

879522

21

21



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TUMORES DE GLANDULAS

SALIVALES MAYORES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

NATIVIDAD SAENZ ARAGON



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



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 está 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.

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++	6
CAPÍTULO I	
ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y	
LOCALIZACIÓN DE LAS --	
GLÁNDULAS SALIVALES MA	
YORES+++++	8
CAPÍTULO II	
CLASIFICACIÓN DE TUMORES	
DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES++++	31
CAPÍTULO III	
TRASTORNOS DEL DESARROLLO	
DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES+++++	51
CAPÍTULO IV	
QUISTES ASOCIADOS A	
GLÁNDULAS SALIVALES+++++	70
CONCLUSIONES+++++	75
BIBLIOGRAFÍA+++++	77

I N T R O D U C C I Ó N

EL TÉRMINO "TUMOR" SE REFIERE A CUALQUIER AU
MENTO DE VOLUMEN LOCALIZADO O CUALQUIER CRECIMIENT
TO, YA SEA LA ENFERMEDAD DE NATURALEZA INFLAMATOR
RIA, QUÍSTICA O NEOPLÁSICA. EN OTRAS PALABRAS,-
TODOS LOS CÁNCERES DE LA BOCA SON TUMORES, PERO -
NO TODOS LOS TUMORES SON CANCEROSOS. .

A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN DE LAS CIENCIAS BÁS
SICAS (ANATOMÍA MACROSCÓPICA, HISTOLOGÍA, PATOLOG
GÍA GENERAL, ETC.), UN ENTRENAMIENTO EN LAS CIENC
CIAS ORALES, RADIOLOGÍA ORAL, ETC.), Y LA EXPE---
RIENCIA DE UN CONSTANTE CONTACTO CON LOS TEJIDOS-
ORALES, LOS CIRUJANOS DENTISTAS DEBEMOS ESTAR LO-
SUFICIENTEMENTE CALIFICADOS PARA CUMPLIR NUESTRO-
PAPEL DIAGNÓSTICO EN RELACIÓN CON LOS TUMORES DE-
LA BOCA Y DE LOS MAXILARES, INCLUYENDO LAS NEOPLA
SIAS BENIGNAS Y MALIGNAS.

EL MOTIVO DE LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS ES
QUE PUEDA SERVIR A MIS COMPAÑEROS PARA CREAR CON-

CIENCIA DE LA GRAN IMPORTANCIA QUE TIENE EL REALI
ZAR UN BUEN DIAGNÓSTICO.

CAPÍTULO I

ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y LOCALIZACIÓN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES.

LAS GLÁNDULAS SALIVALES ESTÁN LOCALIZADAS --
POR FUERA DE LA MUCOSA Y SE COMUNICAN CON LA CAVI
DAD ORAL POR MEDIO DE SUS CANALES EXCRETORES.

ENCONTRAMOS QUE SON EN NÚMERO DE TRES GLÁNDU
LAS POR CADA LADO.

A.- GLÁNDULA PARÓTIDA.

B.- GLÁNDULA SUBMAXILAR.

C.- GLÁNDULA SUBLINGUAL.

A.- GLÁNDULA PARÓTIDA:

ES LA MÁS VOLUMINOSA DE LAS GLÁNDULAS SALIVA
LES. SE HALLA SITUADA POR DEBAJO DEL CONDUCTO -

AUDITIVO EXTERNO, POR DEBAJO DE LA APÓFISIS MAS-
TOIDEA Y POR DETRÁS DE LA RAMA ASCENDENTE DEL --
MAXILAR INFERIOR. ESTÁ CONTENIDA EN UNA CELDA-
DE PAREDES ANFRACTUOSAS, FORMADA POR TEJIDO CON-
JUNTIVO QUE SE CONDENSA EN ALGUNAS PARTES, TOMAN
DO EL ASPECTO DE UNA APONEUROSIS.

CELDA PAROTÍDEA:

ESTÁ CONSIDERADA COMO UNA DEPENDENCIA DE LA
APONEUROSIS CERVICAL SUPERFICIAL, SE LOCALIZA EN
LA PARTE MÁS SUPERIOR DEL BORDE ANTERIOR DEL ES-
TERNOCLEIDOMASTOIDEO, SE DESDOBLA AL DIRIGIRSE -
HACIA ADELANTE. LA HOJA SUPERFICIAL SE DIRIGE-
HACIA LA CARA, INSERTÁNDOSE EN EL ÁNGULO MAXILAR
INFERIOR, EN EL BORDE POSTERIOR DE SU RAMA ASCEN-
DENTE Y EN EL ARCO CIGOMÁTICO. LA HOJA PROFUN-
DA CORRE HACIA ADENTRO, ALCANZA EL VIENTRE POSTE-
RIOR DEL DIGÁSTRICO Y TOMA ADHERENCIA EN LOS ELE-
MENTOS DEL RAMILLETE DE RIOLANO.

FORMA Y RELACIONES DE LA PARÓTIDA:

LA PARÓTIDA TIENE FORMA DE UN PRISMA TRIAN-
GULAR. SUS RELACIONES SE PUEDEN DIVIDIR EN EX-

TERIORES E INTERIORES.

RELACIONES EXTERIORES:

SU CARA EXTERNA ES LIGERAMENTE ABOMBADA, ES TA EN RELACIÓN CON LA APONEUROSIS CERVICAL SUPER FICIAL, CON EL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y LA -- PIEL; EN EL TEJIDO CELULAR SE ENCUENTRAN FIBRAS- DEL RISORIO DE SANTORINI.

CARA ANTERIOR:

SE ENCUENTRA ACANALADA VERTICALMENTE, CO--- RRESPONDE DE AFUERA A DENTRO AL BORDE POSTERIOR- DEL MASETERO, AL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA AS-- CENDENTE DE LA MANDÍBULA, AL BORDE POSTERIOR DEL PTERIGOIDEO INTERNO Y A LA APONEUROSIS INTERPTE- RIGOIDEA, REFORZADA POR EL LIGAMENTO ESFENOMAXI- LAR, TAMBIÉN SE RELACIONA CON LA MEMBRANA FIBRO- SA QUE UNE A LOS LIGAMENTOS ESTILOMAXILAR Y ESFE NOMAXILAR.

CARA POSTERIOR:

— CORRESPONDE DE AFUERA ADENTRO, AL BORDE ANTERIOR DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO AL VIENTRE POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO, AL ESTILOHIOIDEO Y AL ESTILOGLOSO, UNIDOS POR LA APONEUROSIS PROFUNDA DE LA CELDA PAROTÍDEA, QUE ESTÁ REFORZADA A ÉSTE NIVEL POR LOS LIGAMENTOS ESTILOMAXILAR Y ESTILOHIOIDEO.

EXTREMIDAD SUPERIOR:

SE RELACIONA CON LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CUYA CÁPSULA ARTICULAR CUBRE Y AÚN TOMA ADHERENCIAS EN ELLA, MÁS ADENTRO SE HALLA EN RELACIÓN CON LA PORCIÓN CARTILAGINOSA DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.

CARA INFERIOR:

DESCANSA SOBRE EL TABIQUE INTERMAXILOPAROTÍDEO, EL CUAL LA SEPARA DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR

BORDE INTERNO:

CORRESPONDE A LA CARA EXTERNA DEL MASETERO, Y DE ÉL SE DESPRENDE LA PROLONGACIÓN MASETERINA- QUE EN ALGUNOS CASOS ES INDEPENDIENTE DEL CUERPO DE LA GLÁNDULA, FORMANDO UNA PARÓTIDA ACCESORIA.

BORDE POSTERIOR:

CORRESPONDE AL BORDE ANTERIOR DEL ESTERNO-- CLEIDOMASTOIDEO.

RELACIONES INTERIORES:

LA RAMA PAROTÍDEA ESTÁ EN RELACIÓN DIRECTA- CON ARTERIAS, VENAS, LINFÁTICOS Y NERVIOS QUE -- ATRAVIESAN LA CELDA PAROTÍDEA Y SE INTRODUCEN AL PARÉNQUIMA GLANDULAR.

ENTRE LAS ARTERIAS SE ENCUENTRA LA CARÓTI-- DEA EXTERNA, LA CUAL EMITE EN SU TRAYECTO INTRA- PAROTÍDEO LA AURICULAR POSTERIOR, LA MAXILAR IN- TERNA Y LA TEMPORAL SUPERFICIAL. ENTRE LAS VE- NAS ESTÁN LA VENA YUGULAR EXTERNA QUE TIENE SU - ORIGEN EN LA CONFLUENCIA DE LA VENA MAXILAR IN-- TERNA Y DE LA VENA TEMPORAL SUPERFICIAL AL NIVEL

DEL CUELLO DEL CÓNDILO, RECIBIENDO EN SU TRAYECTO LA TRANSVERSA DE LA CARA Y LA AURICULAR POSTERIOR

LOS LINFÁTICOS INTRAPAROTÍDEOS SON GANGLIOS- DE LOS CUALES UNOS SON SUPERFICIALES, SITUADOS EN LA CARA EXTERNA DE LA PARÓTIDA, DONDE FORMAN UN - GRAN GRUPO SUPERIOR, OTRO ANTERIOR, OTRO POSTE--- RIOR Y OTROS PROFUNDOS COLOCADOS EN EL TRAYECTO - DE LA CARÓTIDA EXTERNA Y DE LA YUGULAR EXTERNA, - QUE RECIBEN LA LINFA DEL VELO DEL PALADAR Y DEL - CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y DE LA PARTE POSTERIOR DE LAS FOSAS NASALES.

LOS NERVIOS, EN RELACIÓN CON LA MASA PAROTÍ- DEA, SON EL FACIAL QUE SALE DEL CONDUCTO ESTILO-- MASTOIDEO, PENETRA EN LA PARÓTIDA, LA AGRAVIESA - OBLICUAMENTE HACIA AFUERA Y ADELANTE, CON TENDEN- CIA A ALCANZAR LA CARA EXTERNA DE LA GLÁNDULA, Y- AL NIVEL DEL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDEN- TE DE LA MANDÍBULA, SE DIVIDE EN SUS RAMAS TERMI- NALES TEMPOROFACIAL Y CERVICOFACIAL, LAS CUALES - SALEN SEPARADAS DE LA MASA PAROTÍDEA.

EL NERVIIO AURICULOTEMPORAL O TEMPORAL SUPER-

FICIAL NACE DEL TRONCO POSTERIOR DE LA MANDÍBULA, PASA POR EL OJAL RETROCONDÍLEO Y PENETRA EN LA MASA PAROTÍDEA. AQUI EMITE UN RAMO QUE SE DIRIGE HACIA ARRIBA HASTA LLEGAR A LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL, DONDE SE ANASTOMOSA CON EL FACIAL, Y UN CORTO RAMO QUE ORIGINA RAMITAS QUE SE PIERDEN EN LA PARÓTIDA ANASTOMOSÁNDOSE CON RAMITAS PROCEDENTES DEL FACIAL. ESTAS RAMAS SON INDEPENDIENTES DE LAS QUE EMITE AFUERA DE LA CELDA DESTINADAS AL TRAGUS, AL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, AL PLEXO CERVICAL Y AL SIMPÁTICO.

CONSTITUCIÓN ANATÓMICA.

LA PARÓTIDA, COMO LA SUBMAXILAR, ES UNA GLÁNDULA ACINOSA, CUYOS ACINOS, DE FORMA TUBULAR MÁS O MENOS ABULTADA EN SU ORIGEN, SE AGRUPAN PARA FORMAR LOBULIELLOS PRIMITIVOS, LOS CUALES ASU VEZ, SE REUNEN CON OTROS PARA FORMAR LÓBULOS SECUNDARIOS, CUYO CONJUNTO VIENE A CONSTITUIR LA GLÁNDULA. LOS LOBULILLOS ESTÁN SEPARADOS ENTRE SÍ POR TEJIDO CONJUNTIVO, DONDE SE ENCUENTRAN ELEMENTOS LINFÁTICOS Y ADIPOSOS.

DE CADA ACINO PARTEN CONDUCTOS INTERCALARES-
LLAMADOS TAMBIÉN CONDUCTOS DE BELL, MUY ESTRECHOS
REVESTIDOS EN SU INTERIOR DE UNA CAPA EPITELIAL -
QUE DESCANSA EN UNA PARED PROPIA Y QUE VAN A DE--
SEMBOCAR A LOS CONDUCTOS INTRALOBULILLARES, LOS -
CUALES VAN A TERMINAR AL CONDUCTO EXCRETOR O CON-
DUCTO DE STENON.

CONDUCTO DE STENON.

ESTÁ FORMADO POR LA INFLUENCIA DE LOS CONDUC
TOS INTERLOBULILLARES QUE REALIZA EN LA CARA ANT
ROINTERNA DE LA PARÓTIDA O EN EL ESPESOR MISMO DE
ÉSTA GLÁNDULA. SE DIRIGE HACIA ADELANTE, CRUZA-
LA CARA EXTERNA DEL MASETERO POR DEBAJO DE LA AR-
TERIA TRANSVERSA DE LA CARA, ALCANZA LA CARA EX--
TERNA DEL BUCCINADOR AL QUE ATRAVIESA OBLICUAMEN-
TE HACIA ADELANTE Y ADENTRO PARA ABRIRSE EN LA MU
COSA DEL VESTÍBULO DE LA BOCAL AL NIVEL DEL CUE--
LLO DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

DICHO CONDUCTO ESTÁ CONSTITUIDO POR UNA GRUE
SA PARED DE TEJIDO CONJUNTIVO COMPACTO Y FIBRAS -

ELÁSTICAS, REVESTIDO INTERIORMENTE POR UN EPITE--
LIO DE CÉLULAS CILÍNDRICAS.

B).-- GLÁNDULA SUBMAXILAR.

ESTÁ SITUADA EN LA PARTE LATERAL DE LA RE---
CIÓN SUPRAHIOIDEA EN LA FOSETA ESCULPIDA EN LA CA
RA INTERNA DE LA MANDÍBULA. SE ENCUENTRA CONTE--
NIDA COMO LA PARÓTIDA, EN UNA CELDA OSTEOFIBROSA.

CELDA O COMPARTIMIENTO SUBMAXILAR:

ES UN HUECO OSTEOFIBROSO PRISMÁTICO TRIANGU--
LAR CON TRES PAREDES: INTERNA, INTEROEXTERNA Y SU
PEROEXTERNA. LA PARAD INTERNA ESTÁ FORMADA POR--
LA HOJA INTERNA DEL DESDOBLAMIENTO DE LA APONEURO
SIS CERVICAL SUPERFICIAL QUE VA A FIJARSE A LA LÍ
NEA MILOHIOIDEA. SE HALLA EN RELACIÓN CON LOS -
DOS VIENTRES DEL DIGÁSTRICO Y SU TENDÓN INTERME--
DIO, CON EL MÚSCULO MILOHIOIDEO Y EL HIOGLOSO, --
CON EL NERVIO HIPOGLOSO MAYOR, Y POR INTERMEDIO -
DEL HIOGLOSO, CON LA ARTERIA LINGUAL. EN SU PAR
TE POSTERIOR SE RELACIONA CON EL ESTILOHIOIDEO Y--
CON LA PARED LATERAL DE LA FARINGE.

FORMA Y RELACIONES:

LA GLÁNDULA MAXILAR PUEDE CONSIDERARSE DE --
FORMA PRISMÁTICA TRIANGULAR.

CARA EXTERNA:

EN ELLA SE ENCUENTRAN LOS GANGLIOS SUBMAXILARES POR DENTRO DE LA APONEUROSIS EN NÚMERO DE --- SEIS O SIETE Y EN CONTACTO DIRECTO CON LA MASA -- GLANDULAR.

CARA INTERNA:

ESTÁ EN RELACIÓN CON EL PLANO PROFUNDO DE LA REGIÓN SUPRAHIOIDEA LATERAL Y SE HALLA EN CONTACTO POR ATRÁS CON EL TRIÁNGULO DE BECLARD. ÉSTE SE ENCUENTRA CONSTITUIDO POR EL HUESO HIOIDEO, -- POR ARRIBA Y ADELANTE, POR EL VIENTRE POSTERIOR -- DEL HIOGLOSO, MÚSCULO QUE CUBRE A LA ARTERIA LINGUAL ANTES DE QUE ÉSTA EMITA LA DORSAL DE LA LENGUA.

CARA INFERIOR:

SE RELACIONA CON LA VENA FACIAL, CON LA APO-

NEUROSIS SUPERFICIAL, CON EL MÚSCULO CATÁNEO Y --
CON LA PIEL.

EXTREMIDAD POSTERIOR:

SE HALLA EN RELACIÓN CON LA ARTERIA FACIAL,-
EL VIENTRE POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO Y CON EL ESTI
LOHIOIDEO. ESTÁ SEPARADA DE LA PARÓTIDA POR EL-
TABIQUE INTERMAXILOPAROTÍDEO O INTERMANDIBULOPARU
TÍDEO.

EXTREMIDAD ANTERIOR:

ESTÁ COLOCADA POR DETRÁS DEL VIENTRE ANTE---
RIOR DEL DIGÁSTRICO Y SE RELACIONA CON LA GLÁNDU-
LA SUBLINGUAL.

CONDUCTO DE WHARTON:

NACE EN PARTE MEDIA DE LA CARA INTERNA DE LA
GLÁNDULA, SE DIRIGE HACIA ADELANTE Y ADENTRO, HAS
TA EL BORDE INTERIOR DEL FRENILLO DE LA LENGUA, -
EN DONDE CAMBIA DE DIRECCIÓN Y CORRE HACIA ADELAN
TE PARA DESEMBOCAR EN EL PISO DE LA BOCA.

CÓNSTITUCIÓN ANATÓMICA:

LA GLÁNDULA SUBMAXILAR, ES UNA GLÁNDULA MIXTA, PUES ESTÁ CONSTITUIDA POR ACINOS SEROSOS COMO LA PARÓTIDA Y ACINOS MUCOSOS SEPARADOS POR TEJIDO CONJUNTIVO. SU SECRECIÓN SE VIERTI POR CONDUCTOS EXCRETORES QUE TIENEN LA MISMA DISPOSICIÓN -- QUE LA PARÓTIDA.

ESTÁ IRRIGADA POR ARTERIAS PROCEDENTES DE LA FACIAL Y DE LA SUBMENTONIANA Y EN SUS REDES CAPILARES NACEN VENAS QUE DESEMBOCAN IGUALMENTE EN LA FACIAL Y EN LA SUBMENTONIANA.

C).- GLÁNDULA SUBLINGUAL.

SE LOCALIZA EN EL PISO DE LA BOCA, POR DEBAJO DE LA MUCOSA Y POR DENTRO DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA. ES LA MÁS PEQUEÑA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, TIENE FORMA ELIPSOIDAL, APLANADA TRANSVERSALMENTE Y CON SU EJE MAYOR DIRIGIDO DE ATRÁS ADELANTE Y DE AFUERA A DENTRO.

RELACIONES:

SE ENCUENTRA ENVUELTA POR TEJIDO CONJUNTIVO Y NO TIENE CELDA OSTEOAPONEURÓTICA.

CARA EXTERNA:

ES CONVEXA Y EN RELACIÓN CON LA FOSETA SUB--LINGUAL, LABRADA EN LA CARA POSTERIOR DEL CUERPO--DE LA MANDÍBULA.

CARA INTERNA:

SE RELACIONA CON EL CONDUCTO DE WHARTON, EL--NERVIO LINGUAL Y LA VENA RANINA Y CON LA CARA EX--TERNA DE LOS MÚSCULOS GENIOGLOSO Y LINGUAL INFE--RIOR.

BORDE INFERIOR:

ESTÁ EN RELACIÓN CON LOS MÚSCULOS GENIOGLOSO Y MILOHIOIDEO.

BORDE SUPERIOR:

SE RELACIONA CON LA MUCOSA DEL PISO DE LA BO

CA, A LA QUE LEVANTA PARA FORMAR LAS CARÚNCULAS--
SUBLINGUALES.

LA EXTREMIDAD POSTERIOR SE ENCUENTRA EN RELACION CON LA GLÁNDULA SUBMAXILAR Y LA EXTREMIDAD ANTERIOR SE ENCUENTRA EN CONTACTO CON LA DEL LADO OPUESTO, Y EN RELACIÓN CON LA APÓFISIS GENI.

CONSTITUCIÓN ANATÓMICA:

LA GLÁNDULA SUBLINGUAL, ES UNA GLÁNDULA MIXTA, COMPUESTA DE ACINOS SEROSOS Y ACINOS MUCOSOS, CUYOS PRODUCTOS DE SECRECIÓN SON ELIMINADOS POR CONDUCTOS INTRAGLANDULARES Y EXTRAGLANDULARES. LOS PRIMEROS ESTÁN SITUADOS EN EL ESPESOR DE LA GLÁNDULA, LOS SEGUNDOS, CONTINUACIÓN DE LOS PRIMOS, SON DOS CONDUCTOS DE BARTHOLIN Y DE WALTHER.

EL CONDUCTO DE BARTHOLIN O CONDUCTO DE RIVINUS, NACE DE PARTE POSTERIOR DE LA GLÁNDULA, SE DIRIGE HACIA ADELANTE Y ADENTRO, AL LADO DEL CONDUCTO DE WHARTON.

LOS CONDUCTOS DE WALTHER SON CONDUCTOS EXCRE

TÓRES PROPIOS DE LAS LLAMADAS GLÁNDULAS SUBLINGUALES ACCESORIAS.

LA GLÁNDULA SUBLINGUAL RECIBE ARTERIAS DE LA SUBLINGUAL Y DE LA SUBMENTONIANA Y EN SUS CAPILARES NACEN VENAS QUE VAN A LA RANINA.

FISIOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

LAS GLÁNDULAS SALIVALES CONSTAN DE DOS TIPOS DE CÉLULAS QUE SON:

a).- CÉLULAS SEROSAS:

QUE PRODUCEN SECRECIÓN ACUOSA TRANSPARENTE.

b).- CÉLULAS MUCOSAS:

QUE SECRETAN MOCO ESPESO.

LA GLÁNDULA PARÓTIDA CONSTA CASI ENTERAMENTE DE CÉLULAS SEROSAS; LA SUBMAXILAR CONTIENE CÉLULAS TANTO SEROSAS COMO MUCOSAS EN PROPORCIONES APROXIMADAMENTE IGUALES, Y LAS SUBLINGUALES QUE -

CONSTAN DE CÉLULAS MUCOSAS.

LAS GLÁNDULAS SALIVALES ESTÁN INERVADAS POR-FIBRAS NERVIOSAS SIMPÁTICAS Y PARASIMPÁTICAS. LA ESTIMULACION DE LAS FIBRAS PARASIMPÁTICAS PRODU--CEN SECRECIÓN ACUOSA COPIOSA, LA DE LAS FIBRAS --SIMPÁTICAS SECRECIÓN VISCOSA ESCASA.

LA FUNCIÓN DE LAS SECRECIONES ES HUMEDECER, -LUBRICAR EL ALIMENTO Y AYUDAR A LA MASTICACIÓN, -DEGLUCIÓN Y GUSTACIÓN.

LA PTIALINA ES LA ENZIMA PRINCIPAL SECRETADA POR LAS GLÁNDULAS SALIVALES. INICIA LA DIGES---TIÓN HIDROLIZANDO AL ALMIDÓN Y EL GLUCÓGENO PARA-DAR MALTOSA.

REGULACIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL.

EL CENTRO DE CONTROL DE LA SECRECIÓN SALIVAL SE LOCALIZA EN EL TALLO CEREBRAL Y ES ESTIMULADO-POR IMPULSOS GUSTATIVOS Y OTROS DE TIPO SENSITIVO EN LA BOCA. "SISTEMA DE RETROALIMENTACIÓN".

No Hay Hojas

24 x 62 30

CAPÍTULO II

CLASIFICACIÓN DE TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

1.- TUMORES EPITELIALES:

- A) BENIGNO.
 - 1) TUMOR MIXTO (ADENOMA PLECOMORFO).
 - 2) ADENOMA
 - 3) ONCOCITOMA (ADENOMA OXIFÍLICO).
 - 4) TUMOR DE WARTHIN.

- B) MALIGNOS:
 - 1) TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE.
 - 2) CARCINOMA DE CÉLULAS ACINOSAS.
 - 3) CARCINOMA ADENOQUÍSTICO (CILINDROMA, TUMOR MIXTO BASALOIDE).

- 4) ADENOCARCINOMA.
- 5) CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS.

2.- TUMORES MESENQUIMATOSOS.

- A) BENIGNOS:
 - 1) HEMANGIOMA JUVENIL.
 - 2) XANTOMA, SCHWANNOMA Y LINFONGIOMA.

1.- TUMORES EPITELIALES:

- A) BENIGNOS:

1.- TUMOR MIXTO (ADENOMA PLEOMORFO).

ES EL MÁS FRECUENTE DE LOS TUMORES Y REPRESENTA EL 60% DE LAS NEOPLASIAS DE LAS GLÁNDULAS-SALIVALES.

EL TUMOR MIXTO ESTÁ CONSIDERADO COMO UNA -- NEOPLASIA BENIGNA, AUNQUE SE HA DEMOSTRADO QUE -- CERCA DE UN 5% PRODUCEN INVASIÓN LOCAL; EL TÉRMI NO BENIGNO DEBE USARSE CON LIMITACIÓN, YA QUE EL TUMOR MIXTO PUEDE ACOMPAÑARSE DE NÓDULOS SATÉLITE DE TEJIDO NEOPLÁSICO EN LOS TEJIDOS CONTIGUOS

Y LA PRINCIPAL MASA TUMORAL NO ESTÁ BIEN ENCAPSULADA. DICHA NEOPLASIA ES DE ORIGEN EPITELIAL, - DESARROLLÁNDOSE A PARTIR DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES Y DE LAS ACCESORIAS.

EL TUMOR MIXTO PUEDE SER LOCALIZADO EN VARIOS LUGARES, SIENDO EL MÁS FRECUENTE LA GLÁNDULA PARÓTIDA, DONDE SE DESARROLLAN MÁS DEL 60% ; - EL 7% SE FORMAN A PARTIR DE LAS GLÁNDULAS SUBMAXILARES O SUBLINGUALES, UN 10% EN EL PALADAR - BLANDO O EN EL DURO, Y UN 15% EN OTRAS REGIONES DE LA BOCA, COMO LOS LABIOS, ENCÍAS Y MAXILARES. EN RESUMEN UN 95% DE LOS TUMORES MIXTOS SE DESARROLLAN ALREDEDOR DE LA BOCA.

DESPUÉS DE EXHAUSTIVOS ESTUDIOS REALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA OROCERVICOFACIAL, - DICHS TUMORES PUEDEN SER CLASIFICADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 1.- TUMORES MIXTOS LOCALIZADOS EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES: PARÓTIDA Y SUBMAXILAR;
- 2.- TUMORES MIXTOS LOCALIZADOS EN LA EXTRE

MIDAD CEFÁLICA, PERO FUERA DE LAS GRAN
DES GLÁNDULAS SALIVALES: TUMORES DEL -
PALADAR Y LABIO SUPERIOR.

- 3.- TUMORES MIXTOS LOCALIZADOS FUERA DE LA-
EXTREMIDAD CEFÁLICA.

PATOGENIA:

EL ORIGEN DE LOS TUMORES MIXTOS PROPUESTO -
POR CHEYNE FUE ACEPTADO BAJO LAS SIGUIENTES TEO-
RÍAS:

- 1) TEORÍA EMBRIOGÉNICA: ESTOS TUMORES TEN-
DRÍAN ORIGEN EN LOS RESTOS EMBRIONARIOS
RELIQUIES DE LA FORMACIÓN DE LAS GLÁNDU
LAS SALIVALES.
- 2) TEORÍA MESENQUIMÁTICA: LOS TUMORES MIX-
TOS SE ORIGINARÍAN EN EL ESTROMA FIBRO-
SO Y EN LA CÁPSULA DE LA GLÁNDULA, NO -
HABIENDO EXPLICACIÓN PARA LA PRESENCIA-
DE RESTOS EPITELIALES EN EL TUMOR.

- 3) TEORÍA ECTOMESODÉRMICA: ESTOS TUMORES SE FORMARÍAN POR INCLUSIONES DEL MESÉNQUIMA ECTODÉRMICO, QUE PUEDEN PRESENTARSE EN LA CABEZA Y ARCOS BRANQUIALES DEL EMBRIÓN.

- 4) TEORÍA EPITELIAL: SEGÚN ESTA TEORÍA LOS TUMORES MIXTOS SE ORIGINARÍAN DEL ECTODERMO DE LA CAVIDAD BUCAL PRIMITIVA.

THOMA SE OCUPÓ DETENIDAMENTE DE ESTE PROBLEMA Y SEÑALA LAS MÚLTIPLES FUENTES DE LAS CUALES PUEDEN PROVENIR ESTAS NEOPLASIAS; ES PARTIDARIO DE LAS TEORÍAS DE QUE LOS TUMORES MIXTOS DERIVAN DE RESTOS CELULARES ENCLAVADOS, QUE REVISTEN LAS FORMAS DE TEJIDO GERMINATIVO, DERIVADOS DEL EPITELIO Y MESÉNQUIMA.

RESUMIENDO, EL ORIGEN DE LOS TUMORES MIXTOS DEBE ATRIBUIRSE AL EPITELIO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, Y QUE LOS DISTINTOS TEJIDOS QUE FORMAN SON PRODUCTOS DE SECRECIONES EPITELIALES O DEGENERACIONES CELULARES.

TUMORES MIXTOS DE LA REGIÓN PAROTÍDEA.

EL TUMOR MIXTO DE LA PARÓTIDA SE DESARROLLA CASI SIEMPRE INMEDIATAMENTE POR DEBAJO Ó POR DELANTE DEL LÓBULO DE LA OREJA. ES DE TAMAÑO VARIABLE, SUELE PRESENTARSE COMO UN NÓDULO O (BULTO) PROMINENTE, REDONDEADO, DE SUPERFICIE LISA Y DE COLOR NORMAL, A LA PALPACIÓN SE OBSERVA QUE ES DE CONSISTENCIA SÓLIDA, Y QUE NO SE MUEVE POR DEBAJO DE LA PIEL, LO CUAL HACE PENSAR EN UN TUMOR ENCAPSULADO NO INVASOR; ESTOS TUMORES SUELEN SER ASINTOMÁTICOS, PERO A VECES SU TAMAÑO ES LO SUFICIENTEMENTE GRANDE COMO PARA INTERFERIR LA FUNCIÓN DE LA BOCA.

ESTE TIPO DE TUMOR MIXTO ES DIFÍCIL DE DIFERENCIAR DE UN TUMOR MALIGNO DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA COMO POR EJEMPLO DE UN ADENOCARCINOMA. ES MUY RARO QUE EL TUMOR MIXTO METASTATICE, POR LO QUE CASI NUNCA HAY ADENOPATÍAS REGIONALES.

EL TUMOR MIXTO PUEDE PRESENTARSE EN PERSONAS DE CUALQUIER EDAD, CON IGUAL FRECUENCIA EN AMBOS SEXOS Y EN MIEMBROS DE TODAS LAS RAZAS; POR LO -

CUAL ES DE GRAN IMPORTANCIA DIAGNOSTICA LA HISTORIA DE UN TUMOR DE LENTO CRECIMIENTO Y DE DESARROLLO GRADUAL QUE HA AUMENTADO DE TAMAÑO EN LOS ÚLTIMOS MESES O AÑOS.

PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO - SE DEBE RECURRIR SIEMPRE A LAS INVESTIGACIONES - DE LABORATORIO, YA QUE TUMOR MIXTO DE LA REGIÓN-PAROTÍDEA CASI NUNCA PUEDE DISTINGUIRSE DE OTRAS VARIETADES CELULARES DE NEOPLASIAS O DE OTROS -- PROCESOS PATOLÓGICOS. LOS ESTUDIOS SIALOGRÁFICOS DE LOS TUMORES MIXTOS DE LA REGIÓN PAROTÍDEA PUEDEN PROPORCIONAR DATOS IMPORTANTES EN RELACION AL TIPO DE LA LESIÓN. LA OBTENCIÓN DE LABIOPSIA ES DE GRAN IMPORTANCIA, PERO ÉSTA DEBE - SER REALIZADA POR UN CIRUJANO COMPETENTE, YA QUE SE TRATA DE UNA TÉCNICA EXTRAORAL Y HAY LA POSIBILIDAD DE LESIONAR EL NERVIJO FACIAL.

LA ESTRUCTURA HISTOLÓGICA DE LOS TUMORES -- MIXTOS ES LA DE UNA NEOPLASIA EPITELIAL, FORMADA POR EPITELIO ESCAMOSO QUE A VECES PRESENTA ZONAS DE QUERATINIZACIÓN. ADEMÁS PODEMOS ENCONTRAR - EPITELIO GLANDULAR, LO MISMO QUE MATERIAL MUCOI-

DE, QUE ES UN PRODUCTO DE DEGENERACIÓN DEL EPITELIO. EL ESTROMA ESTÁ FORMADO POR COLÁGENO O POR TEJIDO FIBROSO LIBRE.

EL TRATAMIENTO MÁS INDICADO ES LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA. LAS RECIDIVAS NO SON RARAS Y SE EXPLICAN FÁCILMENTE POR EL CARÁCTER INFILTRATIVO DE ALGUNOS TUMORES MIXTOS Y TAMBIÉN POR LA PRESENCIA DE NÓDULOS SATÉLITE.

2.- ADENOMA.

SE TRATA DE UN TUMOR RELATIVAMENTE RARO QUE SE ORIGINA EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES. SE LOCALIZA CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS GLÁNDULAS MENORES QUE EN LAS MAYORES Y SE PRESENTA COMO UN NÓDULO CIRCUNSCRITO Y PEQUEÑO QUE SE DESPLAZA CON FACILIDAD. GENERALMENTE SE PRESENTA DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS DE EDAD.

DE LOS TUMORES EPITELIALES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, LOS ADENOMAS SUELEN SER LOS MENOS AGRESIVOS.

EN LOS CORTES MICROSCÓPICOS PODEMOS OBSERVAR UNA LESIÓN ENCAPSULADA, COMPUESTA DE UNA SECRE--- SION MONÓTONA DE CONDUCTOS REVESTIDOS DE EPITELIO CÚBICO O CILÍNDRICO. ES MUY RARO QUE LOS ADENOMAS CONSISTAN EXCLUSIVAMENTE EN CÉLULAS MUCOSAS O SEROSAS.

EL TRATAMIENTO MÁS INDICADO ES LA EXCISIÓN,-- LAS RECURRENCIAS SON INFRECIENTES.

3.- ONCOCITOMA (ADENOMA OXIFÍLICO).

ES UN TUMOR BENIGNO QUE SUELE APARECER DES-- PUÉS DE LOS 55 AÑOS DE EDAD, AFECTA MÁS A LAS MUJERES QUE A LOS HOMBRES Y SE OBSERVA CASI SIEMPRE EN LA PARÓTIDA.

LA ETIOLOGÍA DE ESTE TIPO DE TUMOR NO SE CO-- NOCE CON EXACTITUD, PERO SE CREE QUE PROVIENE DE-- LOS CONDUCTOS O DE LOS ACINOS DE LAS GLÁNDULAS SA LIVALES.

MICROSCÓPICAMENTE SE OBSERVA UN TUMOR ENCAP-- SULADO QUE CONSISTE EXCLUSIVAMENTE EN UN TIPO ÚNI CO DE CÉLULAS, QUE ES EL ONCOCITO (ONCOS GRANDES).

SE TRATA DE UNA CELULA EOSINÓFILA DE GRAN TAMAÑO, CON UN NÚCLEO OSCURO Y PEQUEÑO DE LOCALIZACIÓN -- CENTRAL.

EL TRATAMIENTO RECOMENDADO ES LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA. AL REALIZAR LA EXCISIÓN DEBE TENERSE CUIDADO DE NO SECCIONAR EL NERVIJO FACIAL. ES RARO QUE RECIDIVAN ESTE TIPO DE TUMORES, YA QUE - SE TRATA DE UN TUMOR BIEN ENCAPSULADO.

4) TUMOR DE WARTHIN (CISTOADENOMA LINFOMATOSO -- PAPILAR).

ESTE TUMOR CONSTITUYE CERCA DEL 4% DE TODOS- LOS TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES. SUELE - APARECER ENTRE LOS 50 y 60 AÑOS DE EDAD. CASI - EL 90% DE LOS PACIENTES SON HOMBRES. LA MAYORÍA DE LAS LESIONES AFECTAN LA PAROTIDA, PERO EL TU-- MOR PUEDE SURGIR TAMBIÉN EN LA GLÁNDULA SUBMAXI-- LAR O EN EL CUELLO.

WARTHIN PENSÓ QUE EL TUMOR PROVENÍA DE LA -- TROMPA DE EUSTAQUIO; SU ORIGEN TAMBIÉN SE HA ASO- CIADO AL SISTEMA DE CONDUCTOS DE LAS GLÁNDULAS SA

LÍVALES, AL TEJIDO DE LAS GLÁNDULAS MISMAS Y A --
PORCIONES ENDODÉRMICAS DE LAS FISURAS BRONQUIALES
DEL EMBRIÓN EN LAS CUALES EL TEJIDO LINFOIDE Y --
EPITELIAL ESTÁN ÍNTIMAMENTE UNIDOS; SIN EMBARGO,-
EN ESTUDIOS REALIZADOS ÚLTIMAMENTE POR THOMPSON Y
BRYANT SE ENCONTRÓ QUE DERIVAN DE ELEMENTOS EPITE--
LIALES DE LOS CONDUCTOS PAROTÍDEOS INCLUIDOS DEN--
TRO DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS Y SON DEBIDOS A LA
PROLIFERACIÓN NEOPLÁSICA DE LOS ELEMENTOS EPITE--
LIALES DE LOS CONDUCTOS PAROTÍDEOS Y LA ACUMULA--
CIÓN CONCOMITANTE DE TEJIDO LINFOIDE.

MICROSCÓPICAMENTE SE OBSERVA UN TUMOR ENCAP--
SULADO QUE TIENE NUMEROSOS ESPACIOS QUÍSTICOS, CU
YAS PAREDES FORMAN PAPILAS Y PLIEGUES. LOS MIS--
MOS ESTÁN REVESTIDOS DE UNA DOBLE CAPA DE CÉLULAS
LAS INTERNAS SON CILÍNDRICAS, LAS EXTERNAS SON CÚ
BICAS Y AMBAS SON EOSINÓFILAS. LOS ESPACIOS ---
QUÍSTICOS CONTIENEN UN MATERIAL EOSINÓFILO HOMOGÉ
NEO. TODOS LOS QUISTES YACEN EN UN MAR DE LINFO
CITOS QUE MUESTRAN FOLÍCULOS Y SINUSOIDES. ESOS
TUMORES SURGEN DE LAS INCLUSIONES EPITELIALES ---

(GLANDULARES) EN LA PARÓTIDA Y LOS GANGLIOS LINFÁ
TICOS CERVICALES.

EL ÚNICO TRATAMIENTO QUE SE PUEDE DAR AL PA-
CIENTE QUE PRESENTA ESTE TIPO DE TUMOR ES LA EX--
TIRPACIÓN QUIRÚRGICA COMPLETA.

B) MALIGNOS.

1) TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE.

ES UNA NEOPLASIA MALIGNA CUYAS CARACTERÍSTI-
CAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS SON MUY VARIABLES.
PUEDE SER DE CRECIMIENTO LENTO, COMPUESTO POR EPI-
TELIO ESCAMOSO BIEN DIFERENCIADO PREDOMINANDO EL-
EPITELIO MUCOSO SECRETANTE, O EN OTRO EXTREMO, --
PUEDE SER UNA NEOPLASIA DE CRECIMIENTO MUY RÁPIDO
COMPUESTA POR EPITELIO ESCAMOSO CON HIPERCROMATIS-
MO, IMÁGENES TÍPICAS DE MITOSIS Y SIGNOS IMPORTAN-
TES DE INVASIÓN DE METÁSTASIS. ESTA ÚLTIMA VA--
RIEDAD TIENE TAMBIÉN CÉLULAS MUCOSAS SECRETANTES,
PERO CON MENOR NÚMERO QUE EN LA FORMA DE CRECI---
MIENTO LENTO.

EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE TIENE SU ORIGEN EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES, SU LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE ESTÁ EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA Y EN LAS OTRAS GLÁNDULAS SALIVALES PRINCIPALES, TAMBIÉN PUEDEN PRESENTARSE EN PALADAR, LABIOS Y EN LA MUCOSA BUCAL, DESDE SU DESARROLLO A PARTIR DEL TEJIDO GLÁNDULAS SALIVALES ACCESORIO. TAMBIÉN PUEDE DESARROLLARSE EN LAS REGIONES CENTRALES DE LOS MAXILARES, SOBRE TODO DE LA MANDÍBULA, DONDE SE FORMA A PARTIR DEL TEJIDO GLANDULAR SALIVAL ECTÓPICO, QUE HA QUEDADO LOCALIZADO ALLÍ DURANTE EL DESARROLLO FETAL.

LOS DATOS CLÍNICOS NO SON ESPECÍFICOS, YA QUE MUCHAS VECES HACEN PENSAR EN UN TUMOR MIXTO BENIGNO O EN UNA NEOPLASIA MALIGNA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA, COMO ES EL CILÍNDROMA O EL ADENOCARCINOMA. REALMENTE ES DIFÍCIL DIAGNOSTICAR UN CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE BASÁNDOSE ÚNICAMENTE EN DATOS CLÍNICOS. SIN EMBARGO, DEBE SOSPECHARSE SU EXISTENCIA O AL MENOS TENERLA EN CUENTA, CUANDO NOS ENFRENTAMOS A UN TUMOR QUE SE LOCALIZA EN EL TEJIDO GLANDULAR SALIVAL, Y SOBRE TODO, CUANDO EL

TUMOR PRESENTA SIGNOS DE MALIGNIDAD AUNQUE SEAN MÍNIMOS (CONSISTENCIA SÓLIDA, RIGIDEZ, ADHERENCIA A LOS TEJIDOS VECINOS Y CRECIMIENTO CONSTANTE O RÁPIDO). EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEPENDE SIEMPRE DE LA BIOPSIA.

2) CARCINOMA DE CÉLULAS ACINOSAS.

ES TUMOR RARO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES QUE CLÍNICAMENTE SE PARECE A UN TUMOR BENIGNO. SE LIMITA A LA PARÓTIDA, SUELE APARECER EN LA TERCERA DÉCADA DE LA VIDA, ES MÁS COMÚN EN EL HOMBRE QUE EN LA MUJER Y TIENE UN PROMEDIO DE DURACIÓN DE APROXIMADAMENTE TRES AÑOS.

LAS CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS SON TÍPICAS. POR LO GENERAL, EL TUMOR CONSISTE EN UN TIPO CELULAR ÚNICO. SE TRATA DE UNA CÉLULA MUY GRANDE CON UN NÚCLEO REDONDO U OSCURO Y UN CITOPLASMA GRANULAR ACENTUADAMENTE BASÓFILO. LAS CÉLULAS SE PARECEN A LAS CÉLULAS ACINOSAS DE LAS GLÁNDULAS SEROSAS Y ESTÁN DISPUESTAS EN HOJAS ANCHAS. EL TUMOR ES DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD Y PUEDE PRODUCIR METÁSTASIS EN LOS GANGLIOS REGIONA

LES , PERO LAS METÁSTASIS DISTANTES SON RARAS.

LA EXCISIÓN QUIRÚRGICA ES EL TRATAMIENTO DE-ELECCIÓN. SI LA EXCISIÓN ES AMPLIA, EL PRONÓSTICO ES BUENO.

3) CARCINOMA DENOQUÍSTICO (CILINDROMA, TUMOR MIXTO BASALOIDE).

ES OTRA VARIEDAD DE NEOPLASIA MALIGNA, QUE PUEDE OCURRIR EN BOCA; UNA DE SUS LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES ES EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES, SOBRE TODO EN LA PARÓTIDA. EN LA CAVIDAD BUCAL PODEMOS ENCONTRARLA CON FRECUENCIA EN EL PALADAR, DONDE EL ASPECTO CLÍNICO PUEDE PARECERSE AL DEL TUMOR MIXTO O A OTRO TIPO DE CÁNCER BUCAL..

SU ESTRUCTURA HISTOLÓGICA ES VARIABLE, PERO POR LO GENERAL EL CILINDROMA SE COMPONE DE CÉLULAS PARECIDAS A LAS BASALES, PEQUEÑAS, QUE TIENEN INTENSAMENTE, DISPUESTAS EN FORMA DE CORDÓN QUE CONTIENEN UN MATERIAL MUCOIDE. LAS CÉLULAS TUMORALES ESTÁN RODEADAS POR TEJIDO CONJUNTIVO HIALINIZADO, CUYA FORMA SE PARECE A UN CILINDRO, POR -

LO QUE RECIBE EL NOMBRE DE CILINDROMA.

SON NOTABLES. POR SUS CUALIDADES DESTRUCTIVAS SUELEN SER DUROS Y ESTÁN FIJOS A LOS TEJIDOS SUBYACENTES. UNA DE LAS FORMAS COMUNES DE DISEMINACIÓN ES, POR EXTENSIÓN A LO LARGO DE LOS LINFÁTICOS PERINEURALES.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN UNA EXCISIÓN AMPLIA.

PARA HACER EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA LESIÓN SERÁ NECESARIO REALIZAR UNA EXPLORACIÓN -- BIÓPSICA.

4) ADENOCARCINOMA.

EXISTEN NUMEROSAS VARIETADES DE ADENOCARCINOMAS QUE HAN PODIDO SER DISTINGUIDAS ENTRE SÍ POR SU MORFOLOGÍA (ANAPLÁSICO, TRANSICIONAL, DE CÉLULAS ESCAMOSAS, TRABECULAR, PAPILAR, SÓLIDO, MIXTO MALIGNO, ETC.).

CONSTITUYE CERCA DEL 8.5% DE LOS TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y SON LOS QUE MÁS RÁPIDA-

MENTE CRECEN. POR LO GENERAL, EL TUMOR SE PRESENTA A UNA EDAD MÁS AVANZADA QUE LOS OTROS TIPOS DE TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

SON FRECUENTES LA ULCERACIÓN Y LA FIJACIÓN, LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS Y LAS METÁSTASIS A LOS-
GANGLIOS LINFÁTICOS Y REGIONES DISTANTES. ESTOS TUMORES SON DE ORIGEN NEOPLÁSICO.

HISTOLÓGICAMENTE SON TÍPICOS DEL ADENOCARCINOMA EL HIPERCROMATISMO, LAS CÉLULAS ATÍPICAS Y LAS FIGURAS MITÓTICAS RARAS. LA FORMA DE CRECIMIENTO DE LAS CÉLULAS TUMORALES Y EL TIPO DE CÉLULAS SON, DESDE LUEGO, IMPORTANTES Y TAMBIÉN SIRVEN PARA DIFERENCIAR ENTRE SÍ LOS ADENOCARCINOMAS EN LOS ADENOCARCINOMAS PAPILARES O QUÍSTICO-PAPILARES, EL TUMOR ES QUÍSTICO.

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA RADICAL CONSTITUYE EL ÚNICO TRATAMIENTO DE ESAS LESIONES. SE ENTIENDE QUE EN CASOS INOPERABLES SE RECURRE A LA RADIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PALEATIVO. EL PRONÓSTICO ES GRAVE.

5) CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS.

HASTA LA FECHA NO SE HA PODIDO SABER CON CERTEZA SI EL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS SE ORIGINAN COMO TUMORES MIXTOS MUCOEPIDERMÓIDES, QUE MÁS TARDE SE CONVIERTEN EN CARCINOMAS EPIDERMÓIDES.

GENERALMENTE SE ACEPTA QUE ÉSTOS PROVIENEN DEL EPITELIO O DE LOS CONDUCTOS.

SON TUMORES QUE NO ESTÁN ENCAPSULADOS Y CARACTERÍSTICAMENTE SON DUROS Y FIJOS A LOS TEJIDOS SUBYACENTES O A LA PIEL QUE LOS CUBRE, QUE PUEDE ULCKERARSE. LOS BORDES DEL TUMOR NO SON PRECISOS Y CON FRECUENCIA HAY PRUEBAS DE INVASIÓN DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS DE LA REGIÓN. EL CURSO CLÍNICO ES RÁPIDO. LA GLÁNDULA PARÓTIDA SE ENCUENTRA INVADIDA CON MÁS FRECUENCIA QUE OTRAS GLÁNDULAS SALIVALES Y EL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS SE OBSERVA MÁS A LA SEXTA Y SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA.

HISTOLÓGICAMENTE ESTA LESIÓN PUEDE SER MODERADAMENTE BIEN DIFERENCIADA O ANAPLÁSICA. ESTOS

TUMORES, CON FRECUENCIA, APARECEN EN UN ÁREA DONDE SE HA EXTIRPADO PREVIAMENTE UN TUMOR MIXTO BENIGNO.

EL TRATAMIENTO MÁS INDICADO A SEGUIR ES LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA.

2.- TUMORES MESENQUIMATOSOS.

A) BENIGNOS.

1) HEMANGIOMA JUVENIL:

ES EL TUMOR DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES MÁS COMÚN DE LA INFANCIA; ES UN TUMOR MESENQUIMATOSO QUE SUELE PRESENTARSE EN LA PARÓTIDA. SIN EMBARGO, A VECES, ESTÁN AFECTADAS LAS GLÁNDULAS SUBLINGUALES. LA GRAN MAYORÍA DE LOS ENFERMOS TIENEN MENOS DE LOS SEIS MESES DE EDAD. EL TUMOR SE PRESENTA COMO UNA MASA DIFUSA QUE SE AGRANDA PROGRESIVAMENTE.

LOS CORTES MICROSCÓPICOS REVELAN LA INFILTRACIÓN Y EL REEMPLAZO DE LOS LÓBULOS GLANDULARES POR UN GRAN NÚMERO DE PEQUEÑOS VASOS SANGUÍNEOS

REVESTIDOS DE ENDOTELIO.

EL TUMOR ES BENIGNO Y PUEDE TRATARSE POR EX-CISIÓN. LA IRRADIACIÓN O CIRUGÍA RADICAL ESTÁN-CONTRAINDICADAS.

2) XANTOMA, SCHWANNOMA Y LINFOMA.

LOS XANTOMAS Y LOS SCHWANNOMAS DE LAS GLÁNDU-LAS SALIVALES SON TUMORES RAROS CLÍNICA Y MICROS-CÓPICAMENTE. LOS LINFAGIOMAS DEL CUELLO O DE LA MEJILLA PUEDEN EXTENDERSE Y AFECTAR LA PARÓTIDA U OTRAS GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES. REEMPLAZAN -AL TEJIDO GLÁNDULA, Y EN SU HISTOLOGÍA Y COMPORTA-MIENTO SON IDÉNTICOS A LOS OBSERVADOS EN OTRAS ZO-NAS DE LA CAVIDAD BUCAL.

CAPÍTULO III

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

- 1) APLASIA, AGENESIA.
- 2) ATRESIA.
- 3) XEROSTOMÍA.
- 4) SIALADENITIS INESPECÍFICA CRÓNICA.
- 5) SIALOLITIASIS.

1.- APLASIA, AGENESIA:

LAS GLÁNDULAS SALIVALES PUEDEN SER HIPOPLÁSI-
CAS O HIPERPLÁSICAS. RARAMENTE SE HA OBSERVADO -
LA APLASIA TOTAL DE UNA O DE TODAS LAS GLÁNDULAS -
SALIVALES. EN EL SÍNDROME DEL PRIMER ARCO BRAN-
QUIAL PUEDE NO HABERSE FORMADO UNA GLÁNDULA PARÓTI
DA.

HUGHES Y SYROP DESCRIBIERON LA AGENESIA FAMILIAR DEL CONDUCTO PAROTÍDEO ENTRE NUEVE INDIVIDUOS DE TRES GENERACIONES, DOS DE LOS CUALES PADECÍAN UNA AUSENCIA ASOCIADA DE LAS GLÁNDULAS LAGRIMALES. STEGGARDA OBSERVÓ UNA APLASIA COMPLETA - DE TODAS LAS GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES. NO REPORTÓ SI FALTABAN TAMBIÉN LAS GLÁNDULAS SALIVALES MENORES. TAMBIEN SE HAN DESCRITO CASOS EN QUE - EXISTE UN DOBLE NÚMERO DE CONDUCTOS.

HASTA LA FECHA, NO SE SABE CON CERTEZA SI LA HIPOPLASIA DE LAS DOS PARÓTIDAS QUE SE OBSERVA -- CON FRECUENCIA EN EL SÍNDROME DE MELKERSSON ROSENTHAL REPRESENTA UNA VERDADERA MALFORMACIÓN O ES -- MERAMENTE UNA ATROFIA SECUNDARIA A LA DISREGULACIÓN PARASIMPÁTICA.

NO SE HA DEMOSTRADO NUNCA QUE UNA HIPERPLASIA SE HAYA DEBIDO A UN HIPERDESARROLLO. PROBABLEMENTE LA MAYORÍA DE LOS CASOS REPRESENTAN SIALODENOSIS, LIPOMATOSIS, ETC.

EXISTEN UNOS POCOS CASOS RECOPIADOS DE LOCALIZACIÓN ABERRANTE DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA POR DE

LANTE DEL MÚSCULO MASETERO. MÁS A MENUDO, LA --
GLÁNDULA SUBMAXILAR ESTÁ DESPLAZADA HACIA ATRÁS,-
EN LA FOSITA AMIGDALINA.

EL FACTOR ETIOLÓGICO ES DESCONOCIDO, LA AGE-
NESIA DE UNA GLÁNDULA SALIVAL NO VA ASOCIADA NECE
SARIAMENTE A DISPLASIAS ECTODÉRMICAS.

2) ATRESIA:

ES LA FALTA DE ABERTURA DE UN CONDUCTO SALI-
VAL. LA MUCOSA DE LA BOCA APARECE DESLUSTRADA,-
ÁSPERA Y ATRÓFICA; LOS LABIOS TIENDEN A PRESENTAR
COSTRAS, FISURAS Y PUEDEN APARECER LESIONES DE ES
TOMATITIS ANGULAR. LOS SINTOMAS SUBJETIVOS VAN-
DESDE UNA LIGERA SENSACIÓN DE ARDOR HASTA LA SEN-
SACIÓN DE ARDOR HASTA LA SENSIBILIDAD EXCESIVA O-
VERDADERO DOLOR. LA DISMINUCIÓN DEL FLUJO SALI-
VAL PUEDE OCASIONAR CARIES PROGRESIVA Y ESPECIAL-
MENTE CARIES CERVICAL DEBIDA A LA FALTA DE LA LIM
PIEZA PROPORCIONADA POR LA SALIVA. LA SEQUEDAD-
DE LA BOCA PUEDE RESULTAR TAN MOLESTA QUE EL EN--
FERMO DEBE A VECES HUMEDECERLA CONTINUAMENTE O LU

BRICAR LOS TEJIDOS CON PREPARADOS VISCOSOS PARA OBTENER ALGÚN ALIVIO.

3) XEROSTOMÍA:

ES CONSECUENCIA DE LA DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL, TANTO DE LAS GLÁNDULAS PRINCIPALES COMO DE LAS SECUNDARIAS. LA ATROFIA PARENQUIMATOSA SE DEMUESTRA MEDIANTE LA BIOPSIA DE UNA GLANDULA PRINCIPAL O SECUNDARIA. LA DISMINUCIÓN DEL FLUJO SALIVAL PUEDE DETERMINARSE CON EXACTITUD UTILIZANDO LA TASA DE SECRECIÓN SALIVAL, LA CUAL SE REALIZA COLOCANDO UN VASO ENCIMA DEL ORIFICIO DEL CONDUCTO Y ESTIMULANDO LA SECRECIÓN MEDIANTE SIALOGOGOS, SUELE OBSERVARSE UNA MARCADA DISMINUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN SALIVAL.

LA DISMINUCIÓN DE LA SALIVACIÓN OCASIONA LAS MOLESTIAS DE SEQUEDAD Y ARDOR EN LA BOCA. CUANDO EL ENFERMO TIENE DIENTES, PUEDE PRESENTARSE UNA CARIES RAPIDÍSIMA QUE RECUERDA A LA CARIES POR RADIACIÓN. LAS MUCOSAS ESTÁN SECAS E INFLAMADAS, Y SI EL ENFERMO CARECE DE DIENTES, LE RE--

SÚLTA DIFÍCIL LLEVAR COMODAMENTE LAS DENTADURAS.

DEBIDO A LA FALTA DE SALIVACIÓN Y DE LAVADOS ADECUADOS DE LOS CONDUCTOS SALIVALES, RESULTAN FACILITADAS LAS INFECCIONES ASCENDENTES, LO QUE CONTRIBUYE A COMPLICAR MÁS LA ENFERMEDAD. EN CASO DE NO EXISTIR INFECCIÓN SECUNDARIA, LA SALIVA ES CLARA, PERO SI EXISTIESE DICHA INFECCIÓN, LA SALIVA PUEDE PRESENTAR FLOCULACIONES O PUS BIEN DEFINIDO. CUANDO APARECE LA INFECCIÓN SECUNDARIA ES DE ESPERAR QUE APAREZCA FIEBRE, LEUCOCITOSIS Y DOLOR.

4) SIALOADENITIS:

LOS PROCESOS INFLAMATORIOS, TANTO ESPECÍFICOS COMO INESPECÍFICOS, SE LOCALIZAN PRIMERO EN LOS ESPACIOS PERICANALICULARES Y PERIACINARES Y SOLO SECUNDARIAMENTE PENETRAN EN LOS ACINOS. EL PROCESO INFLAMATORIO ESTÁ VINCULADO A LA RED CAPILAR SANGUÍNEA Y LINFÁTICA QUE ES MUY DENSA ALREDEDOR DE LOS CONDUCTOS SALIVALES. LAS INFECCIONES MIXTAS PARECEN ASCENDER A PARTIR DE LA BOCA, MIENTRAS

TRAS QUE LAS INFECCIONES ESPECÍFICAS LLEGAN CON MAYOR FRECUENCIA POR VÍA SANGUÍNEA. EN GENERAL, LAS INFECCIONES SE DAN MÁS RARAMENTE EN LA GLÁNDULA SUBMAXILAR QUE EN LA PARÓTIDA SI NO SE CONSIDERAN LAS INFECCIONES SECUNDARIAS A LOS CÁLCULOS SALIVALES. ESTO PUEDE TENER RELACIÓN CON LAS MAYORES PROPIEDADES ANTIBIÓTICAS DE LA SALIVA SUBMAXILAR.

INFLAMACIÓN INESPECÍFICA.

SEGÚN LA INTENSIDAD DE LA INFLAMACIÓN, PUEDE HACERSE UNA DISTINCIÓN ENTRE SIALADENTITIS AGUDA Y CRÓNICA RECIDIVANTES.

PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE.

EL CURSO DE LA INFLAMACIÓN CRÓNICA RECIDIVANTE DE LA PARÓTIDA ES TOTALMENTE DIFERENTE DEL DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR. EN ESTA ÚLTIMA, LAS CAUSAS SON CASI EXCLUSIVAMENTE LOS CÁLCULOS SALIVALES. POR EL CONTRARIO, NO SUCEDE ASÍ EN LA PAROTIDITIS CRÓNICA. DEBE DIFERENCIARSE EN EL CURSO Y LA PATOGENIA DE LA PAROTIDITIS CRÓNICA DE LOS -

ADULTOS DE LA DE LOS NIÑOS.

PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE DE LOS ADULTOS.

PATOGENIA:

LA HIPOSIALIA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA ES EL REQUISITO PREVIO MÁS IMPORTANTE DE LA PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE, PUESTO QUE, EXPERIMENTALMENTE, NI SIQUIERA LAS INYECCIONES DE BACTERIAS VIRULENTAS EN EL CONDUCTO PAROTÍDEO DE UNA GLÁNDULA NORMALMENTE SECRETANTE PUEDE PRODUCIR PAROTIDITIS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

LA PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE UNILATERAL ES APROXIMADAMENTE DOS VECES MÁS QUE LA BILATERAL. PUEDE EXISTIR DOLOR ASOCIADO EN LA REGIÓN PREARICULAR Y RETROMAXILAR. TODA LA GLÁNDULA ESTÁ MODERADAMENTE AUMENTADA DE TAMAÑO. EL ORIFICIO DEL CONDUCTO PAROTÍDEO ESTÁ A MENUDO ENROJECIDO. RARAMENTE EXISTE FIEBRE.

DIAGNÓSTICO:

EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN UNA HISTORIA DE TUMEFACCIÓN RECIDIVANTE, ALGO DOLOROSA, DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA. LA SALIVA TIENE UN ASPECTO TURBIOO PURULENTO Y SE AFIRMA QUE TIENE SABOR SALADO. HABITUALMENTE, SALE PUS AL EXPRIMIR EL CONDUCTO PAROTÍDEO. EN LOS FROTIS DE SALIVA SE APRECIAN ESTAFILOCOCOS Y ESTREPTOCOCCOS HEMOLÍTICOS. EL FLUJO SALIVAL SE HALLA MUY DISMINUIDO Y LOS ANÁLISIS DE SALIVA DESCUBREN UN AUMENTO DEL CONTENIDO EN SODIO NORMALMENTE BAJO (MÁS DE 20m Eq/1), UNA ELEVACIÓN DE LAS PROTEÍNAS (400 mg/100ml) Y UN CAMBIO EN LA DISTRIBUCIÓN ELECTROFORÉTICA EN FAVOR DE LAS FRACCIONES PROTEÍCAS QUE EMIGRAN HACIA EL CÁTODO.

LA SIALOGRAFÍA ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA EL DIAGNÓSTICO. EL SISTEMA EXCRETOR SALIVAL DE LOS ADULTOS PRESENTA CASI SIEMPRE UNA ESTASIA DEL CONDUCTO PRINCIPAL EN LA INFLAMACIÓN CRÓNICA RECIDIVANTE. SIN EMBARGO, PUEDE PRODUCIRSE SIALODUQUECTASIA POR OTRAS CAUSAS.

EXISTEN CUATRO TIPOS DE IMÁGENES:

1.- UNA FORMA IRREGULAR MÁS O MENOS PRONUNCIADA. LA ECTASIA Y LA ESTENOSIS SE ALTERNAN AL AZAR, SOBRE TODO EN LA REGIÓN EXTRAPAROTÍDEA DEL CONDUCTO. ESTO ES CARACTERÍSTICO DE LAS PAROTIDITIS CRÓNICAS RECIDIVANTES.

2.- FORMA DE HILERA DE CUENTAS.

3.- EL CONDUCTO EXTRAPAROTÍDEO SUFRE UNA DILATACIÓN CILÍNDRICA, PERO LAS RAMIFICACIONES DE SEGUNDO Y TERCER ORDEN ESTÁN APLANADAS EN FORMA DE DEDOS. LOS CORTES HISTOLÓGICOS DESCUBREN QUE LA DILATACIÓN LLEGA A MENUDO HASTA LOS ACINOS.

4.- FORMA DE CAPULLO DE CEREZOS. SUELE APARECER EN FASES, PROCESOS O EN INFLAMACIONES ASOCIADAS A UNA MENOR DILATACIÓN DEL CONDUCTO PRINCIPAL. HABITUALMENTE ESTÁ DIFUNDIRA POR LA TOTALIDAD DE LA GLÁNDULA. SI NO PUEDE DEMOSTRARSE LA DILATACIÓN DEL CONDUCTO PAROTÍDEO CON ESTENOSIS INTERCURRENTE, ESTO SUGIERE QUE SE TRATA DE UNA -

SIALADENITIS CRÓNICA ALÉRGICA Y NO DE UNA INFLAMACIÓN INESPECÍFICA RECIDIVANTE. SE SUPONE QUE LA PENETRACIÓN DEL MEDIO DE CONTRASTE A TRAVÉS DE -- LAS RAMIFICACIONES DEL SISTEMA DUCTAL SALIVAL DEBILITADO POR LA INFLAMACIÓN PRODUCE ESTA IMAGEN.

NO ES NECESARIO RECURRIR A LA BIOPSIA EN ESTA ENFERMEDAD. LA IMAGEN MICROSCÓPICA ES DE HIPERPLASIA DEL EPITELIO DE LOS CONDUCTOS SALIVALES INFILTRACION LINFOCÍTICA PERIDUCTAL Y ATROFIA Y - FIBROSIS ACINAR, QUE CONDUCE EVENTUALMENTE A LA - DESAPARICIÓN DE LOS ACINO. ESTA REACCIÓN INESPECÍFICA SE OBSERVA TAMBIÉN TRAS LA LIGADURA DEL -- CONDUCTO PRINCIPAL EN LOS CÁLCULOS SALICIALES Y EN DISTINTOS PROCESOS INFLAMATORIOS.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE INESPECÍFICA DEBE HACERSE CON LA PAROTIDITIS ALÉRGICA, LA SIALODENOSIS Y EL SIALODENOMA.

PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE DE LA INFANCIA.

EL CURSO, EL PRONÓSTICO Y PROBABLEMENTE LA PATOGENIA DE LA PAROTIDITIS RECIDIVANTE INESPECÍFICA EN LOS NIÑOS SON DIFERENTES DE LOS DE LA ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS.

APARECE CON MENOR FRECUENCIA EN LA INFANCIA, AÚN CUANDO PUEDE PRODUCIRSE DESDE LA EDAD DE UN MES A LOS TRECE AÑOS, ES MÁS FRECUENTE ENTRE LOS Y SEIS AÑOS DE EDAD. GENERALMENTE ES UNILATERAL HAY AUMENTO DE VOLUMEN Y DOLOR PROLONGADO DE APARICIÓN BRUSCA. ES RARA LA FORMACIÓN DE ABSCESOS QUE DA LUGAR A MENUDO A FÍSTULAS. APARECE CON FRECUENCIA TUMEFACCIÓN DURANTE LA INGESTA Y SE PRODUCE A MENUDO LA CURACIÓN ESPONTÁNEA DURANTE LA PUBERTAD.

VARIAS CARACTERÍSTICAS DISTINGUEN LA PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE DE LA PRIMERA INFANCIA-DE LA EDAD ADULTA.

1.- LA SIALOGRAFÍA GENERALMENTE DESCUBRE EN LOS NIÑOS UN CONDUCTO PAROTÍDEO NORMAL Y EN LOS -

ADULTOS UN CONDUCTO IRREGULAR CON MÚLTIPLES ESTENOSIS Y DILATAACIONES.

2.- EL CURSO DE LA PAROTIDITIS EN LOS NIÑOS- SE CARACTERIZA POR LA CURACIÓN ESPONTÁNEA EN EL - 80 a1 90% DE LOS PACIENTES ENTRE LOS TRECE Y QUINCE AÑOS DE EDAD. SIN EMBARGO, EN EL 10 a1 20%- DE ELLOS, EN LOS QUE LA SIALOGRAFÍA DESCUBRE UNANOTABLE DILATACIÓN DE LOS CONDUCTOS, PERSISTE LAPAROTIDITIS CRÓNICA.

3.- LOS MUCHACHOS SE AFECTAN MÁS A MENUDO -- QUE LAS MUCHACHAS EN UNA PROPORCIÓN APROXIMADA DE 3:2. LA HERENCIA Y LA RAZA PUEDEN TENER UN PA-- PEL EN LA ENFERMEDAD.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

DEBE DESTACARSE ANTE TODO LA PAROTIDITIS VÍRICA AGUDA. EN ESTA, LOS TÍTULOS DE FIJACIÓN -- DEL COMPLEMENTO AUMENTA DE MODO SIGNIFICATIVO DURANTE UNA SEMANA. ADEMÁS, LA PAROTIDITIS VÍRICA AGUDA ES HABITUALMENTE BILATERAL, MIENTRAS QUE LA

PAROTIDITIS CRÓNICA ES MÁS A MENUDO UNILATERAL. EN LA PAROTIDITIS VÍRICA AGUDA NO SALE PUS AL EXP- PRIMIR EL CONDUCTO PAROTÍDEO A DIFERENCIA DE LO - QUE OCURRE EN LA PAROTIDITIS CRÓNICA. LA PAROTI- DITIS VÍRICA AGUDA SE ASOCIA A NEUTROPENIA, MIEN- TRAS QUE LA PAROTIDITIS CRÓNICA PRODUCE UN AUMEN- TO DE LOS NEUTRÓFILOS, PERO NO DE LA AMILASA, EN- EL PLASMA, QUE AUMENTA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE PAROTIDITIS VÍRICA AGUDA.

INFLAMACIÓN CRÓNICA DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.

ES UN TRASTORNO RELATIVAMENTE FRECUENTE, SE- ASOCIA CASI SIEMPRE A SIALOLITIASIS. ES RARA LA INFLAMACIÓN BACTERIANA PRIMARIA DE LAS GLÁNDULAS- SUBMAXILARES. PROBABLEMENTE ELLO ESTA EN RELA-- CIÓN CON EL PODER BACTERIOSTÁTICO DE LA MUCINA -- SUBMAXILAR.

SIALOLITIASIS:

ES LA FORMACIÓN DE CONCRECIONES CALCIFICADAS EN EL INTERIOR DEL SISTEMA DE LOS CONDUCTOS DE --

UNA GLÁNDULA SALIVAL PRINCIPAL O ACCESORIA. NO SE CONOCE CON DETALLE LA EVOLUCIÓN DEL SIALOLITO, PARECEN EXISTIR TRES PRERREQUISITOS COMO FACTORES FUNDAMENTALES PARA SU DESARROLLO; COMPRENDEN:

- 1.- UN PROCESO QUE DA LUGAR A LA ÉSTA--
SIS SALIVAL.
- 2.- UN NIDO O MATRIZ PARA LA FORMACIÓN--
DEL CÁLCULO.
- 3.- UN PROCESO METABÓLICO QUE FAVOREZCA
LA PRECIPITACIÓN DE LAS SALES DE LA
SALIVA.

EL SISTEMA GLANDULAR SUBMAXILAR ES MÁS SUSCEPTIBLE A LA SIALOLITIASIS QUE EL COMPLEJO PAROTÍ--
DEO DEBIDO A SUS CARACTERISTICAS FISIOLÓGICAS Y -
ANATÓMICAS. DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOLÓGICO
LA SALIVA DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR ES MÁS ALCALI
NA QUE LA DE LA PARÓTIDA Y CONTIENE UNA CONCEN--
TRACIÓN MAYOR DE CALCIO Y DE FOSFATOS, PRINCIPAL--
MENTE EN FORMA DE APATITA CARBONATADA. LA ALCA--

LINIDAD, EN COMBINACIÓN CON LAS ALTERACIONES DE LA PROPORCIÓN CALCIO-FOSFATO, DA LUGAR A QUE LA APATITA SALIVAL REBASE SU CIFRA DE SOLUBILIDAD Y, POR ELLO SE PRODUCE LA PRECIPITACIÓN. ES CARACTERÍSTICO QUE LOS CÁLCULOS PRESENTEN UNA ESTRUCTURA ANULAR CONCÉNTRICA CON RESTOS PROTEÍNICOS DE EPITELIO NECROSADO, ALTERNANDO CON DEPÓSITOS DE SALES DE APATITA. LA LITOGENESIS TAMBIÉN RESULTA FACILITADA POR VARIOS FACTORES SECUNDARIOS PERO MUY IMPORTANTES. DEBIDO AL CONTENIDO MUCOSO DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR, SU SECRECIÓN ES MÁS -- VISCOSA QUE LA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA. ADEMÁS, EL CONDUCTO DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR ES MÁS LARGO QUE EL DE AQUELLA GLÁNDULA Y ESTÁ SITUADO A UN NIVEL INFERIOR AL ORIFICIO DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA. ESTOS FACTORES ANATÓMICOS CONSTITUYEN UN AMBIENTE FAVORABLE PARA LA ÉSTASIS SALIVAL EN EL CONDUCTO WHARTON Y PARA LA CONSIGUIENTE FORMACIÓN DE UN CÁLCULO.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

PARECEN ESTAR AFECTADOS CON MAYOR FRECUENCIA LOS VARONES EN LAS DÉCADAS MEDIAS O AVANZADAS DE-

LA VIDA, QUE LAS DEMÁS PERSONAS.

LOS CÁLCULOS SALIVALES PUEDEN MADURAR EN EL SISTEMA DE CONDUCTOS SALIVALES, EN EL INTERIOR O EN EXTERIOR DE LA GLÁNDULA. NO SON RAROS LOS -- CÁLCULOS MÚLTIPLES EN UNA GLÁNDULA Y LOS SIALOLITOTOS PUEDEN SER BILATERALES. LOS CÁLCULOS QUE SE FORMAN DENTRO DE LOS LÍMITES DEL CONDUCTO DE WHARTON TIENDEN A SER LISOS Y CILÍNDRICOS, MIENTRAS -- QUE LOS QUE SE HAN FRAGUADO EN EL INTERIOR DE LA GLÁNDULA SON MÁS IRREGULARES, ÁSPEROS Y MÁS GRUESOS.

LOS SÍNTOMAS DE LA SIALOLITIASIS SON VARIABLES. GENERALMENTE, LA PRESENTACIÓN CLÍNICA OCURRE EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TRES GRUPOS. ALGUNAS VECES, PUEDE HABER UNA FALTA COMPLETA DE -- SIGNOS Y SÍNTOMAS. SIN EMBARGO, ES MÁS FRECUENTE LA EXISTENCIA DE ANTECEDENTES DE TUMEFACCIÓN -- FUGAZ, INTERMITENTE DE LA GLÁNDULA AFECTADA, ACOMPAÑADA DE DOLOR Y DESENCADENADA POR EL ACTO DE COMER.

UN CÁLCULO NUNCA OBSTRUYE COMPLETAMENTE EL -- CONDUCTO, LA TUMEFACCIÓN DISMINUYE PROGRESIVAMENTE

TE A MEDIDA QUE LA SALIVA SE ESCURRE A TRAVÉS DE LA OBSTRUCCIÓN. EL TERCER CUADRO CLÍNICO SE PRODUCE CUANDO NO SE ESTABLECE NINGÚN TRATAMIENTO EN NINGUNO DE LOS DOS TIPOS MENCIONADOS. APARECE EN FORMA DE EXACERBACIÓN AGUDA CARACTERIZADA POR UN PROCESO SUPURATIVO AGUDO CON SÍNTOMAS GENERALES ACOMPAÑANTES. LOS TEJIDOS BALNDOS QUE RODEAN EL CONDUCTO SE PONEN TUMEFACTOS, MOSTRANDO UNA INTENSA REACCIÓN INFLAMATORIA.

ESTO SE MANIFIESTA ESPECIALMENTE EN EL SUELO DE LA BOCA, DONDE SE OBSERVA TUMEFACCIÓN, ENROJECIMIENTO Y DOLOR A LO LARGO DEL CONDUCTO DE WHARTON. A MENUDO PUEDE OBSERVARSE EL PUS SALIENDO DEL ORIFICIO DEL CONDUCTO. EL ENFERMO REPORTA UN GRAN AUMENTO DEL DOLOR SIEMPRE QUE LA GLÁNDULA ES ESTIMULADA A AUMENTAR SU PRODUCCIÓN SALIVAL, COMO SUCEDE DURANTE LA MASTICACIÓN.

DIAGNÓSTICO:

LA PALPACIÓN A LO LARGO DEL TRAYECTO DEL CONDUCTO A MENUDO LOGRA CONFIRMAR LA EXISTENCIA DE UNA FORMACIÓN DURA Y CALCIFICADA. ADEMÁS LA PERCEPCIÓN DE UNA SENSACIÓN DE ROSE DURANTE EL CATETERIS-

MO EFECTUADO CON PRECAUCIÓN EN EL CONDUCTO, TAMBIÉN CONFIRMA LA PRESENCIA Y LA LOCALIZACIÓN DE UN CÁLCULO.

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO SUELE DEMOSTRAR LA PRESENCIA DE UN DEPÓSITO CALCÁREO. SIN EMBARGO, COMO EL 20% DE LOS CÁLCULOS SALIVALES SON RADIOLÚCIDOS, LAS EXPLORACIONES RADIOGRÁFICAS CORRIENTES MUCHAS VECES NO DESCUBREN SU PRESENCIA. SU PRESENCIA Y LOCALIZACIÓN SE DESCUBRE POR LA IMPOSIBILIDAD DE QUE LA SOLUCIÓN DE CONTRASTE APAREZCA CON UNA OPACIDAD CONTINUA Y UNIFORME AL RELLENAR EL SISTEMA DE LOS CONDUCTOS.

LA SALIOGRAFÍA TAMBIÉN PUEDE SERVIR PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO DE SIALOLITIASIS, PONIENDO DE MANIFIESTO SIGNOS SECUNDARIOS. LOS CÁLCULOS DIFICULTAN EL FLUJO SALIVAL, OCASIONANDO ASÍ UN ESTANCAMIENTO DE LA SALIVA EN EL CONDUCTO EN SU PORCIÓN DISTAL RESPECTO AL CÁLCULO. LA ÉSTASIS SALIVAL, ADEMÁS FACILITA LA INFECCIÓN ASCENDENTE. POR CONSEGUENTE, POR SIALOGRAFÍA SE DEMUESTRA LA EXISTENCIA DE ALTERACIONES GLANDULARES EN FORMA DE ZONAS DE DEBILIDAD DE LAS PAREDES (ABOMBAMIENTO) ALTERNAN DO CON CONSTRICCIONES FIBROSAS. EL SIALOGRAMA TAM

BIÉN SIRVE PARA DETERMINAR EL GRADO DE DESTRUCCIÓN DE LA GLÁNDULA SALIVAL CONSECUTIVA A LA OBSTRUCCIÓN.

EN ALGUNOS CASOS UN FLEBOLITO O UN GANGLIO LINFÁTICO CALCIFICADO DE LA REGIÓN DE LA GLÁNDULA SALIVAL SON INTERPRETADOS ERRÓNEAMENTE COMO SIALOLITOS. EN ESTOS CASOS, EL MÉTODO SIALOGRÁFICO PERMITE LA DIFERENCIACIÓN DEBIDO A QUE LOS CONTORNOS Y ASPECTO DEL CONDUCTO SALIVAL NO ESTÁN AFECTADOS POR EL FLEBOLITO YA QUE ÉSTE ESTÁ FUERA DEL SISTEMA DE CONDUCTOS SALIVALES.

TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN CONSISTE CASI SIEMPRE EN LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DEL SIALOLITO. LOS CÁLCULOS LOCALIZADOS EN EL PARÉNQUIMA GLANDULAR SUELEN REQUERIR ADEMÁS LA RESECCIÓN DE LA GLÁNDULA. ANÁLOGAMENTE, EL TRATAMIENTO DE LOS SIALOLITOS EXTRAGLANDULARES NO SE REDUCE SIEMPRE A LA EXTRACCIÓN DEL CÁLCULO. EL TRATAMIENTO ADECUADO REQUIERE LA INVESTIGACIÓN SIALOGRÁFICA ACERCA DEL ESTADO DE LA GLÁNDULA SALIVAL CORRESPONDIENTE. LAS INFECCIONES SECUNDARIAS QUE HAN ORIGINADO EXTENSAS ALTERACIONES GLANDULARES PUEDEN HACER NECESARIA LA RESECCIÓN DE LA GLÁNDULA.

CAPÍTULO IV

QUISTES ASOCIADOS A GLÁNDULAS SALIVALES.

- 1) RÁNULA.
- 2) MUCOCELE.

1) RÁNULA:

ES UN VERDADERO QUISTE POR RETENCIÓN, SE PRESENTA DE FORMA CARACTERÍSTICA EN EL SUELO DE LA BOCA Y ES UNI LATERAL. SE DESARROLLA ASOCIADO A LOS CONDUCTOS SECRETOS DE LAS GLÁNDULAS SUBMAXILAR O SUBLINGUAL Y SE DEBE GENERALMENTE A UNA OBSTRUCCIÓN CAUSADA POR UN CÁLCULO SALIVAL O POR UNA SUSTANCIA ORGÁNICA BLANCA.

EL ASPECTO CLÍNICO DETALLADO DEPENDE MUCHAS VECES DEL TAMAÑO Y PROFUNDIDAD DEL QUISTE. GENERALMENTE LA RÁNULA ES SUPERFICIAL Y DE TAMAÑO PEQUEÑO, DE 1 a 3CMS. DE DIÁMETRO. EN ÉSTOS CASOS ES UNA MASA BLANDA, REDON DEADA, DE SUPERFICIE LISA, AZULADA O ROJIZA QUE HACE -- PROTRUSIÓN EN UN LADO DEL PISO DE LA BOCA. A VECES ES MÁS GRANDE, EN CUYO CASO DESPLAZA LA LENGUA E INTERFIE-

RE LA FUNCIÓN BUCAL. POR OTRA PARTE LA RÁNULA PUEDE SER MUY PROFUNDA, DE FORMA QUE EL GROSOR DE LOS TEJIDOS SITUADOS POR ENCIMA ENMASCARAN SU ASPECTO GENERALMENTE-TRANSLÚCIDO Y LE PROPORCIONA UN COLOR ROSADO NORMAL. LO MÁS FRECUENTE ES QUE ESTAS LESIONES SEAN UNAS TUMORACIONES REDONDAS, DE SUPERFICIE LISA Y DE CONSISTENCIA SEMISÓLIDA.

TIENE IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA EL HECHO DE QUE AUMENTE DE TAMAÑO INMEDIATAMENTE ANTES O DURANTE LAS COMIDAS Y DISMINUYA DE TAMAÑO DESPUÉS DE LAS MISMAS. NO ES FRECUENTE OBTENER EN LA HISTORIA CLÍNICA UNA TOTAL DESAPARICIÓN DE LA LESIÓN, DEBIDO A QUE EL DRENAJE DEL LÍQUIDO QUÍSTICO, SE SIGUE ÚNICAMENTE DE UNA POSTERIOR-RECIDIVA.

DEBEN PRACTICARSE RADIOGRAFÍAS, TANTO OCLUSALES -- COMO EXTRAORALES, PARA SABER SI HAY O NO CÁLCULOS SALIVALES QUE A VECES SON LOS RESPONSABLES DE LA OBSTRUCCIÓN. SIN EMBARGO, EN MUCHOS CASOS, LA OBSTRUCCIÓN NO SE DEBE A CÁLCULOS, SINO A RESIDUOS ORGÁNICOS Y ENTONCES LAS RADIOGRAFÍAS NO REVELAN NADA IMPORTANTE.

EL TRATAMIENTO ES QUIRÚRGICO MEDIANTE LA EXTIRPACIÓN COMPLETA, CUANDO ELLO ES POSIBLE (GENERALMENTE EN-

RÁNULAS PEQUEÑAS), O EN SU DEFECTO RECURRIR A LA MARSU-
PIALIZACIÓN, QUE ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN.

2) MUCOCELE:

EL QUISTE POR RETENCIÓN MUCOSA ES MUY FRECUENTE, --
PRESENTÁNDOSE CON IGUAL FRECUENCIA EN AMBOS SEXOS, Y EN
TODAS LAS EDADES. SE CREÍA QUE EL QUISTE MUCOSO SE DE
BÍA A UNA OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DE LA GLÁNDULA MUCO-
SA, PERO LAS INVESTIGACIONES MÁS RECIENTES HAN DEMOSTRA
DO QUE LA SEPARACIÓN TRAUMÁTICA, COMO PODÍA OCURRIR EN-
LA MORDEDURA O CORTE DE LOS LABIOS, ES LA RESPONSABLE --
DE LA COLECCIÓN DE LÍQUIDO DENTRO DE LOS ESPACIOS HÍSTI
COS, PRODUCIÉNDOSE ASÍ UN FENÓMENO DE RETENCIÓN MUCOSA-
MÁS QUE UN QUISTE DE RETENCIÓN.

EL QUISTE MUCOSO PUEDE LOCALIZARSE EN CASI TODOS --
LOS LUGARES DE LA BOCA, PERO LA MAYOR PARTE DE LAS VE--
CES SE LOCALIZA EN LA MUCOSA LABIAL INFERIOR. OTRAS --
LOCALIZACIONES, AUNQUE MENOS FRECUENTES, SON LA MUCOSA-
LABIAL INFERIOR. OTRAS LOCALIZACIONES, AUNQUE MENOS --
FRECUENTES, SON LA MUCOSA BUCAL, EL PALADAR, LA PARTE --
VENTRAL DE LA LENGUA, EL PISO DE LA BOCA Y OTRAS.

EL ASPECTO CLÍNICO ES VARIABLE, DEPENDIENDO MUCHAS
VECES DE LA PROFUNDIDAD DE LA LESIÓN. LAS LESIONES --

MÁS SUPERFICIALES SE RECONOCEN CON FACILIDAD, PRESENTÁNDOSE COMO MASAS PROMINENTES, DE SUPERFICIE LISA DE COLOR AZUL O ROJIZO, DISCRETAS, PARECIDAS A AMPOLLAS. SU TAMAÑO VARÍA DESDE 1 a 2mm HASTA 1cm. O MAS DE DIÁMETRO GENERALMENTE EL QUISTE MUCOSO ES ÚNICO, PERO EN ALGUNOS CASOS PUEDEN ENCONTRARSE DOS O MÁS MUY PRÓXIMOS UNO AL OTRO. LOS QUISTES MÁS SUPERFICIALES PUEDEN PARECERSE A UN HEMANGIOMA, PERO EL COLOR AZUL MÁS INTENSO Y EL ASPECTO MÁS FIRME DEL TUMOR VASCULAR, LO DISTINGUE DEL QUISTE AMPOLLOSO MUCOSO Y TRANSLÚCIDO.

LOS QUISTES MUCOSOS MÁS PROFUNDOS NO SE RECONOCENTAN FÁCILMENTE, YA QUE DEBIDO AL ENGROSAMIENTO DE LOS TEJIDOS QUE LO RECUBREN, SE PRESENTA COMO UN TUMOR DISCRETO, REDONDO, DE SUPERFICIE LISA, Y DE COLOR ROSADO NORMAL. LA PALPACIÓN NOS MUESTRA UNA MASA DURA, MUY MOVIL, Y, POR ELLO, PUEDE CONFUNDIRSE EL QUISTE CON UNA NEOPLASIA BENIGNA, COMO UN FIBROMA. SIN EMBARGO, EL DIAGNÓSTICO MÁS DEFINITIVO DE QUISTE MUCOSO PUEDE OBTENERSE MEDIANTE LA PUNCIÓN ASPIRATIVA DE LA LESIÓN Y LA OBTENCIÓN DE UN LÍQUIDO ESPESO, DE COLOR PEJIZO.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA EXTIRPACIÓN DEL QUISTE Y DE LA GLÁNDULA ASOCIADA, SI QUIERE PREVENIRSE LA RECIDIVA. LOS DATOS HISTOLÓGICOS SON TAMBIÉN VARIA---

BLES; ALGUNOS QUISTES MUCOSOS ESTÁN RECUBIERTOS POR UN-
EPITELIO PLANO, MIENTRAS QUE OTROS ESTÁN RECUBIERTOS --
POR TEJIDO FIBROSO COMPRIMIDO.

C O N C L U S I O N E S

LAS ESTADÍSTICAS REALIZADAS EN LOS ESTADOS UNIDOS-
DE NORTEAMÉRICA REPORTAN QUE CERCA DE 250,000 PERSONAS-
MUEREN ANUALMENTE DE CÁNCER. DE HECHO EN ESTE PAÍS EL
CÁNCER ES EL RESPONSABLE DEL 15% DE LA MORTALIDAD TOTAL
DE ELLAS, CERCA DE 6,000 MUERTES SE DEBEN AL CÁNCER DE-
BOCA, CIFRA QUE SE REDUCIRÍA BASTANTE SI TODOS LOS DEN-
TISTAS ESTUVIESEN FAMILIARIZADOS CON LA NATURALEZA DE -
LOS TUMORES MALIGNOS Y SE MANTUVIESEN EN ALERTA CONSTAN-
TE PARATODOS LOS SIGNOS CLÍNICOS QUE HAGAN PENSAR EN UN
CÁNCER BUCAL.

SE CALCULA QUE EN EL LAPSO DE UN AÑO HAY UN MÍNIMO
DE 25,000 PERSONAS CON CÁNCER DE LA BOCA EN ESTE PAÍS.
DE ELLAS SE CREE QUE UNAS 10,000, O SEA UN 40% DE LAS -
LESIONES, LAS DIAGNOSTICAN LOS DENTISTAS.

EL HECHO ES QUE LAS LESIONES DE LA BOCA NO SE RECO-
NOCEN COMO MALIGNAS LO SUFICIENTE PRECOZMENTE, YA SEA -
POR ERROR EN EL DIAGNÓSTICO, POR FALTA DE CONOCIMIENTOS
CON LOS SIGNOS CLÍNICOS DEL CÁNCER ORAL, O SIMPLEMENTE-
POR UNA EXPLORACIÓN BUCAL INCOMPLETA O INADECUADA, O --
BIEN POR DESCUIDO Y FALTA DE INFORMACIÓN DE LOS PACIEN-
TES.

.. SE HA DEMOSTRADO QUE SOLO UN 20 ó 30% DE LOS ENFER-
MOS TRATADOS DE CÁNCER DE LA BOCA VIVEN 5 AÑOS O MÁS --
DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, ESTA PROPORCIÓN MEJORARÍA MU--
CHO SI LA REGLA FUESE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO -
PRECOZ.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- ANTHONY PARKER, CATHERINE
ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA
EDIT. INTERAMERICANA
8a. EDICIÓN, MÉXICO, D.F., 1974
584 PÁGINAS.

- 2.- BAKER-WISE
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.
EDITORIAL INTERAMERICANA
3a. EDICIÓN, MÉXICO, D.F., 1973
365 PÁGINAS.

- 3.- BURKET. LESTER W.
MEDICINA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, D.F., 1973
6a. EDICIÓN
715 PÁGINAS.

- 4.- COHEN, LAWRENCE
MEDICINA PARA ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
MÉXICO, D.F., 1976
239 PÁGINAS

- 5.- COSTICH, EMMETT R. Y WHITE R.P.
CIRUGÍA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA
4a. EDICIÓN, MÉXICO, D.F., 1974
224 PÁGINAS
- 6.- GANONG, WILLIAM F.
MANUAL DE FISIOLÓGÍA MÉDICA.
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
7a. EDICIÓN, MÉXICO, D.F. 1980
711 PÁGINAS
- 7.- GARDNER, ERNEST
ANATOMÍA HUMANA
EDITORIAL SALVAT
2a. EDICIÓN, MADRID, ESPAÑA 1981
968 PÁGINAS
- 8.- GORLIN, ROBERT - GOLDMAN, H.M.
PATOLOGÍA ORAL.
EDITORIAL SALVAT, MADRID ESPAÑA 1982
1273 PÁGINAS
- 9.- GUYTON, ARTHUR C.
FISIOLÓGÍA MÉDICA
EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, D.F. 1975
4a. EDICIÓN
1065 PÁGINAS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

-79-

- 10.- HARRISON
MEDICINA INTERNA
EDITORIAL LA PRENSA MÉDICA MEXICANA
4a. EDICIÓN, MÉXICO, D.F. 1979
2298 PÁGINAS
- 11.- QUIRÓZ GUTIÉRREZ FERNANDO
ANATOMÍA HUMANA
EDITORIAL PORRÚA
14a. EDICIÓN, MÉXICO, D.F. 1975
501 PÁGINAS
- 12.- RIES CENTENO, GUILLERMO A.
CIRUGÍA BUCAL.
EDITORIAL ATENEO
8a. EDICIÓN, BUENOS AIRES, ARGENTINA
680 PÁGINAS
- 13.- ROBBINS, STANLEY L.
PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA
1a. EDICIÓN, MÉXICO, D.F. 1975
1516 PÁGINAS
- 14.- ROZMAN, FERRARAS
MEDICINA INTERNA
EDITORIAL MARÍN
8a. EDICIÓN MÉXICO, D.F., 1978
1100 PÁGINAS