

318322

13
2ej



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA U.N.A.M.

**ALTERACIONES INFLAMATORIAS DE LAS
GLANDULAS SALIVALES Y SU
TRATAMIENTO**

TESIS CON
PROMOTOR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :

MATILDE ALEJANDRA FERRER PAZ



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.

INDICE

Págs.

INTRODUCCION

CAPITULO I .-	Estructura de las glándulas salivales	1
	Anatomía macroscópica	2
	Anatomía microscópica	7
CAPITULO II.-	Enfermedades de las glándulas salivales	11
	Enfermedades inflamatorias	13
	Inflamación inespecífica	14
	Inflamación específica	18
CAPITULO III-	Diagnóstico diferencial de las lesiones de las glándulas salivales	31
	Historia clínica	31
	Examen físico	32
	Valoración radiográfica	38
	Procedimientos de laboratorio	42

CAPITULO IV.- Procedimientos quirúrgicos	45
Sialolitomia transbucal del conducto submaxilar	47
Sialolitomia transbucal del conducto parotídeo	49
Resección de la glándula submaxilar	50
Resección de la glándula parótida	52
CAPITULO V.- Complicaciones postquirúrgicas de las glándulas salivales	54

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Una gran mayoría de los individuos tiene conocimiento de --- la forma exterior de su cuerpo, pero pocos comprenden su estruc-- tura interior y sus funciones.

El caso de las glándulas salivales es un ejemplo clásico en el cual el hombre sabe que existen pero nunca se imagina su com - plejidad, tanto de la estructura como de la función.

Las glándulas salivales como parte de nuestro organismo no - están exentas de sufrir ciertas alteraciones o padecimientos, -- alguno de los cuales serán motivo de interes de está Tesis.

Al alterarse las glándulas salivales presentan trastornos -- que derivan serias consecuencias que en algunas ocasiones pueden degenerar en afecciones malignas y provocar la muerte.

Me permití utilizar este trabajo para demostrar con descrip- ción detallada las patologías y sus técnicas de terapia.

Basandose en su propia capacitación y experiencia, el buen - juicio y la ética, el cirujano dentista conoce su responsabilidad en cada problema quirúrgico.

CAPITULO I

"ESTRUCTURA DE LAS GLANDULAS SALIVALES"

La secreción salival es un fenómeno complejo e intrincada --
mente regulado que ocurre predominantemente en la cavidad bucal.

Las glándulas salivales pueden dividirse con fines descrip-
tivos en glándulas principales y glándulas accesorias.

Las glándulas principales son tres:

- 1.- Las parótidas
- 2.- Las submaxilares
- 3.- Las sublinguales

Las secreciones salivales de las parótidas y submaxilares --
son serosas en su mayor parte, ricas en enzimas, electrolitos y -
anticuerpos. La glándula sublingual produce poco moco.

El conducto parotídeo desemboca en la cavidad bucal, atrave-
sando la mucosa vestibular a través del conducto de Stenon. El --
conducto submandibular entra en la carúncula sublingual apenas en
sentido lateral al frenillo lingual, y la glándula sublingual --
presenta una serie de orificios secretores en la mucosa del piso-
de la boca.

Las glándulas salivales accesorias son aquellas glándulas --
más pequeñas y grupos de glándulas del paladar la mucosa vesti--

bular y el piso de la boca que segregan principalmente moco.

Las propiedades enzimáticas, lubricantes y antibióticas de la salival facilitan el transporte y la digestión de los alimentos.

ANATOMIA MACROSCOPICA

GLANDULA PAROTIDA:

La glándula parótida es la más grande, serosa, que recubre en parte al músculo masetero. Tiene una forma aproximada a la de una pirámide con un vértice, una base y superficies lateral, anterior y posterior.

El vértice de las glándulas se encuentra entre el músculo esternocleidomastoideo y el ángulo mandibular.

La base se localiza cerca del arco cigomático y el cuello del cóndilo de la mandíbula. La superficie anterior se encuentra acanalada por la rama mandibular y el músculo masetero. La superficie posterior se encuentra acanalada por los procesos mastoideos y estiloideos y el músculo esternocleidomastoideo y digástrico.

La totalidad de la glándula está cubierta por una cápsula o vaina de tejido conectivo, está proviene de la lámina profunda de la fascia cervical y de la fascia masetérica.

El nervio facial que emerge del agujero estilomastoideo entra a la glándula y transcurre ventrolateralmente formando el ---

plexo parotídeo dentro de la glándula; por lo consiguiente la disección a través de la boca pasado el giro al ángulo recto en el borde anterior del músculo masetero es sumamente difícil; ya que siempre hay un elemento de riesgo dado que a este nivel pueden encontrarse porciones del séptimo par craneal.

La glándula parótida desemboca hacia la cavidad bucal por medio del conducto parotídeo (de Stenon). Este conducto emerge desde la glándula y se dirige hacia adelante, lateral al músculo-masetero y bruscamente se tuerce en este sentido medial alrededor del borde anterior del masetero, para perforar la bola adiposa de la mejilla y el músculo buccinador.

Termina dentro de la boca a nivel de la papila parotídea (papila de Stenon), este conducto está localizado enfrente del segundo molar superior con un diámetro aproximado de 1.5 mm.

La glándula parótida recibe sus fibras parasimpáticas (secretoras) por medio del nervio auriculotemporal. La proporción de saliva secretada por la parótida en relación con todas las glándulas salivales es aproximadamente a la mitad.

GLANDULA SUBMAXILAR:

La glándula submaxilar es una glándula mucoserosa par que se encuentra en el espacio submandibular. Es en tamaño la segunda de las tres glándulas salivales principales.

Consta de una parte superficial más grande y una parte profunda más pequeña. Las dos partes son continuas alrededor del borde posterior del músculo milohioideo.

La porción mayor se encuentra en el triángulo digástrico, limitada superficialmente por la piel, lateralmente por la mandíbula y el músculo pterigoideo medial y por debajo de los músculos milohioideo, estilohioideo y digástrico.

La porción más pequeña del proceso profundo de la glándula es una extensión lingual, que pasa alrededor del borde posterior del músculo milohioideo, este esta limitado por el milohioideo, medialmente por el hiogloso, arriba por el nervio lingual y por debajo el nervio hipogloso.

La totalidad de la glándula submaxilar está rodeada por una cápsula similar a la que rodea a la porción parótida, esta cápsula procede de la lámina superficial de las fascias cervical y digástrica y de los músculos estiloideos.

El conducto de secreción es el conducto de Wharton; y se origina de la unión de las partes superficial y profunda de la glándula, se tuerce en ángulo recto hacia arriba y corre subya

cente a la mucosa bucal para abrirse a nivel de la carúncula --- sublingual; la cual se localiza a los lados del frenillo lin --- gual, y tiene un diámetro de 1.5 a 3.5 mm aproximadamente.

Las fibras parasimpáticas secretoras que inervan a la glándula se derivan principalmente del ganglio submandibular.

La glándula submaxilar secreta una saliva mucosa y serosa - predominando la última.

GLANDULA SUBLINGUAL:

La glándula sublingual es una glándula mucosa par, que se - encuentra en el espacio sublingual, es la más pequeña de las --- glándulas salivales mayores.

En realidad es un grupo de glándulas que constituyen una -- masa alargada en el piso de la boca, lateral e inferior a la --- lengua.

El borde superior de esta glándula forma la cresta independientemente denominada plica sublingual en el piso de la boca. La glándula descansa por debajo del músculo milohioideo, su superficie lateral entra en contacto con la mandíbula y en la parte -- media se relaciona con el músculo geniogloso y el conducto sub - mandibular.

La glándula está rodeada por una cápsula de tejido conectivo no bien definida, se considera que la glándula descansa de -- manera independiente dentro del espacio submandibular general.

Su conducto principal (Bartholin), puede unirse con el conducto submandibular compartiendo un orificio común en carúncula-sublingual, pero es más común que el conducto sublingual se abra de manera independiente en la misma carúncula.

Además del conducto principal de la glándula sublingual -- drenan a esta 5 a 30 conductos (conducto de Rivinus), que se --- abren a lo largo de la plica sublingual.

Su inervación parasimpática se origina del ganglio submandibular. La secreción de la glándula sublingual es mucosa y serosa, siendo la segunda la más predominante.

GLANDULAS SALIVALES MENORES:

Existen numerosas glándulas salivales pequeñas de 450 a --- 750, localizadas dentro de la mucosa por toda la cavidad bucal. Estas glándulas se clasifican desde el punto de vista anatómico en glándulas labiales, bucales, glosopalatinas y palatinas.

Las labiales y las bucales secretan saliva mucoserosa y las glosopalatinas secretan únicamente moco.

La lengua también contiene glándulas salivales menores. Cerca de la punta en la superficie inferior esta la glándula lingual anterior de Blandin-Nuhn que secreta saliva mucosa y serosa.

Las glándulas salivales menores contribuyen a producir una-

cantidad variable de secreción total de saliva estimada de 8 a --
53t.

ANATOMIA MICROSCOPICA

DESARROLLO.- Las glándulas salivales mayores y menores inician --
su desarrollo a partir de invaginaciones del ectodermo oral.

La invaginación epitelial prolifera en el mesénquima adya --
cente, aumentando de tamaño en su extremo más distal para formar--
alveolos, mientras que los cordones epiteliales se hacen huecos -
para dar lugar a conductos excretores.

En la sexta semana de desarrollo del embrión se puede obser-
var el esbozo de las glándulas parótida y submaxilar; sin embargo
los ácinos se desarrollan al quinto mes de vida uterina.

En la octava semana aparecen las invaginaciones que forman -
las glándulas sublinguales mientras que el desarrollo de las --
glándulas salivales menores empieza a partir de la décima semana.

Las glándulas labiales nacen como invaginaciones epiteliales
de la lámina epitelial vestibular situada por delante del surco--
alveololabial.

Las glándulas bucales y molares nacen al mismo tiempo, en --
relación con la porción terminal del conducto de Stensen.

Las glándulas retromolares se desarrollan en el quinto mes--
del desarrollo fetal.

ANATOMIA.- Microscópicamente, estas glándulas son todas de cons -
titución similar, estando compuestas por acinos mucosos o sero --
sos, o combinaciones de ambos. La característica diferencial --
principal, es la cantidad relativa de formas mucosas o serosas, -
siendo la glándula parótida casi totalmente serosa.

Cada una de las glándulas salivales mayores están separadas-
en porciones denominadas lóbulos por tabiques del tejido conecti-
vo que las rodea. Los lóbulos a su vez se dividen en lobulillos -
mediante septos de tejido conectivo, estos fijan y soportan los -
elementos salivales que constituyen el lobulillo: los acinos, sus
conductos intercalares, las células mioepiteliales y los conduc-
tos estriados.

Dado que las glándulas salivales menores son sistemas sím --
ples, sus conductos excretorios epitelizados son pequeños y cor--
tos.

FLUJO SALIVAL

La secreción de saliva es continua, incluso durante el reposo la secreción está sujeta a estimulación refleja: los estímulos táctiles y de los receptores del gusto de la cavidad bucal o estímulos psíquicos de otros centros nerviosos o zonas del cuerpo, convergen todos ellos en los núcleos salivales en la médula oblongada.

Las vías eferentes de estos centros salivales son las divisiones parasimpática y simpática del sistema nervioso autónomo.

La cantidad total de saliva secretada por día se estima que es de 500 a 1500 ml cúbicos.

La tasa de flujo salival es afectada por diferentes factores psicológicos, fisiológicos y ambientales. La dieta, edad, balance hídrico corporal, ansiedad, temperatura del aire ambiente, humo del cigarro y ciertas drogas pueden influir en la calidad y cantidad del flujo salival.

La función más importante del flujo salival es la lubricación que permite deglutir y hablar y para este proceso es necesaria la mucina que es una glucoproteína.

Cuando existe poco flujo salival (xerostomia), se observa -- mala higiene y un aumento de caries dental, también se altera el sentido del gusto.

Una de las propiedades de la saliva es que es antibacteriana y tiene capacidad para la amortiguación del PH.

Se tiene conocimiento de que el sexo influye en la producción de saliva; los varones secretan más saliva en reposo que las mujeres.

CAPITULO II

"ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS SALIVALES"

El estudio de las glándulas salivales revela varias debilidades anatómicas características.

Las glándulas sublinguales, teniendo sistemas de conductos cortos, rectos y simples rara vez son afectados por estados inflamatorios, pero pueden reaccionar frente a cualquier cosa que produzca el cierre parcial o la ruptura del conducto. El cierre completo produce la atrofia de la glándula.

Todo el sistema de la glándula submaxilar y su conducto yace en una posición declive, que predispone a la invasión retrógrada por parte de la flora bucal, y tanto el conducto submaxilar como el parotídeo son ligeramente más amplios a lo largo de su curso que a nivel de la carúncula permitiendo así el almacenamiento de secreciones de manera que este listo el flujo en el momento de la estimulación, sin embargo, esto permite el desarrollo de células epiteliales y el espesamiento de los líquidos salivales, formandose obstrucciones y siendo un nicho favorable para la actividad bacteriana.

Dado que ambas glándulas (submaxilar y parotídea) dependen de algún modo de la disposición de los líquidos segregados, ---

cualquier cosa que tienda a reducir el flujo tiende también a --
modificar la composición de la función de estas.

Existen varios tipos de enfermedades de las glándulas salivales como lo son:

- Enfermedades por obstrucción
- Enfermedades por trastornos funcionales
- Enfermedades inflamatorias

En este trabajo abarcare el tipo de enfermedades de las ---
glándulas salivales por inflamación.

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

Las manifestaciones de los trastornos inflamatorios de las glándulas salivales mayores y menores son en forma de tumefacciones dolorosas y disminución de su secreción.

La saliva se observa espesa hallandose en ella masas de neutrófilos y bacterias.

Normalmente la saliva presenta alto contenido de potasio y poco sodio, pero cuando se tiene un trastorno inflamatorio de las glándulas, se observa una elevación del sodio que aumenta cuando la inflamación es más aguda.

CUERPOS EXTRAÑOS.-

La inflamación de la glándula salival puede ser ocasionada por la presencia de cuerpos extraños que se introducen en los conductos salivales como lo son: pelos de cepillo de dientes, palillos de dientes, plumas y hojas de hierbas.

SIALODENITIS BACTERIANA

El termino sialodentitis significa inflamación de las glán--

dulas salivales.

Este trastorno se presenta tanto en niños como en personas -
adultas provocando recurrencia aguda y dolorosa inflamando la ---
glándula. La mucosa puede estar roja y parcialmente lechosa; y al
comprimir la glándula puede aparecer exudado purulento en el con-
ducto.

En niños se asocia a este trastorno el estreptococo viridans
y en adultos se asocia el estreptococo aureus.

El proceso inflamatorio está vinculado a la red capilar san-
guínea y linfática que es muy densa alrededor de los conductos --
salivales.

Los procesos inflamatorios pueden ser específicos e inespe--
cíficos, localizándose ambos en los espacios pericanulares y pe -
riacinares y posteriormente penetran en los ácinos.

Las infecciones específicas llegan con mayor frecuencia por-
vía sanguínea.

INFLAMACION INESPECIFICA

PAROTIDITIS AGUDA

Se origina después de operaciones abdominales, fiebre pro --

longada o por un desequilibrio del metabolismo hídrico, en la supresión de la secreción salival, en el vómito o en la respiración bucal después de un procedimiento quirúrgico.

La mayoría de los pacientes que son afectados son adultos de edad media o avanzada.

***PATOGENIA.-** Cuando se presenta la patotiditis aguda por cocos se origina un trastorno general de la regulación de las funciones -- vitales, reduciéndose la función de la glándula.

Posteriormente los cocos que ya se han multiplicado en la -- glándula atacan al sistema vascular que rodea a los conductos; -- permitiendo así, la autólisis ya que las enzimas protelíticas -- llegan al tejido periacinar, también hay formación de abscesos.

***CARACTERISTICAS CLINICAS.-** La enfermedad evoluciona con rapidez - acompañada frecuentemente por dolor intenso e inflamación de las glándulas parótidas. La piel que la cubre esta enrojecida. Existe trismo, fibriculosis con dolor de cabeza, indisposición y leucocitosis.

La parotiditis aguda unilateral es tan frecuente como la bilateral.

Se presenta en un 40% el estafilococo hemolítico dorado asi-

como el estreptococo hemolítico, también se detectan neumococos en un 8%.

La glándula parótida al segundo día se encuentra edematosa y a partir del cuarto día purulenta.

Los cortes histológicos muestran dilatación de los conductos salivales que contienen pus. Existe una densa infiltración pericanalicular por linfocitos pero sin invasión a los acinos.

PAROTIDITIS CRONICA RECIDIVANTE (ADULTOS)

*PATOGENIA.- Hiposialia de la glándula parótida.

*CARACTERISTICAS CLINICAS.- La lesión unilateral es aproximadamente dos veces más frecuente a la bilateral.

En la región preauricular y retromaxilar puede haber dolor, hay aumento de tamaño de la glándula y el orificio del conducto se encuentra enrojecido, puede presentarse fiebre.

*DIAGNOSTICO.- Una tumefacción recidivante, poco dolorosa de la glándula parótida. El aspecto de la saliva es turbio o purulento con sabor salado. Al oprimir el conducto hay salida de pus.

Se observa en un frotis salival estafilococos y estreptococos hemolíticos, también se observa una disminución del flujo salival y un aumento del contenido en sodio, una elevación de proteínas y un cambio en la distribución electroforética a favor de fracciones proteicas que emigran hacia el cátodo. No es necesario recurrir a la biopsia.

PAROTIDITIS CRONICA RECIDIVANTE (NIÑOS)

Esta lesión aparece con mayor frecuencia entre niños de un mes a trece años. Es unilateral dos veces más que bilateral.

Se observa un aumento de volumen y dolor prolongado de aparición brusca. Durante la ingesta aparece tumefacción produciendose la curación durante la pubertad.

*DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Se debe descartar la parotiditis vírica aguda, la cual es habitualmente bilateral, no sale pus, se asocia a neutropenia; en cambio la parotiditis crónica es habitualmente unilateral, hay salida de exudado purulento y se asocia con neutrófilos.

INFLAMACION CRONICA DE LA GLANDULA SUBMAXILAR

Este es un trastorno poco frecuente asociado con sialolitiasis. La inflamación bacteriana primaria de las glándulas submaxilares no es común.

En un estudio realizado por Watherhouse y Doniach en más de 50 necropsias, en el 25% de mujeres y 9% en hombres observaron una inflamación focal no supurada.

INFLAMACION ESPECIFICA

TUBERCULOSIS

La glándula más afectada en esta enfermedad es la parótida. Esta se puede producir en dos formas:

- 1) Forma infiltrativa diseminada
- 2) Forma circunscrita nodular

1) Forma infiltrativa diseminada.- Es de origen hematógeno. Su curso es leve.

Se observa ausencia de dolor, fiebre y tumefacción, y los conductos secretores no contienen pus. En cuanto a los trastornos de la secreción pueden ser pronunciados o faltar del todo.

2) Forma circunscrita nodular.- Suele diagnosticarse por la clínica del tumor de la glándula salival.

La tuberculosis de las glándulas salivales tiene un origen hematógeno o linfógeno.

Hoy en día no se acepta que se den infecciones ascendentes, y se ha demostrado que en el estudio de ciertos animales no se produce tuberculosis de las glándulas salivales sin previa obstrucción del conducto salival, ni con bacterias muy virulentas.

SIFILIS

Actualmente no es muy común la sialodentitis sifilítica. En el transcurso del segundo período de la sífilis, la glándula parótida se afecta con la misma frecuencia que la submaxilar. El flujo salival es notable.

En ocasiones se pueden presentar gomas en la glándula parótida y son amenudo de consistencia pétrea y del tamaño de una nuez, y puede llegar a perforar la piel.

SIALODENITIS VIRICA

Cuando las glándulas son invadidas por un virus, se observan

en las células epiteliales, y esto se ha determinado con la técnica de inmunofluorescencia de la microscopía electrónica.

PAROTIDITIS EPIDEMICA

Es una infección viral contagiosa aguda. Son las más frecuentes de las enfermedades de las glándulas salivales, y pueden afectar otros órganos como: páncreas, ovarios y testículos.

Se indica por medio de datos serológicos que del 30 al 40% infectados por el virus no presentan síntomas clínicos. La parotiditis tiene un periodo de incubación de 2 a 3 semanas.

El virus se detecta en la saliva de 2 a 3 días antes de producir manifestaciones en los órganos y 6 días después de ello.

Se debe aislar al paciente de 8 a 10 días. La infección se produce por contacto, por gotitas de saliva emitidas al toser o estornudar.

Al aparecer síntomas clínicos hay un aumento de la actividad amilásica en el plasma y en la orina, alcanzando su máximo al cuarto día y disminuyendo al cabo de tres semanas.

*ASPECTOS CLINICOS.- La enfermedad esta procedida por el surgi --
miento de dolor de cabeza, escalofrios, fiebre moderada, vómito --
y dolor por debajo del oido.

Existe un aumento de tamaño que suele iniciarse en una de --
las parotidas un 30% en los pacientes. También las papilas del --
conducto parotídeo abierto aparecen inflamadas y enrojecidas.

La orquitis secundaria a la parotiditis manifiesta aproxima--
damente al cabo de tres días su aparición y puede producir este--
rilidad, ooforitis como complicación de la parotiditis es menos--
frecuente casi siempre unilateral y rara vez produce esterilidad.

ENFERMEDADES DE LA INCLUSIONES CITOMEGALICAS

Este virus es patógeno solo en determinadas condiciones.= --
Puede afectar al feto o al recién nacido en los primeros días de--
vida.

La infección del feto se produce por vía transplacentaria,--
el virus se detecta en la placenta. El virus debilita al feto, --
retrasa su desarrollo y son frecuentes los partos prematuros.

En los nacidos muertos se encuentran células con rasgos de características de inclusión cetomegálica en el 10% a 32% de las glándulas.

*ASPECTOS CLINICOS.- Los síntomas principales en el recién nacido son hepato-esplenomegalia, ictericia, púrpura trombocitopénica y afectación del sistema nervioso.

También se pueden hallar cuerpos de inclusión en pulmones, hígado y riñones. Esta enfermedad es muy rara en adultos; y su tratamiento es a base de antibióticos de amplio espectro a dosis muy altas y principalmente los esteroides.

El diagnóstico se basa principalmente en la detección de las células características en la saliva o en la orina.

SIALODENITIS ALERGICA

La sialodentitis alérgica es difícil diferenciar de la sialodentosis porque se carecen de los signos clásicos de la inflamación.

Durante el desarrollo de las glándulas el tejido conjuntivo-sialodental conserva su capacidad embrionaria de formar linfocitos células plasmáticas, histiocitos etc; por lo que la presencia de procesos alérgicos no es rara.

Clasificación de sialodentitis alérgica:

- 1) Sialodentitis aguda alérgica
- 2) Sialodentitis colagenótica
- 3) Sialodentitis reumatoidea. (Síndrome de Sjögren)
- 4) Sialodentitis sarcoidótica (enfermedad de Heerfordt)
- 5) Síndrome de Melkersson-Rosenthal

1) SIALODENITIS AGUDA ALERGICA.-

-REACCION ALERGICA LOCALIZADA

Esta enfermedad es relativamente rara. Se observa una parotiditis bilateral como consecuencia de hiperalergia generalizada. Existe también una molesta hipersalivación.

*Alergia alimentaria: Los alimentos alérgicos pueden ocasionar tumefacción de las glándulas.

*Alergia farmacológica: Puede existir en pacientes sensibles al yodo, a diversos antibióticos que dan lugar a hipersecreción e hipoplasia.

*Alergia infecciosa: Se presenta después de sialomicosis.

2) SIALODENITIS COLAGENOTICAS.-

Sus manifestaciones clínicas son: sequedad, fiebre manifiesta

taciones reumatoideas, un pequeño aumento de tamaño de las glándulas parótidas, pero estas manifestaciones son inespecíficas, -- así que para distinguir cual es la colagenosis subyacente es --- necesario realizar una biopsia.

Esta enfermedad es en muchas ocasiones el lupus eritematoso diseminado, en otras ocasiones puede ser la esclerodermia generalizada, la dermatomiositis o la poliarteritis nudosa.

*PATOGENIA.- Se cree que la autoinmunidad es la causa de la colagenosis.

*MANIFESTACIONES CLINICAS.- Esta enfermedad es más frecuente en mujeres entre los 30 y 40 años, y en el 50% de ellas el primer -- signo clínico es el aumento de tamaño de las parótidas.

En el caso del lupus eritematoso el diagnóstico se basa en la detección de células LE en la sangre, en la esclerodermia y - la dermatitis a menudo faltan los anticuerpos antinucleares.

En cuanto al estudio histológico se observan masas fibrí -- noides homogéneas, en banda, en los intersticios dilatados del - estroma, los acinos al estar constrenidos por la masa fibrinoide se atrofian.

3) SIALODENITIS REUMATOIDEA (SINDROME DE SJÖGREN)

Este síndrome lo describió Sjögren y consiste en querato--- conjuntivitis seca, poliartritis y aumento de tamaño de la pa--- rótida.

*PATOGENIA.- Es múltiple. Afecta principalmente a mujeres en el periodo climaférico por lo que se señala un trastorno de la regulación hormonal.

En esta enfermedad es necesaria la comprobación del factor-reumatoide, y esto se lleva a cabo mediante una prueba de fijación del latex.

La sialodentitis reumatoidea es provocada por una infección-- durante la cual una respuesta inmunológica conduce a procesos -- autoinmunes en las glándulas parótidas.

La infección también invade otros órganos por lo que se encuentran anticuerpos también en estos .

*MANIFESTACIONES CLINICAS.- Sequedad de la mucosa de los conductos respiratorio y digestivo por causa de que se afectan las --- glándulas salivales y lagrimales.

Hay aumento de tamaño de la glándula parótida acompañado -- en ocasiones de dolor. La sequedad de la boca es molesta, y la -

mucosa oral se vuelve atrófica. Como consecuencia de la sequedad se produce gran número de caries, existe tos seca, dificultad al deglutir y falta de apetito.

Cuando la enfermedad se ha generalizado el paciente tiene una piel seca, a veces caída del cabello, uñas anormales y otitis externa seca. El síntoma más frecuente del síndrome es la artritis reumatoidea.

Para conocer el grado de afectación de las glándulas salivales en el síndrome de Sjögren se necesita una sialometría. Si las parótidas secretan menos de 0.2 ml/min existe una hipofunción.

***CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.-** Se observa una infiltración pericanicular de linfocitos pequeños y grandes de células plasmáticas y el tejido linforeticular crece hasta ahogar el parénquima, así que los canaliculos salivales solo se encuentran en la zona afectada.

Se presentan islas epiteliales que constan de células rodeadas con núcleos grandes y pequeños de células planas con núcleos que se tiñen de color oscuro.

***DIAGNOSTICO.-** Se deben tener los sig. datos:

- 1.- Molestias reumatoideas, sequedad de boca, nariz y ojos.
- 2.- La serología debe apoyar el diagnóstico.
- 3.- En el examen histológico se descubre la imagen de la sialodentitis reumatoidea.

El diagnóstico debe estar apoyado por la edad y sexo del paciente.

4) SIALODENITIS SARCOIDOTICA.-

Es tan solo una parte de una enfermedad generalizada que tiene procesos inmunológicos con curso crónico lento que conducen a la formación de granulomas.

*CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se puede observar una tumefacción lenta dura e indolora. La tumefacción es bilateral en más del 60% de los pacientes, sin ser simétrica.

La glándula parótida afectada no presenta aumento de tamaño solo induración.

Puede existir sequedad, conjuntivitis y caries dental. Afecta tanto a hombres como a mujeres.

***CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.-** Se descubren numerosos --- granulomas epitelioides sin caseificación, y se localizan de --- inicio alrededor de los canaliculos, después se desplazan al pa- rênquima y tienden a hialinizarse.

Este granuloma también se puede desarrollar en ganglios --- linfáticos intracapsulares y extracapsulares por lo que es posi- que proceda del tejido linfático pericanalicular.

***DIAGNOSTICO.-**

1.- Existencia de asialia de las glándulas tumefactas. Tu- mefacción simultánea, dura e indolora de glándulas lagrimales -- parótidas y submaxilares en 1% a 4% de los pacientes.

2.- En el laboratorio se encuentra la hipercalcemia. El --- fibrinógeno y el plasminógeno están a menudo disminuidos y la -- fibrinolisis aumentada.

3.- Radiograficamente los hilios pulmonares están engrosa-- dos. Puede existir fibrosis y diseminación miliar.

La sialografia muestra un sistema excretor salival normal.

4.- Si es necesaria la biopsia, se hace de un ganglio lin--

fático cervical.

5.- La prueba cuantitativa de la tuberculina descubre una escasa sensibilidad a esta.

6.- En los casos difíciles necesitamos la prueba de Nicker-son-kveim.

5) SINDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL

Edad.- Adultos y jóvenes.

Sexo.- Predilección por mujeres.

*RASCOS CLINICOS.- Tanto el labio inferior o el superior o ambos, muestran agrandamiento nodular difuso que comprende no solo una porción sino todo el labio, desde una comisura hasta la otra.

El labio es firme a la palpación pero no hay inflamación o alteración de color superficial.

Las queilitis granulomatosas cuando se acompañan de lengua fisurada y parálisis facial, constituye el síndrome de Melkersson Rosenthal. La lengua fisurada puede exhibir también tumefacciones nodulares o papilares.

La queilitis granulomatosa es de origen desconocido, pero se sugiere que representa una forma regional de sarcoidosis o una --

enfermedad granulomatosa atípica, posiblemente de origen alérgico.

*RASCOS MICROSCOPICOS.- La tumefacción se debe a inflamación -- granulomatosa con infiltración y reemplazo de las glándulas salivales menores. Los granulomas son multinucleares, están compuestos de fascículos, entre los que se encuentran células gigantes multinucleares dispersas.

*DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- El aspecto es similar al del edema -- angioneurótico, o el edema y celulitis originados en una infección dentaria. Estas dos lesiones son difusas y blandas a la palpación, pero la queilitis granulomatosa es firme y multinodular.

*TRATAMIENTO.- La inyección de la lesión de Triamcinolona u otro esteroide repetida entre 3 y 5 veces, con intervalos quincenales, pueden lograr una significativa reducción del tamaño del labio.

CAPITULO III
"DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES
DE LAS GLANDULAS SALIVALES"

Se ha observado que el problema principal relacionado con el tratamiento de las lesiones de las glándulas salivales es la decisión que se deba tomar de acuerdo al tipo de lesión que se está tratando y también su localización anatómica y sus estructuras circunvecinas que esten asociadas.

Existe un examen de laboratorio que es la biopsia, la cual cada vez es de mayor importancia en el diagnóstico debido al mejoramiento en las técnicas y muestras que se obtienen.

La biopsia es la más confiable, pero implica heridas en la cara y están contraindicadas en las enfermedades inflamatorias.

El clínico debe decidir utilizar los medios no quirúrgicos de que se disponga, como lo son:

- 1) Historia clínica
- 2) Examen físico
- 3) Examen radiográfico

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA.- Se utiliza para ayudar a la determinación de la naturaleza de la lesión.

Duración.- La duración es un factor muy importante, ya que si es una lesión crónica y tiene historia de remisión y exacerbación - se puede tratar de una lesión de naturaleza inflamatoria. Y si -- bien es crónica y de crecimiento lento y sostenido, puede ser -- generalmente un tumor benigno. Y si es una lesión nueva con síntomas agudos puede tratarse de una inflamación, sin embargo, una lesión nueva con tumefacción indolora, indica un estadio temprano de un tumor maligno.

Naturaleza.- Se sugiere un tumor cuando la aparición es gradual, indolora pero continua, y se sugiere una inflamación cuando se - trata de una aparición repentina y dolorosa aunque no debe descartarse un tumor de crecimiento rápido con infección.

Rapidez de crecimiento.- Esta rapidez indica el grado de malignidad. Cuando una lesión crece lentamente pero con continuidad -- rara vez es inflamatoria o de alto grado de malignidad. Una lesión que crece rápidamente puede ser maligna, pero el dolor, el exudado, la inflamación y la fiebre generalmente acompañan a las infecciones.

EXAMEN FISICO

Se debe realizar un examen físico adecuado, ya que es el -- factor más importante en el diagnóstico diferencial de cualquier estado dado.

La exploración física de las glándulas salivales involucra-

una gran porción de la región cervicofacial.

También comprende una valorización del tamaño y consistencia de las glándulas, la consistencia del flujo salival y una exploración de los conductos salivales y sus orificios.

Se debe observar cualquier signo de asimetría facial, decoloración, pulsación visible o secreción de los senos faciales y debe realizarse a una distancia de 1 a 1.5 m. de distancia del paciente, también se tienen que explorar las glándulas por separado.

GLANDULA PAROTIDA

Cuando la glándula parótida esta crecida, aparece como un abultamiento difuso, al observar al paciente de frente puede tener cubierto el trago de la oreja.

Si el crecimiento es unilateral puede ser obvio a la vista, pero si es bilateral puede ser difícil de detectar.

Para realizar la palpación de la glándula parótida, se utiliza la punta de los dedos presionando de manera delicada y firme en sentido circular.

El examinador debe detectar cualquier tumoración nodular bien definida o difusa dentro de la sustancia glándular.

Los tumores parotídeos pueden crecer paralelos a la faringe y aparecen clínicamente como una masa en la región lateral de la faringe o en la zona de la fosa retromandibular. Se debe por lo tanto incluir una examinación visual para descartar una protusión medial de la pared lateral de la faringe o de la zona de la fosa retromolar.

Se examina la naturaleza del flujo salival mediante la compresión de la glándula, evertiendo ligeramente la mejilla del paciente. se seca el orificio del conducto con gasa y se exprime la saliva mediante presión firme pero cuidadosa iniciando inmediatamente por delante del oído y con dirección hacia adelante.

Si la glándula es normal proporcionará saliva clara y acuosa, pero si esta enferma contendrá material purulento, restos de alimentos o moco filante.

Si es necesario se debe probar el conducto parotídeo para determinar la presencia de obstrucciones, esto se logra evertiendo la mejilla del paciente, permitiendo así observar el orificio de salida del conducto.

GLANDULA SUMANDIBULAR.

El agrandamiento de la glándula submandibular puede ser -- difuso, si el agrandamiento es unilateral es más fácil de detectar debido a la asimetría resultante.

La glándula submandibular se palpa mejor de manera bima --- nual. La cabeza del paciente se inclina ligeramente hacia abajo para flexionar el cuello y relajar los tejidos de esta zona, se presiona hacia arriba con el dedo situado extrabucalmente para -- elevar el contenido del piso de la boca, y la glándula submandi- bular puede palpase entre los dedos.

Para evaluar el flujo salival de la glándula submandibular- se le pide al paciente que eleve la lengua y se seca la papila - sublingual con gasa.

La saliva puede ordeñarse desde la glándula mediante una -- tracción hacia arriba, firme y cuidadosa en sentido medial de -- la rama mandibular con uno o dos dedos iniciando en el ángulo de la mandíbula y extendiéndose hacia adelante. La saliva que salga debe ser algo viscosa y clara.

Puede que el conducto submandibular requiera de exploración para diagnósticar obstrucciones o contracturas o determinar con- exactitud su trayecto antes de procedimientos quirúrgicos meno-- res en el piso de la boca.

GLANDULA SUBLINGUAL.

Los agrandamientos de la glándula sublingual, aparecen como una elevación en el piso de la boca. La glándula sublingual puede palparse de manera bimanual; un dedo se coloca ejerciendo --- presión hacia arriba en la región submental y el otro dentro de la boca. El flujo salival se examina con el mismo procedimiento --- utilizando en la exploración de la glándula submandibular.

GLANDULAS MENORES.

En las glándulas salivales menores, los crecimientos aparecen generalmente como nódulos discretos en el espesor de la submucosa.

La palpación de las glándulas menores de los labios y ca--- rillos debe realizarse de manera digital.

Las glándulas del paladar pueden examinarse comprimiendo -- las contra el paladar.

LOCALIZACION DE LA LESION.- Cuando las lesiones se encuentran en el conducto submaxilar o en el tercio anterior del conducto pa--- ratóideo se palpan mejor desde el interior de la boca.

Y, las lesiones que están por fuera de la musculatura de la boca pueden ser desplazadas hacia afuera por el dedo intrabucal --- y percibidas por la mano extraoral.

Si se exprime bimanualmente la glándula y el conducto, se ofrece una estimulación de la naturaleza de la secreción y por consiguiente la ubicación de la lesión.

Las lesiones que están por fuera del conducto rara vez producen exudado purulento en el interior del sistema de conductos.

CONSISTENCIA DE LA LESION.- Las lesiones circunscriptas tales -- como los tumores mixtos, y los ganglios inflamatorios agrandados son facilmente movibles por lo tanto, se deduce que la lesión no ha invadido los tejidos circunvecinos y no está rodeada por exudado.

Como resultado de la infiltración de los tejidos que los -- rodea por la enfermedad, las zonas con inflamación aguda, abscesos, tumores malignos invasores no se mueven con facilidad.

Las lesiones induradas llevan un pronóstico más grave, en general la induración y el endurecimiento acartonado de la zona en cuestión es un signo grave.

La induración es típica de las lesiones malignas invasoras y este signo puede considerarse de diagnóstico.

Las lesiones malignas rara vez invaden todo el tejido glándular por lo que una porción de la glándula debe sentirse normal cuando la mano la examina. Las infecciones, producen a la inversa tensiones en toda la glándula.

VALORACION RADIOGRAFICA

Las radiografías son de poco valor, excepto en presencia de un cálculo calcificado o una invasión avanzada de las estructuras óseas vecinas.

Cuando se sospecha de un cálculo salival son muy valiosas -- las radiografías oclusales y laterales oblicuas de la mandíbula - para la valoración de sialolitos.

Para la ubicación de cálculos parotídeos, se utiliza una película oclusal colocada en el vestibulo bucal con una exposición breve.

SIALOGRAFIA.

La sialografía ofrece una información más diagnóstica, es la valoración radiográfica del sistema de conductos de dos de las -- glándulas salivales mayores pares.

Este estudio se realiza inyectando aceite radiopaco en el -- interior del sistema de conductos de la glándula y tomando las -- vistas como esta indicado.

Existe un gran variedad de medios de contraste, y se clasi-- fican como compuestos solubles en agua y compuestos no solubles - en agua.

MEDIOS RADIOPACOS NO SOLUBLES EN AGUA:

Lipidol o Iodoclonol.- Son derivados de aceite de semillas de -- amapola con iodo. Pueden causar reacciones tisulares adversas -- si se retienen dentro de las glándulas.

Etiadol.- Derivado del aceite de semilla de amapola, y no produce reacciones tisulares adversas.

Hustrast.- Es una suspensión de dos ioduros orgánicos y no provoca reacciones tisulares.

Pantopaque.- Etil iodofenilundecilato, es miscible con los lí -- quidos tisulares.

MEDIOS SOLUBLES EN AGUA:

Urocon.- Acetrizoato de sodio.

Hypaque.- Diatrizoato de sodio.

Conray.- Meclumino iotalamato.

Renografin.- Metilglucamina diatrizoato.

Cholagrafina.- Metilglucamina iodipamida.

Ninguno de estos compuestos mantiene opacidad por largos períodos o provoca reacciones tisulares adversas, son homogéneos, - son miscibles en la saliva y rápidamente se eliminan, son de baja viscosidad.

METODO.

Se selecciona una longitud de tubo de polietileno de calibre adecuado y se adapta en el conector.

Se llena la jeringa con medio de contraste y se fija al conector. Se saca todo el aire del sistema. Se separa la jeringa y se canaliza el conducto en cuestión. Previamente se usaran unas pocas gotas de anestésico local alrededor de la carúncula.

Si la canalización resulta difícil, puede introducirse el explorador para dilatar la abertura del conducto.

El tubo se inserta bien en el interior del conducto. Luego se pide al paciente que cierre la boca y se mantiene el tubo en su sitio a través de la tronera conveniente, sin que se aplaste. Se vuelve a conectar la jeringa, y se da instrucciones al paciente de que la mantenga contra el pecho, entonces se comienza la instalación del medio de contraste, se le dice al paciente que levante la mano cuando sienta presión y nuevamente cuando sienta un dolor definido.

Se mantiene la presión durante 10 sg. después que se ha ----

provocado dolor, y luego se toma la sialografía.

Una vez que se han tomado todas las vistas, puede retirarse la tubuladora, y se dan instrucciones al paciente de que ayude a vaciar la glándula con masaje.

La sialografía ilustra la presencia de constricciones con-- ductuales, quistes y fistulas; puede identificar una obstruc --- ción del conducto salival muy pequeña o pobremente calcificado.

También la sialografía se utiliza para determinar el estado del tejido glándular proximal a una obstrucción.

Estos hallazgos ayudan al diagnóstico de neoplasias intra - o extraglandulares.

Finalmente la sialografía puede tener algunos beneficios -- terapéuticos. La solución del contraste puede dilatar al conduc- to y romper tapones inflamatorios o de moco que impiden el flujo de saliva.

Rara vez un paciente tendrá una historia de hipersensibili-- dad a este compuesto. La sialografía esta contraindicada en la-- presencia de inflamación aguda del conducto glándular.

Un estudio completo consiste en integrar los hallazgos de - la sialografía con el examen clínico, la historia y el conoci--- miento de la anatomía básica y las patologías de la región, para que el diagnóstico sea claro y preciso.

EXPLORACION CENTELLEOGRAFICA

Los procedimientos centelleográficos permiten la visualización de la actividad de la glándula salival; y esto utilizan --- isótopos radioactivos que después de ser administrados sistémicamente se concentran de manera activa por las glándulas salivales.

El pertectenato es el reactivo más ampliamente empleado en estos procedimientos. Después de la administración intravenosa, el paciente se coloca bajo un explorador de centelleo y la zona relacionada con las glándulas salivales es explorada.

La concentración de la captación y la excreción del isótopo es detectada y registrada con centelleogramas, tomadas a intervalos periódicos de tiempo.

El equipo requerido es costoso y no está disponible de manera generalizada.

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

Existen varios procedimientos de laboratorio que resultan --- útiles para el diagnóstico diferencial de lesiones de las glándulas salivales.

Es necesaria una biometria hemática y una cuenta diferencial de células sanguíneas para determinar la agudeza o cronicidad de la parotiditis, la mononucleosis infecciosa y la sialodentitis --- aguda ya que en los primeros estadios son muy similares.

Con estos resultados observaremos que la mononucleosis in -- fecciosa generalmente presenta un alto porcentaje de linfocitos - atípicos.

La sialodentitis, si es aguda, puede mostrar un aumento en la cantidad de leucocitos polimorfonucleares inmaduros en el examen de sangre.

Algunas veces, se necesita el examen microbiológico de la -- saliva o material purulento de una glándula afectada.

Los líquidos para este estudio no deben ser tomados de la -- cavidad bucal, sino de un conducto canalizado para evitar la contaminación bucal de la muestra.

Por último se conocen que los cortes por congelación y las - biopsias formales, son altamente confiables.

BIOPSIA

La biopsia quirúrgica puede dar una indicación precisa de la naturaleza o del proceso patológico; no obstante la biopsia ----

de las glándulas salivales presenta ciertas dificultades, ya que existe una estrecha relación de estructuras neurovasculares.

Además, el tejido de reparación en un sitio en el que previamente se ha realizado una biopsia puede dificultar los procesos quirúrgicos definitivos.

Las biopsias de las glándulas salivales menores se realizan por dos principales razones: la eliminación de una glándula involucrada por patología y por propósitos diagnósticos.

Las biopsias escisionales de las glándulas salivales menores con pocas excepciones presentan pocos problemas en relación con las biopsias de las glándulas salivales mayores.

Las glándulas salivales menores se encuentran inmediatamente subyacentes a la superficie epitelial, por arriba de la capa muscular del labio inferior, puede fácilmente removerse por medio de una incisión solo a través del epitelio en la superficie interna o bucal del labio inferior. La incisión no necesita ser mayor de 1 a 2 cm.

CAPITULO IV
"PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS"

Con excepción de los quistes de retención, es decir, los mucocelos y las rínulas, la operación más frecuentemente realizada es la sialolitomía transbucal.

Para preservar la glándula y su función, el cálculo debe de estar ubicado favorablemente para su extracción.

Si las glándulas se dañan por infección se requiere de una enucleación ulterior o eventual, realizando correctamente la enucleación de la glándula submaxilar no tienen porque existir secuelas.

La extirpación de mayores consecuencias es la de la glándula parótida, ya que siempre existe el peligro de dañar el nervio facial. Sin embargo, la resección de cualquier glándula provoca una ligera deformidad facial.

CIRUGIA DE MUCOCELE.

La cirugía consiste en la escisión total de la lesión y tejido salival vecino.

La anestesia se aplica en la submucosa por medio de una serie de inyecciones alrededor de la lesión.

Este tipo de anestesia se llama anillo de bloqueo y se maneja de esta forma para que no se distorciona la interpretación -- microscópica del tejido.

Para fijar el tejido sin que se produzca una distorsión, se pasa una sutura por debajo de la lesión. Para incluir al mucocelo se realiza una incisión elíptica en cuña del tejido, y mediante disección con bisturí se separa de la submucosa subyacente; y con disección roma se debridan los bordes quirúrgicos.

La sutura de la herida se hace solo a nivel de la mucosa -- para así, evitar el traumatismo de algún tejido salival residual. Las suturas deben permanecer de 4 a 7 días.

Este tipo de lesiones puede recurrir.

CIRUGIA DE LA RANULA.

Se anestesia de manera adecuada, y después se utilizan unas tijeras para tejidos y así eliminar la mucosa suprayacente y el revestimiento de la ránula alrededor de la lesión.

Una vez logrado esto, la sutura se pasa a través de la mucosa bucal y el revestimiento de la lesión anudándolo. La recurrencia de este tipo de quistes es posible.

SIALOLITOMIA TRANSBUCCAL DEL CONDUCTO SUBMAXILAR

Este tipo de cirugía se realiza bajo anestesia local y en posición sentada.

Para ubicar el cálculo se necesita el apoyo radiográfico y manual; si el cálculo es pequeño y liso se pasa una sutura a través del piso de la boca por debajo del conducto y por detrás del sialolito, entonces se liga para impedir el deslizamiento hacia atrás. Se coloca una pinza de campo a través de la punta y a veces es necesario detener la lengua.

Se hace la palpación extraoral de la glándula y se empuja hacia arriba hacia el piso de la boca para fijar los tejidos intraorales bajo tensión y se palpe con mayor facilidad el cálculo.

Al hacer la insición se debe de tener cuidado con dos estructuras:

- 1) El nervio lingual.
- 2) La glándula submaxilar.

Por detrás, el nervio lingual está por arriba y afuera del conducto, así, si el cálculo es posterior, la incisión es poco profunda empleando la disección roma, impidiendo de esta manera el daño del nervio lingual; y si el cálculo es más anterior, debe hacerse una incisión hacia la línea media de la plica sublingualis; para evitar el seccionamiento de la glándula.

Ya que se haya avanzado a través de la mucosa, se emplea -- la disección roma. La incisión y la abertura obtenida de la separación de los tejidos debe ser lo suficientemente grande para permitir la entrada del dedo del examinador.

La disección es continúa a través de los tejidos blandos -- hasta encontrar el conducto, si se encuentra el nervio lingual, -- se debe separar suavemente y nunca hay que cortarlo.

La identificación del conducto se logra mejor en el punto -- en que esta alojado el cálculo, y puede pasarse una sonda en su interior para ayudar a su ubicación.

El conducto no debe cortarse transversalmente porque se corre el riesgo de provocar una retracción o una fístula. La abertura debe tener una longitud suficiente para permitir la extracción del cálculo.

El cálculo se retira por lo general con unas pinzas pequeñas, y una vez retirado el cálculo, puede pasarse una pequeña -- cánula aspirante hacia la glándula para remover : exudado purulento , tapones mucosos o cálculos estrellados; y, luego se pasa una sonda desde la carúncula hasta la abertura original para asegurar la permeabilidad del extremo anterior del conducto.

Los bordes de la herida se suturan solamente a nivel de la mucosa y se realiza la recanalización.

SIALOLITOMIA TRANSBUCCAL DEL CONDUCTO PAROTÍDEO.

Puede ser que el abordaje a las calcificaciones del conducto parotídeo sea más difícil que en las lesiones similares del conducto submaxilar por la peculiaridad anatómica del conducto de la parótida.

Siguiendo un trayecto desde la carúncula, el conducto parotídeo gira hacia afuera y rodea el borde anterior del músculo -- masetero, prosiguiendo hacia atrás hasta unirse a la glándula.

De esta forma solamente es posible un corte directo sobre los cálculos en este conducto, cuando el cálculo está por delante del borde anterior del músculo masetero. Si el conducto se -- divide para seguirlo hacia atrás se daña tanto que se producen estrecheces que llevan a la formación de cálculos.

Por lo tanto, se debe realizar una incisión semilunar que corra desde arriba hacia abajo frente a la carúncula; entonces la carúncula, el colgajo mucoso y el conducto se separan hacia -- adentro y el carrillo hacia afuera, obteniéndose así el libre -- acceso a los sectores más posteriores del conducto siguiendolo -- con disección roma; con este procedimiento también se permite que el conducto sea separado hacia delante de manera que el sialolit -- to se saque por la herida.

Una vez que se ha observado el cálculo, la incisión se hace longitudinalmente en la cara externa del conducto. No es necesaria la sutura del conducto.

RESECCION DE LA GLANDULA SUBMAXILAR.

La resección de la glándula submaxilar es necesaria cuando ha habido daño por estasis e infección crónica.

Es necesario conocer el curso del músculo digástrico ya que la incisión extraoral es paralela a este, el curso se determina palpando la eminencia mastoidea, la cara externa del hueso hioides y la apófisi geni, estas estructuras están unidas por una línea curva.

La incisión se hace de 5 mm a lo largo de la línea curva -- por encima del polo inferior de la glándula y se secciona el --- músculo cutáneo del cuello.

Primero se encontrará la vena facial la cual se liga y se corta.

Por debajo de la aponeurosis se encuentra el nicho submaxilar. Con la disección roma entre la polea del músculo digástrico y la glándula se liberan las porciones anterior e inferior de la glándula; la disección se continúa alrededor del polo posterior, dejando las porciones superior y media de las glándulas -- insertadas.

Es importante considerar las estructuras vitales implicadas como lo es la arteria facial, el nervio lingual y el conducto -- submaxilar.

La arteria facial se puede ubicar por la presencia de los ganglio linfáticos que se encuentran a ambos lados del vaso, y

es aconsejable identificarla y ligarla doblemente por abajo de la glándula y separarla antes de proceder a la disección.

Entonces la glándula puede separarse hacia atrás y desprenderse de sus conexiones ganglionares con el ganglio submaxilar - en este punto se identifica el nervio lingual.

El conducto submaxilar se puede observar pasando por arriba y adelante sobre el techo del nicho submaxilar que se forma por el músculo milohioideo.

El músculo milohioideo se debe separar hacia atrás y se coloca una ligadura por delante de la patología del conducto y se hace una segunda ligadura por detrás de esta, pero aún por delante de la patología y el conducto se secciona entre ambas ligaduras.

Este procedimiento se realiza con el fin de evitar que el material infectado se derrame al interior de la herida. Logrado esto, se reseca la glándula.

El espacio que resulta de la extirpación de la glándula se cierra o se drena.

El cierre se logra con suturas de catgut reabsorvibles -- aproximando las aponeurosis de los músculos digástrico, estilohioideo, hiogloso y milohioideo.

Se utiliza una segunda capa de suturas para cerrar la aponeurosis profunda y el músculo cutáneo del cuello, y una tercera capa de suturas subcutáneas para el cierre de la piel.

Se utiliza un apósito que cubra la herida a presión, y el dren se emerge de la herida en el punto más declive. El dren se retira al cabo de 24 a 48 horas si es que no existe supuración.

A los 4 días se retiran la mitad de las suturas y el resto - al séptimo día.

El puente de sosten se retira dos semanas después.

RESECCION DE LA GLANDULA PAROTIDA

No se considera dentro del campo del cirujano bucal, debido a las circunstancias locales, sin embargo, es necesario tener conocimiento de los problemas involucrados.

Esta operación se debe realizar en los casos estrechamente - indicados por los riesgos que se corren de dañar al nervio facial. Se puede conservar el nervio facial disecándolo cuidadosamente o extirpando la glándula en forma parcial.

Si existe una lesión maligna se le deba extirpar sin consideración por la posible deformidad resultante.

La incisión corre desde la inserción superior del pabellón - de la oreja, gira hacia adelante en el ángulo de la mandíbula y - se detiene en el hueso hioides.

Otra incisión se hace por detrás del pabellón de la oreja, - se une a la primera en su margen inferior, se separa la oreja del campo operatorio, y se hace un colgajo cutáneo sobre el carrillo-

del lado de la incisión.

Para ubicar el nervio facial se necesita:

1) Hallar la porción periférica donde emerge del borde anterior de la glándula y disecándolo hacia atrás.

2) Disecando directamente hasta la cara posterior de la glándula e identificando el tronco principal entre su entrada en la sustancia glandular y el agujero estilomastoideo.

Al identificar el nervio, se sigue el curso de su tronco y se libera el lóbulo superficial de sus inserciones, se liga el conducto y se corta.

Después de liberar el lóbulo superficial de la glándula, puede abordarse el lóbulo profundo. Se debe proteger la arteria-carótida externa y la vena retromandibular durante la operación, ya que la hemorragia de esta vena es muy difícil de controlar.

También hay que tener cuidado de no incidir el conducto auditivo durante la separación de la glándula .

El espacio muerto se cierra con sutura después de la resección de la glándula. Es necesario drenar la herida, si es que se reseca una porción de la glándula y se espera la acumulación de saliva.

CAPITULO V

"COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES"

Trataré las complicaciones más comunes.

ESTENOSIS DUCTAL.

La estenosis puede presentarse después de una biopsia quirúrgica, cerca de los conductos submandibular o parotídeo o sus orificios.

También se presenta después de incisiones transversales a través de las paredes de los conductos.

Los síntomas de la estenosis ductal son los mismos que los de una glándula con obstrucción.

TRATAMIENTO.- Cuando una estenosis es ligera y es consecuencia de una herida cicatrizada o un inflamación de deben de administrar sialogogos.

Quando la estenosis se encuentra cerca del orificio del conducto se trata con reparación quirúrgica del orificio ductal. aquí, el conducto se aísla en sentido proximal a la estenosis y el extremo distal de la parte proximal se reinserta a un nuevo orificio creado quirúrgicamente.

Si la estenosis ductal se encuentra cerca de la glándula se requiere la eliminación de la misma.

La estenosis del conducto parotídeo se trata mediante dilatación mecánica del conducto varias veces al día, durante un periodo de dos semanas.

FISTULAS:

La fistula es una trayecto anormal a través del cual la saliva sale a la superficie cutánea o mucosa. también pueden ser de origen congénito, pueden resultar por ulceración provocada -- por cálculo ductales o por cirugía sobre la glándula o el con -- ducto propiamente dicho.

Las fistulas externas son tractos de drenaje hacia la su--- perficie cutánea. Se pueden acompañar de inflamación.

Las fistulas internas debido a que descargan la saliva hacia la cavidad bucal, por lo general son asintomáticas y el tratamiento rara vez es necesario.

TRATAMIENTO.- Reparación quirúrgica, ligadura ductal o escisión-quirúrgica.

SINDROME DE REY (TRANSPIRACION GUSTATIVA)

Este síndrome consiste de transpiración profusa o ligera, -- sobre la distribución cutánea del nervio auriculotemporal des--- pués de un estímulo de la secreción salival, aparece en el pri--- mer año después de la cirugía .

Se presenta debido a la cicatrización entre las ramas se--- cretorias del nervio auriculotemporal proximal a las fibras dis--- talbes seccionadas que controlan el sudor y las vías vasodilata--- doras.

TRATAMIENTO.- Sección intracraneal del nervio glossofaríngeo pero generalmente se deja al paciente sin tratamiento.

PARESIA DEL NERVIO FACIAL.

Se presenta después de un procedimiento quirúrgico, paresia temporal o permanente del nervio facial.

La paresia temporal probablemente se deba a una disminución de la conductividad secundaria a la estimulación durante la ci--- rugía y al edema proostoperatorio.

La parálisis del nervio facial permanente produce transtor--- nos serios, el tratamiento es necesario y muy complejo.

CONCLUSION

Debido al desarrollo de éste trabajo de tesis fue posible - hacer notar la importancia que tiene la patología oral en el --- desenvolvimiento del campo profesional.

Uno de los propósitos de la cirugía bucal es el diagnóstico y tratamiento de las glándulas salivales.

Es de suma importancia conocer debidamente la anatomía de - las glándulas salivales y de las estructuras que las rodean, así como es necesaria la historia clínica y las radiografías de -- diagnóstico.

Para tener éxito en el tipo de tratamiento que se va a se- guir es fundamental un buen diagnóstico.

Es muy importante para el cirujano dentista saber distin -- guir cada una de las enfermedades de las glándulas salivales -- ya que se pueden encontrar en la práctica diaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Tratado de Patología Bucal
W.G. Shafer B.M. Levy
Editorial Interamericana 1986
- 2) Patología Oral
Thoma
Robert J. Gorlin
Salvat Editores 1986
- 3) Synopsis Of Oral Pathology
S.N. BHASKAR
The C.V. Musby Company 1986
- 4) Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Editorial Buenos Aires 1986
- 5) Tratado de Cirugía Bucal Práctica
Daniel E. Waite
Ed. Continental S.A. de C.V. México 1988
- 6) Cirugía Bucomaxilofacial
Gustavo O. Kruger
Editorial Panamericana 1988
- 7) Principios de Cirugía
David C. Sabiston
Interamericana MC Graw-Hill 1988
- 8) Medicina Bucal
Dr. Lester W. Burket
Editorial Interamericana. Décima edición.
- 9) Patología Bucal
S.N. Bhaskar
Ed. El Ateneo Buenos Aires. Sexta edición.

10) **Patología Bucal**
Eversole
Editorial Panamericana

1985