, parten nuevas vías que acompañan al plexo carotídeo, se desprenden de estos mismos y penetran en la parótida.

LAS ACCIONES NERVIOSAS DE LA CUERDA DEL TIMPANO

Sirven como punto de partida - para discriminar la influencia del sistema nervioso sobre la secre

ción glandular externa.

Según Claudio Bernard, la cuerda del tímpano sería vasodilatadora, careciendo de acción excitosecretora directa.

Al medir la presión de la saliva que escurre por el canal y la de la sangre en los vasos que llegan a la glándula, se verá que es - más elevada en el canal que en los mismos vasos; será pues, poco probable de un líquido que filtra, su presión es mayor que en la sangre.

Para pensar así de una manera definitiva, la atropinización de la glándula o del vaso por ejemplo se tiene. La atropina nulifica la - acción de los nervios excitosecretores, por lo cual, al excitar la - cuerda del tímpano habrá vasodilatación, pero no hipersecreción.

Teniendo en cuenta que las proporciones de Ca y K de la sangre - que circulan por la glándula durante su reposo y el período de su elaboración, varían en proporciones definidas y en el segundo tiempo aumenta el consumo de O y el desprendimiento de CO₂ en la - misma glándula, lo que no está de acuerdo con una simple infiltración, indicando claramente un proceso químico cuya consecuencia es la elaboración de los elementos que constituyen a la saliva y que, aparte de los nervios vasomotores que pasan aparentemente

por la cuerda del tímpano hay otros excitoexcretores contenidos en ella misma al excitar el simpático cervical o el ganglio cervical superior, ocurre vasoconstricción y disminuye la cantidad de saliva; además su composición modifica profundamente en la proporción - de sales minerales a la vez aumenta la sustancia orgánica. Aparte de su acción vasoconstrictora, el simpático tiene otra, que consiste en la facultad de modificar la composición química de la saliva.

Esta es la Acción Trófica. En realidad existen los nervios inhibidores de la secreción salival. La pilocarpina aumenta la secreción de la saliva, es decir, aumenta el rendimiento salival; al excitar el - nervio simpático correspondiente disminuye. Si al excitar la cuerda del tímpano aumenta la secreción, el estiramiento de las vísceras abdominales la inhiben; la secreción parotídica provocada por la excitación del glossofaríngeo cesa cuando se practica en seguida la del simpático; la del ciático detiene la secreción salival.

El resultado de las excitaciones y destrucciones nerviosas en relación con la secreción salival, se distinguen tres tipos de saliva: - La Timpánica, La Simpática y la Paralítica.

La que nos interesa la Saliva Timpánica pues posee los caracteres de la saliva parotídea. La Saliva Timpánica se obtiene por la excita

ción de la cuerda del tímpano y tiene por caracteres: ser abundante, contener mayor cantidad de agua y de sustancias minerales y menor proporción de materias orgánicas que la normal y transparente por excelencia.

CAMBIOS DE LA COMPOSICION QUIMICA DE LA SANGRE:

Estos cambios es una consecuencia de la secreción salival.

Dos sustancias deben tomarse como tipo de las que actúan en un sentido o en el contrario, cuando circulan en la sangre y modifican su composición química.

La primera es la pilocarpina; la segunda es la Atropina.

La Pilocarpina; aumenta la secreción salival, por el aumento en la actividad en los nervios excitosecretorios.

La Atropina tiene una acción inversa: disminuye la secreción salival, su acción es radicalmente opuesta a la pilocarpina.

REFLEJO CONDICIONADO:

El reflejo condicionado dimana particularmente en la Escuela de Pavlov.

Este fenómeno, cuyo punto de partida está en la corteza cerebral; tal parece en casos determinados por la memoria asociativa.

Se ha dicho, que hay cierta relación entre la naturaleza del alimento que se toma y la cantidad y naturaleza de la diastasa que segrega las glándulas salivales.

La acción que se le atribuye a la saliva parotídea es: la de masticación, ya que esta misma es la más acuosa de todas; remoja los alimentos y permite su masticación y deglución.

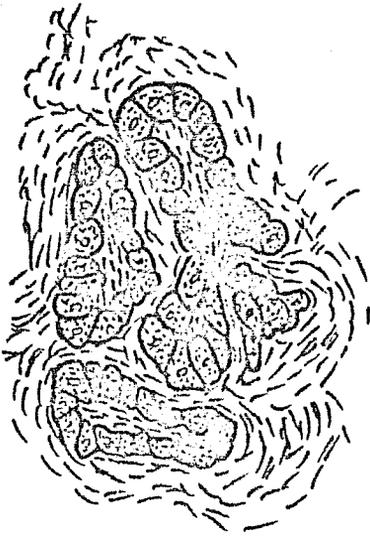


Fig. 1
Acini salival seroso

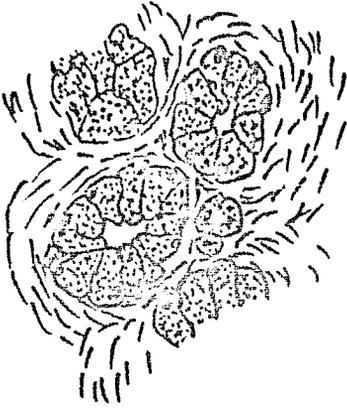


Fig. 2
Acini salival mucoso

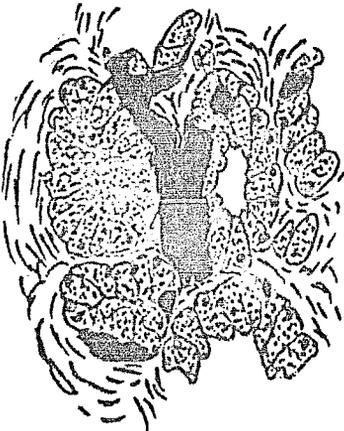


Fig. 3
Glándula salival Mixta

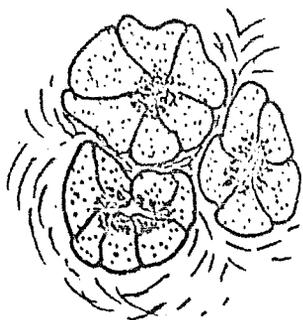


Fig. 4
Células serosas salivales
en plena elaboración.

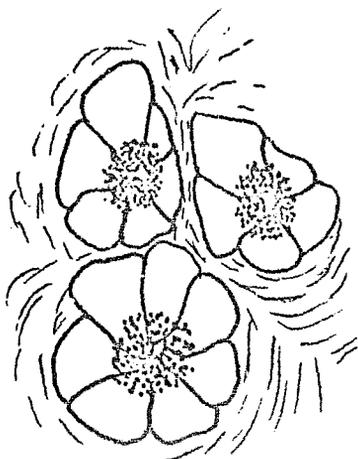


Fig. 5
Células salivales sero-
sas al principio de la
excreción.

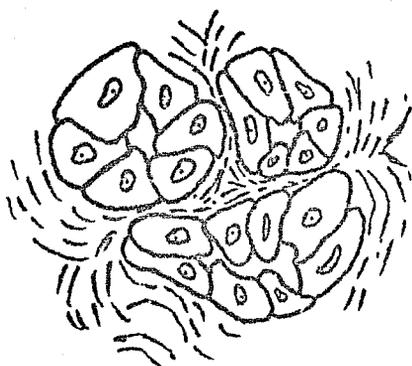
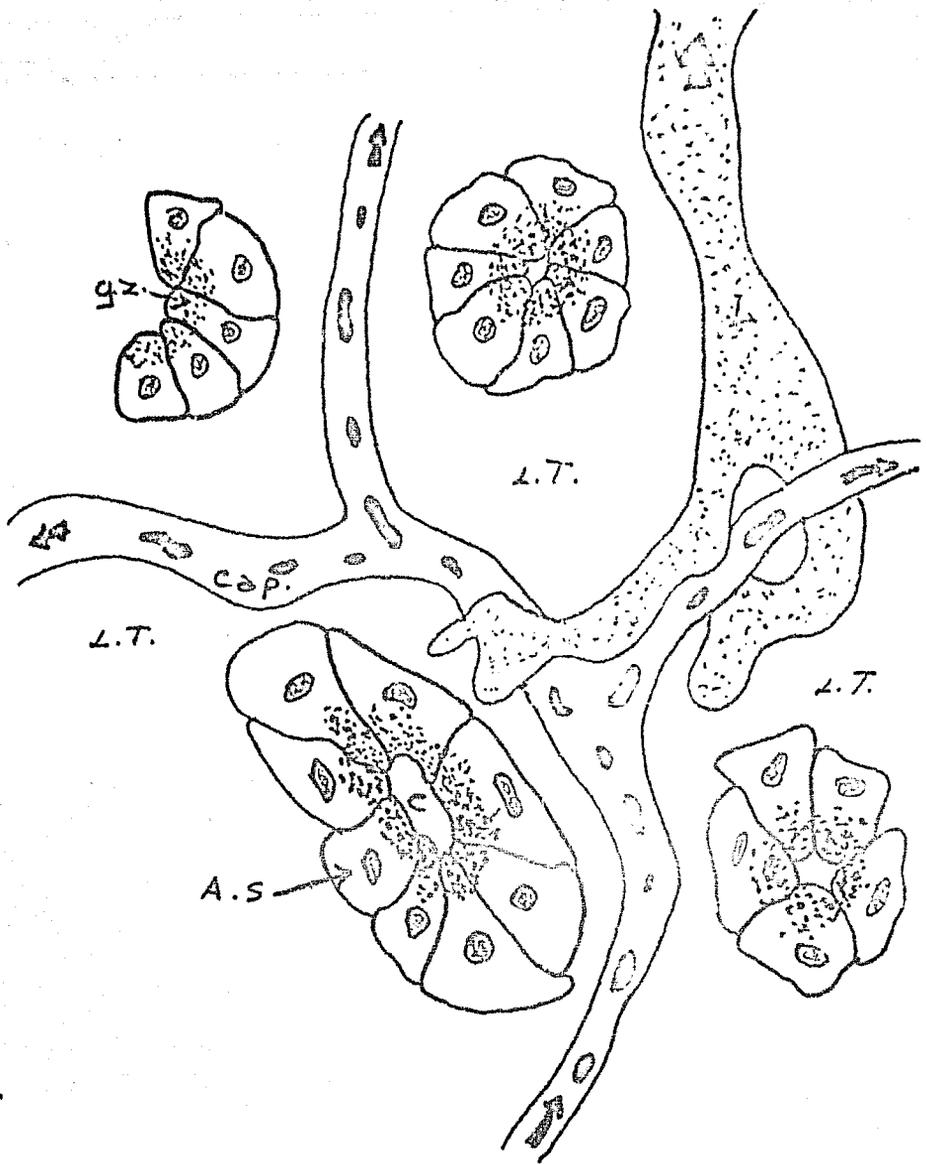


Fig. 6
Células salivales sero-
sas al fin de la excre-
ción.

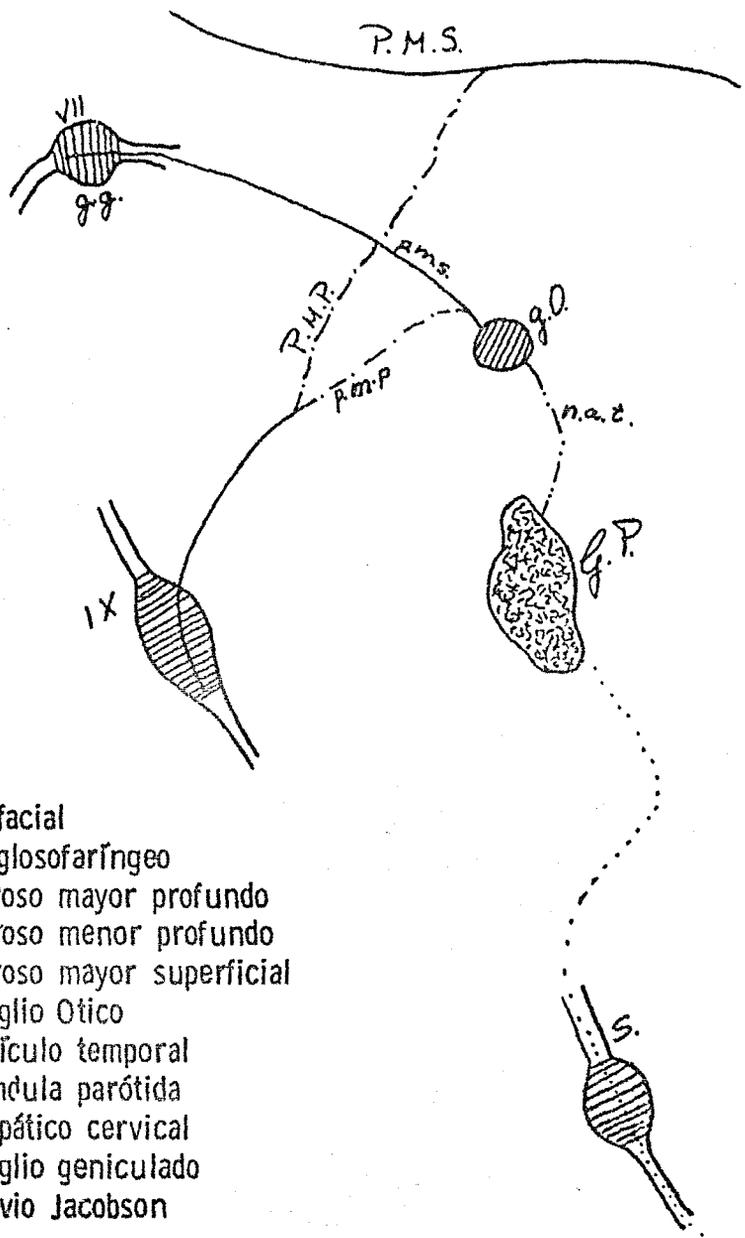


- c. conducto
- L. Linfático
- cap. capilar
- g. z. gránulos de zimógeno
- l. t. líquido tisular
- a. s. Acinus salival

Fig. 7

Porción de una glándula salival serosa, que muestra las relaciones de los conductos linfáticos y vasos sanguíneos.

INERVACION PAROTIDEA



- VII. n. facial
- IX. n. glossofaríngeo
- P. M. P. petroso mayor profundo
- p. m. p. petroso menor profundo
- p. m. s. petroso mayor superficial
- G. O. ganglio Otico
- n. a. t. n. aurículo temporal
- G. P. glándula parótida
- s. simpático cervical
- g. g. ganglio geniculado
- n. j. Nervio Jacobson

Fig. 8

FISIOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA

EN RESUMEN:

SALIVA

La saliva contiene la enzima digestiva, la ptialina o alfa amilasa -salival; también contiene mucina glucoproteínas y lubrica a los alimentos. Cerca de 1,500 mililitros de saliva son secretados por día y el pH de esta secreción es aproximadamente de 7.0.

La saliva realiza algunas funciones importantes: facilita la deglución, conserva la boca húmeda, sirve como solvente para las moléculas que estimulan los botones gustativos, ayuda al lenguaje facilitando los movimientos de los labios, la lengua y conserva la boca y los dientes limpios.

La saliva puede ejercer alguna acción antibacteriana y los pacientes con Xerostomía tienen una incidencia mayor que la normal de caries dentarias, los amortiguadores de la saliva ayudan a mantener el pH de la boca cerca de 7.0. A este pH, la saliva está saturada con calcio y así los dientes no lo pierden en el líquido de la boca. A un pH más ácido, la pérdida de calcio es apreciable.

CONTROL DE LA SECRECIÓN SALIVAL

Las características de los tres pares de glándulas salivales del hombre son:

GLANDULA	INERVACION PARASIMPATICA POR LA VIA DEL:	TIPO HISTOLOGICO	PORCENTAJE DE LA SECRECIÓN SALIVAL TOTAL DEL HOMBRE (1.5 lt/DIA)
PAROTIDA	Glosofaríngeo	Serosa	25
SUBMAXILAR	Facial	Mixta	70
SUBLINGUAL	Facial	Mucosa	5

Inervación, tipo histológico y contribución relativa al débito salival - total de cada uno de los pares de glándulas salivales en el hombre. Las células serosas secretan ptialina; las células mucosas mucina.

En estas glándulas alveolares, los gránulos secretores (de zimógeno) que contienen las enzimas salivales son descargados por las células acinares en los diferentes conductos. El proceso secretor se encuentra bajo un control nervioso. La estimulación de la inervación parasimpá tica produce una secreción profusa de saliva acuosa con un contenido relativamente bajo de materiales orgánicos.

Esta secreción va acompañada de una vasodilatación pronunciada - de la glándula, la cual se puede deber a la liberación local de poli l

péptido vasodilatador. La atropina y otros bloqueadores colinérgicos bloquean la secreción salival. El efecto de estimular la inervación simpática varía de una especie a otra. En el hombre causa la secreción de pequeñas cantidades de saliva, rica en contribuyentes orgánicos de las glándulas submaxilares, pero no tiene efecto sobre la secreción parotídea.

Los alimentos causan la secreción refleja de la saliva en la boca. La secreción salival se condiciona fácilmente (demostrado por los experimentos de Pavlov): En el hombre la vista, el olfato y aún la idea de un alimento puede causar la secreción de saliva (se hace agua la boca).

ADENOCARCINOMA PAROTÍDEO

Padecimiento poco habitual, pero a causa de su comportamiento es imperioso el Diagnóstico Precoz, el cual es difícil llevar a cabo, - puesto que el paciente solicita la atención médica ya sea por la deformación que presenta o por el dolor.

La frecuencia de su aparición es mayor en la Parótida y siguiendo consecutivamente: paladar blando y raramente en el labio.

El Adenocarcinoma es muy poco frecuente y debe diferenciarse de los tumores mixtos de las glándulas salivales.

La incidencia del tumor parotídeo, se observa sobre todo en personas adultas, especialmente cuando se encuentran entre la tercera y quinta década de su edad.

Se observa casi exclusivamente en el hombre y en una edad avanzada, aunque puede atacar indistintamente a ambos sexos.

ETIOLOGIA:

En realidad la Etiología del Adenocarcinoma Parotídeo es oscura, - aunque se le atribuyen las siguientes teorías sobre el origen del -

proceso patológico ya mencionado conocido también como Cáncer - Parotídeo:

a). Este tumor es de origen Neoplásico, que proviene del tejido epitelial glandular salival; clínicamente e histológicamente no tiene las características de las formas epiteliales.

Se aceptan las teorías de su origen de ser:

Provenientes de un tumor Mixto que ha sufrido una transformación maligna.

Proveniente del crecimiento o diferenciación esencial de los elementos epiteliales del tejido glandular mismo.

Surgir del epitelio del Sistema de conductos o de sus propias células.

La influencia etiológica del traumatismo de los estados Inflamatorios, las irritaciones, los estados infecciosos, la invasión vírica, la cual está por demostrarse, etc.

Existe también la posibilidad de que el tumor que se encontraba en la Glándula Parótida se afirmó benignidad, posteriormente presente cancerización.

Tumores levantados en órganos distantes pueden dar nódulos metas

tásicos en la glándula parótida o en los ganglios linfáticos cervicales regionales o en ambos.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Desde el punto de vista de la anatomía patológica macroscópica se divide el cáncer parotídeo en:

- a). Escirro o Sólido, y
- b). Encefaloideo o Quístico

EL ENCEFALOIDEO:

Es un tumor mixto degenerado, de dimensiones considerables, redondeado y abollado, de consistencia blanda, rojizo al corte; muchas veces contiene focos hemorrágicos intersticiales o zonas de tejido reblandecidas; las venas intraparotídeas son inválidas por los mamelones neoplásicos.

EL ESCIRRO:

Es duro, leñoso, grisáceo, forma un núcleo poco voluminoso, mal limitado, fijado por prolongaciones irregulares y ramas que se h

den en las partes sanas de la glándula y hasta en los músculos ve cinos, se adhieren ampliamente a la piel, pero no la ulcera sino tardamente.

La invasión ganglionar es precoz. Algunas veces se ha señalado - metástasis a distancia.

SINTOMAS:

EL ESCIRRO; aparece como un pequeño núcleo, irregular de dureza extrema, absolutamente fijado a las paredes próximas, sobre las cuales no ofrece ninguna movilidad; desde el principio se adhiere a la piel, que deprime y no puede ser plegada a su nivel. Desde un principio así mismo invade el Sistema linfático y una palpa---ción atenta permite percibir una cadena de pequeños ganglios muy duros, escalonados en toda la altura del cuello, hasta la clavícula; a veces también son apreciables los troncos linfáticos indurados bajo la forma de cordones nudosos extendiense del tumor a los gan---glios.

Más tarde la Neoplasia se retrae "Escirro Atrófico", atrae y engloba el lóbulo de la oreja, se deprime en el centro, de donde parten surcos radiados; a nivel de esa depresión es en donde se efectúa la ulceración siempre poco profunda, sin mamelones y poco exten-

sa; esta ulceración no sangra: los vasos son comprimidos antes - de ser destruidos.

En otros casos que constituye la variedad del Escirro Difuso o en placa, el tumor está constituido por tegumentos duros al tacto, - rugosos, coriáceos, engrosados, de un tinte rojo muy marcado.

Entre los trastornos funcionales que acompañan al Escirro de la parótida, es el más constante y más precoz es la parálisis facial, total o localizada a la rama inferior del nervio; la compresión -- del tronco nervioso englobado en el tumor retráctil explica este síntoma, que no falta casi nunca.

La disminución de la agudeza auditiva y los zumbidos de oídos se ñalados en algunas observaciones, tienen por causa la compre--- sión del conducto auditivo externo por la neoplasia. Cuando el tu mor afecta la prolongación faríngea de la parótida se observa com presión de los nervios del espacio retroparotídeo y parálisis aso--- ciada del glossofaríngeo, neumogástrico, espinal y del hipogloso.

En el escirro difuso, la induración de la piel inmoviliza la mandí bula y el cuello, la abertura oral, la masticación, la fonación, - deglución están dificultadas, el cuello está rígido dando un aspec to de tortícolis. Algunas veces se observa también a nivel del ló- bulo de la oreja, un enrojecimiento vivo de la piel, acompañado

de hormigueo y sensación de calor, se atribuye a la compresión del simpático. Los dolores son al contrario tardíos y muchas veces poco intensos.

Su crecimiento es lento y se cuenta por años; la ulceración y la caquexia son tardíos sobre todo en el escirro atrófico; en el difuso evoluciona más de prisa y conduce más rápidamente a la muerte.

EL ENCEFALOIDEO:

Es un tumor de desarrollo rápido, que a veces simula una inflamación aguda de la glándula. El tumor crece alcanzando un volumen enorme en algunas semanas, sus abolladuras son blandas - depresible hasta el punto que en ocasiones se cree que se trata de una colección líquida, la piel que lo cubre tiene un color rojo violáceo, caliente.

Los dolores son precoces y muy violentos; debido a la compresión del nervio aurículo temporal o de las ramas superficiales del plexo cervical, se irradia hacia la cara, cuello y la nuca. La Parálisis Facial un poco más tardía que en el Sólido; acaba por sobrevenir todo más tarde, hacia el cuarto o sexto mes y su asociación con un tumor voluminoso ocasiona una deformación extrema.

Los ganglios son invadidos muy pronto y forman tumores secundarios con frecuencia considerables, que pueden comprimir la faringe y la laringe, dificultando la deglución y la respiración.

La piel invadida no tarda en ulcerarse dando salida a un incórfido y a mamelones exuberantes; las hemorragias son frecuentes y abundantes, puede ser una causa de la muerte, cuando la ulceración abre uno de los gruesos vasos intraparotídeos; la ulceración puede infectarse o sufrir también necrosis espontánea.

La evolución es rápida en forma de cáncer; el estado general es atacado desde un principio y se agrava cuando el tumor está ulcerado.

La caquexia es precoz y la muerte sobreviene lo más generalmente antes de terminar el primer año.

MANIFESTACIONES CLINICAS
DEL
ADENOCARCINOMA PAROTIDEO

Las manifestaciones clínicas que generalmente se presentan ya sea tardía o precozmente en los Adenocarcinomas Parotídeos, las daremos a conocer:

En su evolución clínica, el primer signo es la presencia de un nódulo más o menos imperceptible que va aumentando de tamaño, como una diseminación inflamatoria, dando una zona irregular de la glándula o región linfática, de una induración localizada, ya sea: frente al tragus, abajo o encima del ángulo mandibular, retro-auricular. - También se aprecia deformidad facial asimétrica, extendiéndose ascendentemente, dando una apariencia de una masa lobulosa en la superficie lateral del cuello, (región retroarticular), implicando la glándula parótida no envuelve el lóbulo de la oreja. El tumor puede llegar a ser quístico.

Al avanzar el proceso aparece metástasis ganglionar en el cuello.

Puede: formar un tejido papilar invadiendo tejidos internos y estructuras profundas o formando una lobulación de consistencia dura de contornos discretos, profundo, extendiéndose y adheriéndose sobre -

la piel, depresivo, crecimiento y evolución rápida, aparición de dolor severo y con fijación en los tejidos vecinos.

El tumor puede localizarse en la porción glandular más profunda, -- donde alcanza inmensas dimensiones; con el aumento de su crecimiento se ulcera (lo cual puede no ocurrir) a través de la piel, --- dando una masa voluminosa, que desprende un olor desagradable, - ésta es propensa a hemorragias, infecciones y necrosis espontánea.

El tumor al ulcerarse a través de la superficie y llegar a infiltrarse puede desenvolver una anemia sepsis, con subsecuente pérdida de peso. También el tumor se puede ulcerar a través de la yugular externa causando hemorragias.

En ocasiones produce gran cantidad de tejido conectivo causando retracción de la piel.

El crecimiento es seril, lobulado en ocasiones en forma adenomatosa.

Puede presentarse dolores tanto en el sitio tumoral como fuera de él, debido a las compresiones nerviosas; se observa a veces parálisis --- troncular facial o de sus ramas (pues el nervio facial está incluido en el tumor), Temporo-cervical y Cérvico-facial; ya sea parcial o total; presentándose precoz o tardíamente. La movilidad está disminu-

da o ausente, los límites del tumor pueden ser imprecisos o discretos.

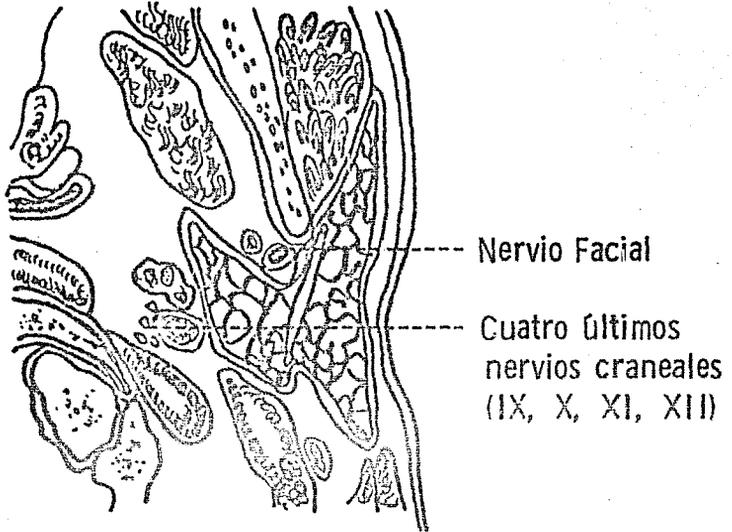
En pacientes en los cuales, el tumor ha alcanzado un tamaño notable en la parótida con una extensión faríngea, se presenta un impedimento mecánico en la deglución, masticación, movimiento de la cabeza dando un aspecto de tortícolis (por la infiltración de la piel frecuentemente inmoviliza la cabeza) y algunas veces dificulta la respiración.

Rápidamente invade los músculos: Esternocleidomastoideo, Masetero, Temporal y Pterigoideos.

El adenocarcinoma parotídeo al levantarse en el espacio retroparotídeo se aprecia un síndrome característico: Parálisis de los Nervios Craneales IX, X, XI, XII y Simpático que puede aparecer debido a la extensión del tumor hacia la región Nasofaríngea. (Fig. 9).

El Adenocarcinoma Parotídeo puede causar: trombosis de la vena yugular externa, osteolisis, invadir la base del cráneo, un intratable dolor; frecuentemente invade la articulación temporomandibular, superficie del plexo cervical y superior externo del músculo esternocleidomastoideo que puede estar rodeado y comprimido.

(Fig. 9)



Sección transversal de la Parótida ilustrando la prolongación Faríngea y los últimos nervios craneales.

En la porción inferior de la glándula parótida, yace anteriormente en contacto con la superficie posterior del tumor, levantándose -- desde la separación glandular, masas en el interior y porción del buccinador del conducto de Sténon.

Ya que el tumor puede tomar una forma quística, éste envuelve y se expande hasta perforar hueso; en otras instancias la lesión es infiltrativa. En otros casos se expande intra y/o extraoralmente siguiendo la cara, siendo así invasor local.

El tumor es capaz de producir metástasis a distancia, lo cual ocurre frecuentemente. La incidencia de metástasis depende de la oportunidad del tratamiento inicial y del tamaño del tumor. Puede presentarse metástasis a distancia temprana a los nódulos linfáticos - regionales cervicales, donde usualmente ocurre al igual que en los parotídeos, en la región submaxilar y supraclavicular y algunas veces en el mediastino; produce metástasis a pulmón e hígado, los cuales podrían tener una profunda extensión y terminal indiferenciado, también dar metástasis en: hueso, cráneo, mandíbula, articulación temporomandibular, costillas vértebras, pelvis, senos paranasales, la órbita, cavidad oral y órganos distantes, no es frecuente la bronconeumonía la cual puede ocurrir como evento temporal.

La metástasis a distancia a órganos distantes es por vía sanguínea - principalmente, al igual que en la rama mandibular o ser por invasión directa, si se considera la aparición en el ángulo mandibular, esta metástasis imita o simula osteomielitis, presentándose un agudo dolor preauricular, una firme protuberancia frente al oído e -- impidiendo la abertura máxima de la boca.

En el examen de la articulación mandibular esta se muestra delicadamente blanda. El examen patológico del cóndilo demuestra el espacio mandibular relleno de células cuboidales arregladas en forma de cordón y presencia de células ascínicas; pocas áreas rellenas con sustancia mucoide.

Mediante la palpación antero inferior de la glándula parótida se puede confundir su localización con la glándula submaxilar para obtener la extensión del adenocarcinoma parotídeo.

La Palpación Bimanual con un dedo en la boca y la mano libre en la superficie externa del tumor (la cara), obtendremos el establecimiento del punto de origen, la prolongación bucal de la glándula parótida (detrás, arriba del orificio de Sténon).

En la palpación bucal anterior de la glándula, la cual se refiere - fácilmente a demostrarse por el tumor se presentaría en la región

cervical y poder ser equivocado por adenopatía.

EXAMEN RADIOGRAFICO:

En el examen, la radiografía revela: Proceso destructivo en la base del cráneo, cigomático, malar, -- mandibular, involucra articulación temporomandibular, cóndilo, rama ascendente mandibular, ángulo de la mandíbula; según la extensión del tumor y su invasión al tejido óseo.

HISTOPATOLOGIA

El Cuadro Histopatológico del Adenocarcinoma Parotídeo, es el siguiente; sus características son típicas del adenocarcinoma el hiper cromatismo, células atípicas, figuras mitóticas raras, forma aglandular de crecimiento y el tipo de las células son desde luego importantes y sirven para la diferenciación del adenocarcinoma sólido y quístico parotídeo. Las células del adenocarcinoma a veces presentan granulaciones acidófilas o fosófilas. En algunos de ellos se forma moco adoptando el tejido una disposición cordonal o de masa rodeada de sustancia mucoide de origen epitelial.

El examen microscópico demuestra una desorganización de tejido mucoglandular. El epitelio glandular en cordón o alveolar, simulando núcleo descentralizado.

El aspecto histológico es variado, sin embargo es esencial, las características más notorias son:

- a) Anaplasia,
- b) Mitosis,
- c) Pleomorfismo o
- d) La falta de un patrón constante en la disposición celular.

Formado por células epiteliales, dando una impresión de conjunto de configuración acinosa. Las células tienden a tener una forma cilíndrica aunque las existen muy raras. Sus núcleos son grandes, redondeados y contienen mucha cromatina, la que se halla dispersa por el núcleo. El tumor puede estar dividido por trabéculas de tejido conjuntivo fibroso colágeno e hialino, en esos tabiques se ven los vasos sanguíneos normales del lugar. En algunos casos las células epiteliales que han perdido su polaridad producen folículos rodeados por un estroma de tejido conjuntivo fibroso. Pueden producir quistes de diversos tamaños por destrucción de los conductos glandulares.

Las células varían algunas en tamaño, el núcleo claro, definido y rodeado por abundante citoplasma, puede verse una mitosis.

En su forma quística la cual está constituida por células pequeñas - de núcleos hipercromáticos que forman trabéculas y cordones que se anastomosan, entre las cuales hay áreas acelulares con un contenido mucoso hialino (mucohialino).

El tumor con células acinosas está con frecuencia rodeado con una cápsula delgada y compuesta con células de notable semejanza a las normales, dispuestas en un patrón glandular al azar. El citoplasma

de estas células contiene gránulos similares a los del zimógeno a las células normales y con frecuencia vacuolas intercelulares. Por fuera las estructuras dactiliformes y las lesiones son negativas a la tinción mucocarmín.

En su Forma Sólida, es de base amplia, lobulado, firme, no produce metástasis temprana, no encapsulado, se encuentran células - basales.

DIAGNOSTICO:

Para el diagnóstico, además de los Datos Clínicos obtenidos por medio de:

Exploración Física

Palpación Manual y Bimanual Intraoral y Extraoral.

Exploración de la Facies o del Rostro,

Interrogatorio, etc.

podemos emplear:

b) Sialografía,

c) Termografía,

d) Exploración Gamagráfica,

e) Estudio Radiográfico,

f) Exámenes de laboratorio,

g) Biopsia Transoperatoria,

h) Datos Histológicos 24 hrs. después de la operación, nos ayuda a precisar el sitio, tamaño, extensión, grado de avance del Adenocarcinoma Parotídeo.

DIAGNOSTICO PRECOZ:

Es un axioma que cuanto tumor precozmente se diagnostique (adenocarcinoma parotídeo) mayores serán las posibilidades de su tratamiento

to efectivo.

Ha sido de valor considerable para mejorar el pronóstico del enfermo; suministrando pruebas de extrapresunción adecuada para obtener un Diagnóstico de Presunción; obteniendo el grado de malignidad, la mejoría que puede anticiparse bajo circunstancias diagnósticas, terapéuticas y métodos de exploración que se encuentren más eficaces para el diagnóstico del adenocarcinoma parotídeo.

La exploración rutinaria permite el diagnóstico del adenocarcinoma parotídeo, en una fase relativamente precoz en su evolución, confinada en la parótida, productos relativamente de síntomas precoces o ninguno, además de una minuciosa exploración y examen en la probable área parotídea para poder obtener el diagnóstico definitivo.

Tener en cuenta, de valernos de las cifras de la fosfatasa ácida -- que se presenta por lo general en los procesos cancerosos y las - algúminas sanguíneas y de orina. El Cito-Diagnóstico, con la identificación de células tumorales en la sangre orina, secreciones - salivales, ayudan a la detección precoz del Adenocarcinoma Parotídeo.

En ocasiones y por lo general es difícil realizar el Diagnóstico Precoz del Adenocarcinoma, pues el enfermo se presenta a consulta -

médica ya sea por la deformidad de la cara, parálisis y/o por el dolor, o en casos mucho muy avanzados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Existen padecimientos que son capaces de determinar crecimiento de la glándula parótida y que pueden confundirse con un tumor, entre los cuales tenemos:

- a) Adenopatías Inflammatorias derivadas de alguna infección oral o dental,
- b) Parotiditis,
- c) Estasis Glandular,
- d) Sialitis Obstructiva,
- e) Quiste,
- f) Angiomas,
- g) Hipertrofia Masetérica,
- h) Actinomicosis,
- i) Tuberculosis,
- j) Un Grupo de padecimientos de la Colágena, como el Síndrome de Uves Parotídeo,
- k) Sarcoide,
- l) Enfermedad de Mickulics
- ll) Inclusión Quística Epidermeide,

- m) Endidura Quística Branquial,
- n) Tumores Mixtos Benignos,
- ñ) Tumores Mixtos Malignos,
- o) Otros Tumores como:
 - 1. Linfoma Maligno,
 - 2. Tumores Malignos ubicados en la piel de la cara y cabeza, cavidad oral y nasofaríngea,
 - 3. Tumor maligno ubicado en el Lóbulo.
 - 4. Neurofibroma del Neumogástrico,
 - 5. Tumores de la cadena Simpática, de las amígdalas palatinas o del cuerpo carotídeo,
 - 6. Carcinoma Espino Celular,
 - 7. Variantes de Tumores Mixtos,
 - 8. Lesiones Metastásicas en los nódulos linfáticos ofrecen la dificultad para el diagnóstico diferencial.
 - 9. Carcinoma Mucoepidermoide,
- p) Inflamación Crónica que envuelve a la glándula parótida con formación microlítica y obstrucción del conducto, puede resultar subsecuente o secundariamente esquemas de metaplasia.

PRONOSTICO:

El Pronóstico del Adenocarcinoma Parotídeo depende del Diagnóstico - Precoz realizado lo antes posible, de la histopatología o sea de los - datos obtenidos en la biopsia, su extensión, límite, coloración y la oportunidad del tratamiento adecuado.

En el caso de Tumores no recurrentes o que presenten metástasis - ganglionar el pronóstico es bueno y si se realizó la Parotidectomía superficial o total con o sin resección de cuello y llevando un con trol sobre el paciente, bajo vigilancia médica y aplicando adecuada-- mente la radioterapia por el tiempo necesario.

En el caso del adenocarcinoma parotídeo, sea inoperable el pronósti- co es malo, a pesar de que se utilice la Radioterapia y la Quimio- terapia como paleativos para ayudar a preservar lo más que se pueda la vida del enfermo; puesto que este tumor se extiende a la base del cráneo, involucra los nervios craneales: IX, X, XI, XII, el avance es tan rápido que termina la enfermedad con la muerte del paciente.

TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA PAROTIDEO

INTRODUCCION:

Los tumores de la glándula parótida, han sido de una curiosidad durante siglos; con respecto a su tratamiento (Quirúrgico, Radioterápico, Quimioterápico) más adecuado,

El tratamiento Quirúrgico primario de los tumores de las glándulas salivales, es el generalmente aceptado en la actualidad. También -- los tumores situados en la cola de la parótida, la mínima intervención quirúrgica será la parotidectomía superficial, practicada desde luego en un medio quirúrgico capacitado para un estudio histopatológico transoperatorio y en equipo de cirujanos adiestrados que puedan llevar a cabo una disección radical de cuello simultánea. Puesto que el tratamiento de los tumores de las glándulas salivales es fundamentalmente quirúrgico, debiendo hacerse el corte con mucho mayor margen, cuando se trata de neoplasia que se sospeche o que se haya diagnosticado como maligna,

En el manejo de las neoplasias parotídeas, los procedimientos qui--

rúrgicos comprenden cuatro tipos generales:

1. Simple Enucleación del Tumor.
2. Parotidectomía Superficial con Conservación del -- Nervio Facial.
3. Parotidectomía Total sin Conservación del Nervio - Facial.
4. Parotidectomía Total con Disección Radical de Cuello.

A casua de la alta frecuencia de reproducción, la simple enucleación es un proceder que no merece más que su mención.

La Parotidectomía Total con Disección Radical de Cuello en ocasiones se realiza con sacrificio de elementos vecinos: rama ascendente mandibular, conducto auditivo externo, etc., Esta intervención es de cirugía mayor, en la que además de hacerse cuidadosa disección casi siempre es necesario ligar la carótida externa y la yugular externa. Deberá realizarse la extirpación parotídea amplia y la disección extirpadora linfática ganglionar del lado correspondiente del cuello. Sólo cambia esta conducta cuando el tumor se considera inoperable, con invasión de estructuras vitales (carótida interna, base del cráneo, etc.) que impiden la extirpación completa o bien en presencia de metástasis a distancia.

No debe olvidarse en el manejo de tumores salivales la frecuencia - de recidivas después de la intervención quirúrgica, debe por ello ha - cerse la extirpación adecuada, frecuentemente amplia, con lo que - disminuye la probabilidad de recurrencia y la necesidad de una nue - va y mayor extirpación.

Se han hecho avances significativos como resultado de varios facto - res, como son:

a) Reconocimiento por los cirujanos de que estos tu - mores no tienen cápsula histológica.

b) La aceptación como axioma de que un tumor parotí - deo es cáncer hasta que se pruebe lo contrario.

c) Mejor comprensión de las relaciones del nervio fa - cial con la glándula.

En estos procedimientos quirúrgicos que empleamos en la cirugía - parotídea, no debe hacerse con anestesia local ni en el consultorio, en vista de las dificultades que pueden presentarse y que en estas circunstancias serían muy difíciles de resolver.

La anestesia que se utiliza es la general, la cual se induce por In - tubación Nasotraqueal.

En el tratamiento del adenocarcinoma parotídeo, utilizamos también la Radioterapia y la Quimioterapia, como un tratamiento con carácter puramente paliativo.

La Radioterapia se realiza ya sea antes y/o después del tratamiento quirúrgico; pero por lo general es después del tratamiento quirúrgico; También la utilizamos en tumores no operables, como aquellos - cuya extensión e invasión es profunda y en la base del cráneo, siendo esto un impedimento para su tratamiento quirúrgico.

Con respecto a la Quimioterapia, se utiliza al igual que la Radioterapia, como un tratamiento coadyuvante esperando la estabilización de la lesión tumoral, utilizando drogas que afecten el crecimiento y el desarrollo, o sea que tengan efectos anticancerosos.

TECNICA DE LA PAROTIDECTOMIA TOTAL

Preparación preoperatoria:

Los enfermos son informados de las etapas de la técnica y de las posibles secuelas, tales como probable parálisis facial pasajera de grado variable, la posibilidad de tener que sacrificar el nervio facial en el caso de su afectación tumoral con el resultado de una parálisis permanente y una información de los síntomas del Síndrome de FREY.

El pelo se afeita proximalmente cinco centímetros por encima -- del nivel de la oreja, extendiéndose posteriormente hasta la línea media del cuello. La técnica operatoria es igual en todos los casos. (Fig. 10).

INCISION:

La incisión se sitúa en la piel de 1 -2 centímetros por debajo de la rama mandibular, extendiéndose algunos hasta la porción media, dirigiéndose hacia arriba, justo por delante de la oreja hasta inmediatamente por encima de la línea del cabello.

La incisión sobre la zona del cabello será ocultada posteriormente, pero durante la operación esto permite la obtención de un colgajo anterior muy adecuado. Partiendo de lo anterior, se realiza una incisión hacia atrás, justo por debajo del lóbulo de la oreja y sobre la mastoides; "la incisión es en forma de una Y".

El levantamiento de los colgajos en todas las direcciones permite la extirpación de la grasa y el músculo que cubre la glándula. -- (Fig. 10).

NERVIO FACIAL

La identificación de las ramas del séptimo par se comienza en la periferia fuera del tejido parotídeo y se continúa hacia el tronco principal del nervio. La rama mandibular se identifica más fácilmente en el punto que cruzan la arteria y la vena facial anteriores.

Las ramas temporal y zigomática se identifican sobre o inmediatamente por encima del arco zigomático y frecuentemente una rama importante acompaña al conducto parotídeo a través del dedo por debajo del zigoma; pudiendo ser fácilmente identificado el conducto hasta su entrada en el músculo bucinador.

La identificación periférica de las ramas del facial y la posterior - dirección de la glándula parótida tiene la ventaja de proporcionar un adecuado bloque de tejido antes de la llegada al tumor, puesto que la mayoría de los tumores tienden a localizarse cerca del tronco principal del nervio que de la periferia. Podemos, así, - - levantar la porción superior de la glándula por disección a lo largo del plano de estas ramas nerviosas como un bloque intacto en el cual va incluido el tumor. Librando el tronco del nervio y separando y disecando sus ramas, la porción profunda de la glándula se extirpa unas veces intacta, pero más a menudo separada. - Después de la completa extirpación de todo el tejido parotídeo, la región se lava abundantemente con suero salino templado. Se coloca un drenaje de Penrose por debajo de la oreja, y los tejidos subcutáneos y los márgenes de la piel se aproximan con seda de cuatro ceros. Es esencial un apósito oclusivo firmemente aplicado. (Fig. 11)

BIOPSIA:

No se hace una biopsia rutinariamente, pues cuanto más lejos --- se esté del tumor mejor. Así evitamos la posibilidad de contaminación del tejido parotídeo circundante. En la operación, la disección roma o la ruptura de un quiste en el tumor parotídeo es al-

tamente indeseable y en el mismo sentido consideramos una biopsia.

TECNICA DE LA PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL

Se inicia con una incisión en "Y", de la rama; va por delante - de la oreja y la otra por detrás a unos dos centímetros de la inserción para unirse ambos justamente por debajo del lóbulo auricular; la incisión es llevada hacia abajo y adelante hasta cerca - del ángulo del maxilar inferior y después de disecar el colgajo anterior convenientemente, se despega la glándula del conducto auditivo externo hasta visualizar el tronco principal del Nervio Facial, se disecan cuidadosamente sus ramificaciones, extirpándose la glándula parótida que está por fuera del plano nervioso.

COMPLICACIONES:

Los enfermos desarrollan algún grado de parálisis facial temporal a continuación de la operación, cuya duración varía de unos días a meses (8 meses), hasta la recuperación completa, previsto que el nervio no ha sufrido daño permanente. En aquellos casos en que la disección fue especialmente laboriosa y difícil a causa del

tamaño y/o fijación del tumor, la parálisis temporal será más duradera. Cuando el carcinoma invade directamente el tronco del nervio facial, es imposible extirpar el cáncer y conservar el nervio y así, una anastomosis terminoterminal está fuera de toda posibilidad siendo necesario la reparación con injerto del nervio en estos casos.

La recuperación espontánea de la movilidad en la musculatura facial en casos de pérdida operatoria de un segmento del séptimo -- nervio craneal, es debido al establecimiento de nuevas vías motoras a través del quinto nervio craneal; puesto que hay numerosos y pequeños filamentos que realizan anastomosis entre las ramas de mayor tamaño.

Como el nervio auricular mayor se secciona en la operación radical, debe recordarse postoperatoriamente, pues algún enfermo desarrollará una evidente Neurinoma. El enfermo debe ser informado de que esto no es una recidiva de la masa tumoral.

Un Seroma debajo de los colgajos es indeseable y puede ser prevenido con un masaje adecuado y la aplicación de un apósito compresivo, usando esponja de goma para ejercer una presión uniforme.

La Fístula Salival no ha sido problema puesto que ha sido extirpada la glándula entera. Es deseable dejar una porción tan pequeña como sea posible del conducto, porque puede llegar a ser el asiento de una infección crónica meses después, de donde puede ser vertido en la cavidad oral un material purulento.

DISCUSIONES

CIRUGIA RADICAL:

En presencia de un tumor parotídeo, es vital que todas las porciones de la glándula sean extirpadas.

El nervio facial sufrirá un daño permanente en la operación por un tumor maligno. Menos catástrofes seguirán a una exposición amplia del nervio que las que pueden ocurrir cuando la excisión o enucleación son hechas sin una adecuada visualización del nervio. El nervio facial debe ser seccionado solamente cuando ha habido invasión directa del tronco o de las ramas por el cáncer.

Se puede atribuir la baja frecuencia de recidiva a la constante adhesión al principio de una adecuada incisión cutánea, dando así amplia exposición a la glándula entera, lo que permite la realización de una parotidectomía con preservación del nervio facial.

DISECCION RADICAL DEL CUELLO:

Las indicaciones para la disección radical del cuello por neoplasia maligna de la parótida, en algunos casos son determinadas. Este procedimiento es favorecido en presencia de signos clínicos y microscópicos de metástasis en la región cervical, para la exclusión de metástasis distantes. Puede hacerse como parte del tratamiento definitivo por carcinoma de la parótida cuando son sospechosos los ganglios palpables o si se encuentra el "Ganglio Centinela". Este hallazgo es interesante y será vigilado cuidadosamente para ulterior consideración, pues puede ser la primera indicación real para hacer una disección radical de cuello en ausencia de ganglios cervicales palpables o aumentados de tamaño. En la actualidad una disección radical de cuello no debe ser incluida en la operación primaria a menos que haya signos clínicos o histológicos de metástasis ganglionares cervicales.

SINDROME DE FREY:

El Síndrome de Frey es una posible y molesta secuela postoperatoria. Los síntomas aparecen por lo general dentro de los dos años después de la operación y consiste en un enrojecimiento y/o sudoración de la región de los colgajos de la piel. La reac--

ción ocurre durante la comida o inmediatamente después de ella. El mecanismo puede ser el resultado posiblemente, de la estimulación de la lengua, de donde, los reflejos a través del glossofaríngeo hasta el ganglio ótico y nervio auriculotemporal, que es un nervio sensorial de la piel de la región de la parótida. Las ramas seccionadas de este nervio anastomosan con las ramas -- distantes del sistema Simpático de la piel, las cuales se seccio-- nan en la preparación y levantamiento de los colgajos durante la operación. Este sistema se ha irritado y ocurre la sudoración. La incidencia de este síntoma varía del 10 al 60 por 100. No ha tratamiento positivo. La Radioterapia de la región no es práctica, - porque la dosificación tendría que ser fuerte, lo cual causaría atrofia de las glándulas salivales y otras secuelas. La región puede ser extirpada si es pequeña, pero esto puede no ser práctico desde el punto de vista cosmético. La sección intracraneal del -- nervio glossofaríngeo es impracticable a causa de la enorme im-- portancia de la intervención.

Actualmente una pomada al 3 por 100 de Bromohidrato de escopolamina es efectiva para el alivio temporal de los síntomas, en la - mayor parte de los enfermos, y debe ser considerada como un método práctico de tratamiento.

JUSTIFICACION DE LA PAROTIDECTOMIA TOTAL

Varios factores cuentan en favor de la parotidectomía total como tratamiento de rutina para el cáncer parotídeo.

Primero, cualquier tumor de la parótida puede dar una falsa impresión superficial de su tamaño y aspecto. Lo que parece ser -- una operación menor, puede llegar a ser imperativamente una gran operación, por el inesperado descubrimiento de una oculta ramificación del cáncer. El cirujano no tiene elección: o cambia rápidamente la técnica por un procedimiento más extenso, para lo cual ni él, enfermo están preparados, o el resultado será la extirpación incompleta de un tumor que habrá sido estimulado a realizar siembra local o a distancia.

Segundo, la dificultad del diagnóstico histológico exacto, la falta de uniformidad en la clasificación histológica, con la consecuente incertidumbre en el pronóstico de muchos tumores parotídeos, haciendo la total extirpación de la glándula, una norma de seguridad contra la recidiva.

Tercero, la complicación de lesión inadvertida del nervio facial -- y/o fistula salival residual son eliminadas o reducidas con la parotidectomía total.

RADIOTERAPIA:

La radioterapia se combina con la cirugía radical en aquellos con profunda invasión cancerosa, o si en el momento de la intervención se juzga que la extirpación total del tumor pudo ser incompleta. La radioterapia como tratamiento primario debe ser reservada para los cánceres inoperables y para las recidivas postoperatorias inoperables, con un carácter puramente paliativo, observándose algunas veces estabilización tumoral. En la radioterapia además de utilizar el radio se utiliza el cobalto, teniendo así la cobaltoterapia, la cual se utiliza en tumores con una alta malignidad o en una operación en que se haya dejado un tumor o resto de tumor maligno. La radioterapia se practica utilizando la técnica "por cuñas" con o sin Ortovoltaje. El tratamiento se lleva a cabo por un cierto número de sesiones, dando al paciente una dosis adecuada de Rads. El tratamiento se comienza con una dosis baja para ver si el paciente tolera la dosis de Rads y si se puede aumentar o si el tumor necesita una sobredosis. Las radiaciones se aplican en el lecho quirúrgico y si hay metástasis - en algún ganglio después de la resección tumoral y/o durante el tratamiento radioterápico se le aplica una sobredosis de la inicial en el sitio metastásico. Si el nódulo metastásico continúa palpándose se planea una dosis adicional de Rads con Ortovoltaje.

La radiación externa o intersticial se considera de utilidad, sobre todo en los casos de recidiva y cuando se trate de proceso maligno inoperable; la sensibilidad tumoral está directamente relacionada con el grado de anaplasia.

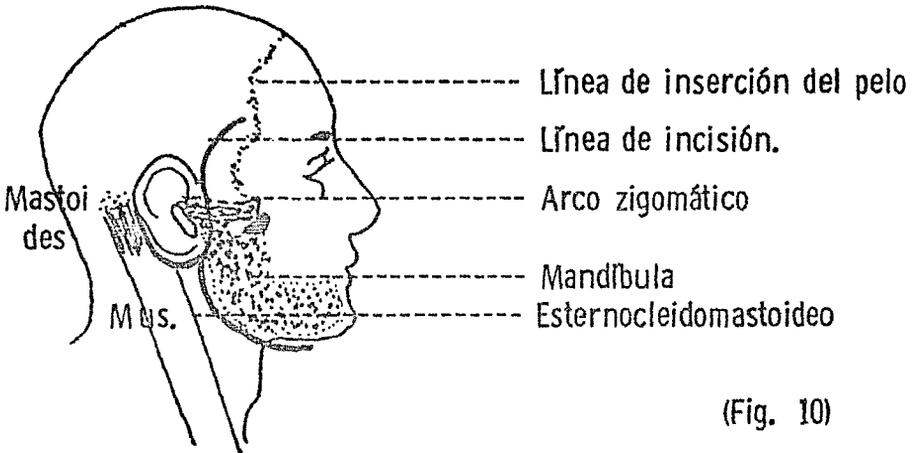
QUIMIOTERAPIA:

Entre las sustancias que utilizamos como un tratamiento coadyuvante; tenemos:

- a) Fluoracilo
- b) Oncovin (vincristina)
- c) Ciclofosfamida
- d) Mostaza nitrogenada
- e) Vinblastina (Velbe)

En los casos donde se encuentran estadios muy avanzados junto con el tratamiento radioterápico se aplica la quimioterapia con 5-fluoracilo, oncovin y ciclofosfamida; en pacientes con estadios clínicos tan avanzados, siendo intratables radicalmente desde el principio, además de recibir el tratamiento radioterápico la mayoría con un carácter paliativo observándose estabilización tumoral y empleándose un tratamiento coadyuvante con quimioterapia en -

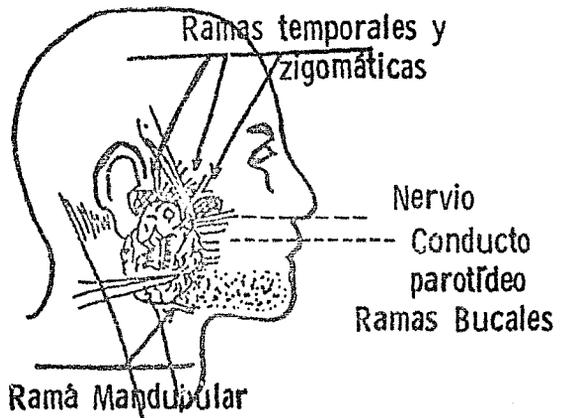
REPRESENTACIONES ESQUEMATICAS
DE:



LA LOCALIZACION Y EXTENSION
DE LA INCISION

LAS RELACIONES DEL
NERVIO FACIAL Y DE LA
GLANDULA PAROTIDA

(Fig. 11)



1-mostaza nitrogenada, y triple droga de 5-fluoracilo oncovin y - ciclofosfamida, sin resultados favorables aparentes. La dosificación está bajo el criterio médico.

ACCIDENTES POSTOPERATORIOS:

Entre los accidentes postoperatorios que pueden ocurrir después del tratamiento quirúrgico se pueden nombrar los siguientes:

- 1) Parálisis facial temporal (lobectomía superficial conservando el nervio facial).
- 2) Parálisis facial permanente (parotidectomía total sin conservación del nervio facial).
- 3) Aparición del Síndrome de Frey
- 4) Deficiencia en la cicatrización
- 5) Infecciones postquirúrgicas.
- 6) Infecciones localizadas en la cicatriz de la herida quirúrgica.

CASO CLINICO

Nombre: A. R. L. Edad: 30 años, Sexo: Masculino Residencia: D. F.

Estado Civil: Soltero Ocupación: Camarógrafo

Servicio de Cirugía Especial

Fecha: 12/VI/75

Interrogatorio Directo

Fecha de Ingreso Hospitalaria: 24/VI/75

Fecha de Egreso:

1/VI/75

ANTECEDENTES:

Paciente en cuyos antecedentes heredofamiliares de interés se encontraron: padres cardiopatas, padre diabético; procedente de medio socio-económico y cultural regular; hace 22 años extirpación de región parotídea derecha.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Iniciado hace aproximadamente 5 años con la presencia de tumoración en la región retromandibular derecha, la cual media inicialmente 5 cms. de diámetro de consistencia dura, indolora desde entonces, la cual ha experimentado un neocrecimiento que en

la actualidad ha deformado la región mencionada con elevación - del lóbulo auricular. Siempre ha sido indolora, no se ha encontrado en la actualidad adenopatías y no hay ataque al estado general.

APARATOS Y SISTEMAS:

Digestivo: S. D. P.	Respiratorio: S. D. P.
Circulatorio: S. D. P.	Endócrino: S. D. P.
Músculo-Esquelético: S. D. P.	Nervioso: S. D. P.
Hemo-Linfático: S. D. P.	Urinario: S. D. P.

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION:

Posible tumor mixto de parótida Derecha.

EXPLORACION FISICA:

Buen estado general; se aprecia en la región parotídea derecha - deformada por el neocrecimiento, de forma irregular de aproximadamente 6 - 7 cm. de diámetro mayor horizontal, de coloración violáco discreto, de consistencia dura, fija a los planos subyacentes, indolora que levanta por contigüedad el lóbulo auricular.

A la palpación de la tumoración, principalmente por debajo de la oreja es móvil, no hay adenopatías en el cuello y región precordial.

INSPECCION:

Cabeza:

Cráneo normal: ojos buena coloración conjuntival, pupilas centrales normoreflexivas; boca: mucosa normal, buena higiene, no hay presencia de caries, faringe y amígdalas normales.

Se aprecia región auricular inferior derecha así como rama vertical de la hemimandíbula derecha, deformadas por la tumoración irregular de coloración violáceo discreto de aproximado 6 - 7 cm. de diámetro mayor de consistencia dura, fijo e indoloro.

Cuello:

Forma normal, no adenopatías, tráquea central, pulso normal, tiroides de consistencia y dimensiones normales.

Tórax:

Campos pulmonares limpios.

Región precordial en límites normales, con ruidos rítmicos de buena intensidad sin patología agregada auscultable.

PRONOSTICO:

Reservado por el momento.

PLAN:

Solicitan exámenes radiográficas de cráneo y tórax.

Operación programada: exploración quirúrgica de la región parotídea, Parotidectomía y posible D R C D programada para el día siguiente. Ya que por el momento es asintomático y se encuentra en buen estado general, sin compromiso cardiopulmonar, con -- signos vitales normales y exámenes preoperatorios normales. Dado que no hay inconvenientes quirúrgicos se dan órdenes generales y preoperatorios. Se le indica al paciente posible lesión facial y sus secuelas.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIOS:

Adenocarcinoma poco diferenciado de resto de parótida. La superficie que cubría la región parotídea daba la impresión de estar infiltrada por la lesión tumoral, se encontraron varios nódulos de aspecto caseoso cuyo material se envió a Patología con resultados de malignidad. Se encontró un ganglio parotídeo que fue reportado de la misma manera, sin embargo, la lesión tumoral estaba -- aparentemente limitada en el nódulo de unos 5 x 5 cm. de diámetro en el lóbulo profundo. Se identificó facial y pudo researse el lóbulo profundo de la parótida.

Operación practicada:

Resección del lóbulo profundo y resto superficial de la parótida - derecha (Técnica Parotidectomía Radical).

Drenaje: Penrose en cavidad.

Estado post-operatorio: delicado

EVOLUCION:

La evolución es satisfactoria, herida quirúrgica en buenas condi ciones, el paciente en condiciones de ser externado.

RADIOTERAPIA:

Por el momento no existe recidiva tumoral, no recibirá tratamiento con radiaciones, debiendo continuar su control en su servicio original.

Estudio Radiográfico Post-Quirúrgico:

Del tórax es normal.

EVOLUCION CLINICA:

A los cinco días, el paciente presenta el Síndrome de Frey, no presenta evidencia de alteraciones tumorales locoregional.

ANALISIS SANGUINEOS Y DE ORINA:

Hemoglobina	15.1 g %	Basófilos	1%
Hematocrito	48 ml %	Segmentados	42%
CMHG	31 %	En Banda	7%
Leucocitos	6 800 mmc%	Anormalidades	
Monocitos	11 %	Anisocrómicas (positiva)	
Linfocitos	38 %	Plaquetas	240 000 mmc.
Eosinófilos	1% %		

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION O

DATOS CLINICOS DE TUMOR PAROTIDEO

C. Inmunología

V. D. R. L. :	negativo	Albúmina: negativa g/l
Glucosa :	93 mg	Glucosa: negativa g/l
Urea :	17 mg	Hemoglobina: negativa
		Leucocitos: 3

GENERAL DE ORINA:

Densidad: 1029

Ph: 6

BIOMETRIA HEMATICA:

Hemoglobina:	16 g %	Eosinófilos:	1
Hematocrito:	50 ml	Basófilos:	1
C M H G:	32 %	Segmentados:	54
Leucocitos:	6.600 mmc	En banda:	2
Linfocitos:	35 %	Plaquetas:	350 000 mmc.
Monocitos:	7 %		

Tromboplastina:

Plasma 12 '' / 12'' seg. 100 %

Fórmula Blanca completa

Otros estudios:

T. P. T. = 21''

Testigo = 21''

Revisión de expediente Radiográfico:

Cráneo: calcificaciones de la hoz del cerebro, por lo demás no se detecta patología de los elementos óseos.

Tórax: calcificaciones en hilivo, por lo demás no hay patología.

25/VI/75 BIOPSIA DIRECTA:

Pieza operada. Estudio transoperatorio para el presente día.

Descripción Macroscópica:

DIAGNOSTICO Y DESCRIPCION MICROSCOPIA;

T O (1) Fragmento de Adenocarcinoma poco diferenciado.

T O (2) Ganglio linfático con metástasis de Adenocarcinoma Maligno.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO:

Adenocarcinoma poco diferenciado de resto de parótida no operada.

Hallazgos quirúrgicos:

La superficie cutánea que cubría la región parotídea, daba la impresión de ser infiltrada por lesión tumoral, se encontraron varios nódulos de aspecto caseoso cuyo material se envió a Patología con resultado Maligno. Se encontró un ganglio parotídeo que fue reportado de la misma manera, sin embargo la lesión tumoral estaba aparentemente limitada en un nódulo de unos 5 x 5 cm. - de diámetro en el lóbulo profundo. Se identificó facial y pudo resecarse el lóbulo profundo de parótida.

Estudios transoperatorios:

Adenocarcinoma poco diferenciado.

Ganglio con metástasis.

Operación practicada:

Resección del lóbulo profundo y resto del superficial de la parótida derecha (Técnica Parotidectomía Radical).

Sangre perdida: 25 ml.

Sangre transfundida: no ml.

Curativa: si.

Diagnóstica: si.

Drenaje: Penrose en cavidad

Accidentes: no.

Estado postoperatorio inmediato: delicado

DESCRIPCION DE LA OPERACION:

Bajo anestesia general, se procedió a realizar una incisión en "Y" incluyendo el tercio inferior del lóbulo de la oreja, por planos se llegó hasta el nódulo parotídeo residual, dando salida a material caseoso aparentemente romperse un fragmento de cápsula, se envió el material a Patología y se procedió a efectuar Parotidectomía como si fuese radical, el cual fue seguido en sus tres ramas principales; una vez identificados totalmente éstos, se ligó la yugular externa y se disecó el lóbulo profundo hasta dejar mesetero y esternocleidomastoideo libres de tejido parotídeo. Se ligaron dos va-

sos sangrantes, se lavó en varias ocasiones y se inició el cierre en planos, procurando hacer una plastía de la oreja con fines es téticos.

TUMOR MIXTO DE PAROTIDA DESCARTAR CANCER

Excisión Yeto probable Parotidectomía Radical y DRC.

Medicación: Diazepán Airopi

Edad: 30 años, Sexo: Masc. Estatura: 1.75 m. Peso 65.500 kg.

Hematocrito: 50 H. B. 16 Temp. 36.6C Pulso: 80 Resp. 20

Orina: 1029 mg. Química Sanguínea: 93 Urea: 13

Tensión Resp. Cardio. : Normal

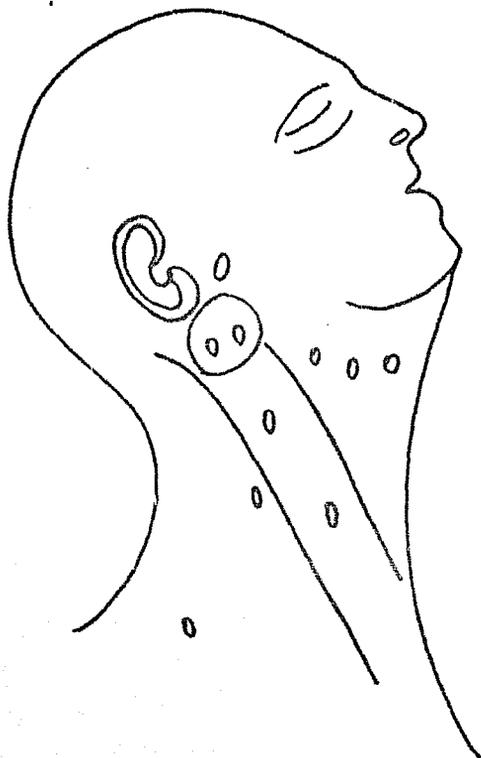
Cuello: normal.

Estado Psíquico: tranquilo

Antecedentes Anestésicos: bien tolerables.

ESQUEMA

ANATOMICO



4 x 3 cm.

CONCLUSIONES

Con la aceptación de que todo Adenocarcinoma Parotídeo debe ser extirpado, tan pronto sea posible al igual que un tumor mixto e incorporando la práctica general de una exposición quirúrgica amplia de la glándula y del nervio facial, minimizando en esta forma la lesión nerviosa para realizar una lobectomía superficial o una Parotidectomía Total y si es necesario con Disección Radical de Cuello, tratando de conseguir un descenso en la recidiva del tumor parotídeo.

1. El tratamiento de elección del Adenocarcinoma Parotídeo es quirúrgico.
2. En casos seleccionados, el tratamiento mínimo (Parotidectomía Superficial) con el cuidado de la integridad del VII -- Par Craneal. Cuando el tumor está en la prolongación profunda es necesario la Parotidectomía Total; tratar de conservar el Nervio Facial y si éste está adherido al tumor no debe dudarse en sacrificarlo.
3. En caso de sospecha clínica de metástasis cervical se deberá continuar la operación en bloque, con disección radical de cuello ipsilateral.

4. En los casos en que se ha dejado tumor residual o en tumores muy neoplásicos, la Radioterapia puede tener resultados satisfactorios.
5. De preferencia que la Biopsia transoperatoria y el equipo médico esté preparado para el cambio de técnica operatoria.
6. La presencia de un tumor en la región parotídea; en ausencia de tumor primario de la cavidad oral, debe surgir el diagnóstico tentativo de una neoplasia parotídea.
7. La presencia de dolor o parálisis facial, hace pensar de que se trate de un Adenocarcinoma Parotídeo; ya que no presenta en los tumores benignos.
8. Las edades de los enfermos con Adenocarcinoma Parotídeo - fluctúan por lo general entre la sexta y séptima década de vida.
9. El tiempo de evolución desde el inicio del padecimiento hasta la primera consulta es de dos meses a 6.89 años en promedio en tumores malignos.
10. La mayor frecuencia del Adenocarcinoma Parotídeo, su presencia es en sexo masculino en relación al femenino, con una proporción de dos a uno.

ESTADÍSTICAS

En 1973, se publicó en la Revista Médica del I. M. S. S. en el -- Hospital de Oncología; un reportaje donde se recopilaron 113 ca- sos de tumores de las glándulas salivales, que se presentaron en el transcurso de los años 1952 a 1973, de los cuales sólo 82 casos (83%), son tumores de glándulas parotídeas y de ellos 22 - (27%), son tumores malignos de las glándulas parotídeas, de es- tos tumores sólo se encontró un Adenocarcinoma Parotídeo (6%).

En el I. N. C. de S. S. A. se atendieron 50 casos de tumores de - las glándulas salivales correspondientes a 10 años de atención médica en los años 1963-1972; de los cuales sólo 17 de ellos --- (37%) son tumores malignos de la glándula parótida, localizados diez en el sexo masculino y siete en el femenino, de donde se presentaron 2 Adenocarcinomas de células acinosas en la paróti- da (según la clasificación de FOOTE y FRAZELL).

Resumiendo:

De los 39 tumores malignos de las glándulas parótidas atendidos en las dos instituciones, sólo se encontraron 3 tumores de los cuales fueron Adenocarcinoma Parotídeo o sea que ocupan un - 6.3%.

BIBLIOGRAFIA

- Tratado de Histología Arthur W. Ham (Sexta Edición)
- Apuntes de Histología y Embriología Bucodental: Dr. Juan Tapia Camacho.
- Anatomía Humana Descriptiva y Tipográfica: Primer tomo. Dr. Rouviere.
- Anatomía Topográfica Tratado aplicado a la Cirugía: Dr. P. Tillaux (Duodécima Edición Española).
- Manual de Fisiología Médica: Dr. William F. Ganong.
- Fisiología Humana Primer Tomo. Dr. Fernando Ocaranza.
- Compendio de Fisiología General Prof. Dr. Eric Ponder, M.D. Sc.
- Texto de Patología: Dr. Pelayo Correa, y Dr. R. Pérez Tamayo.
- Manual de Patología Externa: Dr. E. Forgue.

Cáncer A Manual
Practitiones:

I. N. C. (Thrid Edition 1957).

Fisiopatología Bucal:

Drs. Richard W. Tieceke, Orion
Hsfuteville y Dr. Josep Calandra.

Cáncer Actualización:

Academia Mexicana de Cirugía
(1969).

Procesos en Cancerología
Clínica.
Volumen II.

Dr. Irvi M. Ariel.

Apuntes de Patología
General:

M. C. Dr. Juan Tapia Camacho.

Cáncer, Volumen II:

Edited by Ronald W. Raven, Part 3
Pathology of Malignant Tumors, -
Cap. 9 Salivary Glands A. C.

Manual de Cancerología
Básica:

I. N. C. 1963

A Texbcok of Oral Patholo-
gy:

Drs. William G. Shafer, Maynard
K. Hine, Bernef M. Levy.

Diagnóstico en Patología
Oral:

Drs. Eduard V. Zegarely, George
A. Hymen. (Edición 1972).

Revista del Instituto Na--
cional de Cancerología
Volumen 26.

I. N. C. 1976

- Odontología Clínica Norteamericana.
Tumores de las Regiones Bucles. Serial Vol. 3
Drs. Hamilton B.G. Robinson y Robert G. Kesel (1960)
- Progresos en Cancerología Clínica.
Volúmenes: II y III
Dr. Josep L. Bernier (1962)
- Tratamiento de las Enfermedades Orales
(1962)
- Patología Bucal :
Dr. K. Tomman (1970).
- Medicina Bucal:
Dr. Guskett (1972).
- Tumores de las Glándulas Salivales;
Revista Médica. Volumen 12 No. 3, 282 - 289
México 1973.
Instituto Mexicano del Seguro Social
(Biblioteca del H. Oncología)
Dr. Roberto Garza Garza
Dr. Fernando Gómez Acosta
Dr. Roberto Díaz Palacios.

INDICE

	Página
Prólogo	1
HISTOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA:	
Formación de Nuevas Células Secretoras	2
Glándula Parótida	3
ANATOMIA:	
De La Glándula Parótida	7
Forma y Relaciones de la Parótida con las Paredes de la Celda Parotídea	7
Relaciones de la Parótida en la Celda Parotídea	11
Conducto de Sténon	11
Vasos y nervios de la Parótida	13
Región Parotídea	14
FISIOLOGIA:	
Hechos anatómicos	16
Histológicamente	17
Caracteres Químicos de la Saliva Parotídea	18
Acciones que Intervienen en la acción salival	19

	Página
Reflejo Condicionado	20
Saliva	31
Control de la Secreción Salival	32

ADENOCARCINOMA FAROTIDEO:

Etiología	34
Manifestaciones Clínicas del:	
a). Escirro o Sólido	36-37
b). Encefaloideo o Quístico	36-39

Manifestaciones Clínicas del Adenocarcinoma

Parotídeo	41
Examen Radiográfico	47
Histopatología	48
Diagnóstico	51
Diagnóstico Precoz	51
Diagnóstico Diferencial	53
Pronóstico	55

TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA PAROTIDEO:

Técnica de la Parotidectomía Total	60
Biopsia	61

	Página
Técnica de la Parotidectomía Superficial	63
Complicaciones	63
Discuciones	65
Síndrome de Frey	66
Justificación de la Parotidectomía Total	68
Radioterapia	69
Quimioterapia	70
Accidentes Postoperatorios	72
CASO CLINICO	73
CONCLUSIONES	85
ESTADISTICAS	87
BIBLIOGRAFIA	88