



56  
2oj.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PATOLOGIAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES  
TANTO EN PACIENTES ADULTOS COMO  
EN INFANTILES

*26/30  
Falta 17 de agosto 1992*

**T E S I S**

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



MEXICO, D. F.

1992

**TESIS CON  
FALLA DE CUBRIM**



## **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

Introducción . . . . .	1
Patologías de glándulas salivales . . . . .	2
CAPITULO I	
Desarrollo de las glándulas salivales . . . . .	5
Clasificación de las glándulas salivales . . . . .	7
Mucosas, serosas, mixtas . . . . .	8
Definición de saliva . . . . .	11
CAPITULO II	
Lesiones de las glándulas salivales . . . . .	13
-Sialoquímica . . . . .	13
-Sialolitiasis . . . . .	17
-Sialodenitis . . . . .	19
CAPITULO III	
Tumores de las glándulas salivales BENIGNOS . . . . .	23
-Adenoma Pleomorfo o Tumor Mixto . . . . .	26
-Adenolinfoma o Tumor de Warthin . . . . .	29
-Adenoma Oxifilítico u Oncocitoma . . . . .	31
Tumores de las glándulas salivales MALIGNOS . . . . .	32
-Tumor Mucoepidermoide . . . . .	34
-Carcinoma Adenoide Quístico . . . . .	36
-Carcinoma de Células Acinares . . . . .	38

## CAPITULO IV

Otras alteraciones . . . . .	40
-Xerostomía . . . . .	40
-Enfermedad linfoepitelial . . . . .	42
-Síndrome de Sjögren . . . . .	43
-Radiación . . . . .	46
-Hiperplasia de glándulas palatinas . . . . .	47
-Atresia . . . . .	48
-Parotiditis . . . . .	49
-Mucocele . . . . .	51
-Ránula . . . . .	55
CONCLUSIONES . . . . .	57
BIBLIOGRAFIA . . . . .	58

## I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo esta hecho no con el fin de lograr una obra profesional, sino con el deseo de investigar e interpretar en su contenido lo más fielmente posible, la importancia del estudio de las afecciones de las glándulas salivales. El propósito básico es de reafirmar los conocimientos que permitan adoptar un criterio propio para el tratamiento de pacientes con problemas similares. Ha sido preparado con entusiasmo y bases bibliográficas con el fin de reforzar y complementar los principios adquiridos a lo largo de la carrera, para así poder brindar el mejor servicio tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Una de mis principales metas es hacer notar el papel tan importante que representa el estudio de estos problemas de salud y la trascendencia que para el paciente significa el alivio de estos dolores y con ello la tranquilidad para el cirujano dentista, el resolver acertadamente toda situación semejante.

Constituyen estas páginas un esfuerzo, que creo puede servir para orientar la preparación de trabajos académicos o que pudiera ser de ayuda para preparar algún reporte de asignatura o simplemente un documento sencillo de consulta.

## PATOLOGIAS DE GLANDULAS SALIVALES

El dolor que afecta la mucosa y las glándulas salivales generalmente es de naturaleza firme y su relación con alguna entidad patológica por lo regular es evidente. Debe considerarse la posibilidad de una lesión artificial o inconciente. "Casi todo el dolor que afecta al sistema salival se asocia con la presión ". (1)

El dolor es un tema difícil de tratar debido a que significa algo diferente en cada persona. Lo importante es recordar que el dolor es un síntoma y no una enfermedad, en algunas ocasiones es la única característica subjetiva u objetiva alrededor de la cual el paciente y el clínico pueden comunicarse.

Muchas condiciones en las que el dolor es un síntoma parecen ser molestas. El diagnóstico de la causa de tal dolor por lo general conduce a una consideración cuidadosa, ya que para algunos dolores no se puede encontrar una causa determinante.

"Es importante recordar que un área dolorosa accesible está sujeta a la manipulación por el paciente, lo cual en ocasiones produce lesiones artificiales. En forma secundaria, la infección subsecuente que invade un área previamente afectada es una causa frecuente de dolor, y a menudo enmascara el cuadro original". (1)

## DOLOR DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Las glándulas salivales pueden estar implicadas en cierto número de condiciones que producen dolor, siendo la más prominente la infección.

La infección puede tener diferentes causas; la obstrucción es la más importante; la obstrucción puede ser el resultado de un cálculo o de un sialolito, mucosa espesa o residuos celulares no clasificados, una tumefacción de la Rácula adyacente al conducto, o una estrechez. La infección frecuentemente sobreviene después de cualquiera de estas obstrucciones, y por lo general siempre va acompañada de dolor y síntomas de presión, así como los demás síntomas fundamentales de la infección.

La obstrucción produce dolor, resultante de la dilatación de estructuras y tensión de tejidos que las rodean, las glándulas salivales, por sí mismas no son particularmente sensibles, y no tienen la capacidad de contraerse.

La infección se presenta con la invasión retrograda del sistema glandular por bacterias extrañas. Esto generalmente ocurre en personas de edad avanzada, posterior a una enfermedad larga y debilitante con un curso febril, o después de un procedimiento quirúrgico, en los antisialogogos se han utilizado como premedicación. Frecuentemente hay daño en la estructura de los conductos, así como fibrosis y cicatriza

ción de la glándula, de manera que las infecciones tienden a ser recurrentes.

Las infecciones virales afectan a las glándulas salivales en forma de paperas, fiebre uveoparotídea y otras entidades virales adenotróficas.



## CAPITULO I

### DESARROLLO DE LAS GLANDULAS SALIVALES

"Embriológicamente se desarrollan a partir de la cuarta semana de vida intrauterina con la formación de un brote epitelial que penetra a tejido mesenquimatoso para formar los conductos (interciliar, estriado y excretor) y hasta el cuarto mes de vida intrauterina se diferencian totalmente las unidades funcionales o acini, que son las que producen el moco". (4)

El parénquima de la glándula parótida se desarrolla del ectodermo del estomodeo, el de las glándulas submandibular y sublingual se forma a partir del endodermo del piso de la boca. Las glándulas que se originan en la parte anterior de la membrana bucofaríngea surgen del ectodermo.

Las que se forman por detrás de la membrana son de origen endodérmico.

Se presume que todas las glándulas accesorias (menores) se forman a partir del ectodermo y las principales (mayores, excepto las parotídeas), se forman a partir del endodermo.

El patrón de desarrollo de las glándulas salivales es idéntico, independientemente de la capa germinativa de origen. Cada una empieza como una sólida prolongación de epitelio hacia abajo, hacia el mesénquima, a medida que el cordón del epitelio se alarga penetrando más profundamente en

el tejido conectivo, los extremos empiezan a ramificarse re  
petidamente.

Cuando termina esta ramificación los extremos forman pe  
queñas masas celulares de forma esférica llamadas acinos o  
alveolos. Estos sintetizan la secreción salival y las ra-  
mas, que se vuelven tubos huecos o conductos, drenan los aci  
nos.

Los componentes de los conductos se forman en el tercer  
mes y se ahuecan en el sexto mes. La agrupación de los aci  
nos y sus conductos correspondientes en lobulillos ocurre en  
el sexto mes. Pero las secreciones salivales se producen  
después del nacimiento, el desarrollo de las glándulas sali  
vales accesorias toman lugar en el tercer mes y es por lo  
tanto posterior al de las glándulas principales, (parótida,  
cuarta y sexta semana; submaxilar sexta semana; y sublin-  
gual octava semana).

## CLASIFICACION DE LAS GLANDULAS SALIVALES

"Las glándulas salivales forman tres estructuras pares, SUBLINGUALES, SUBMAXILARES, PAROTIDAS, con algunos restos ectópicos menores de tejido salival en diferentes localizaciones de la orofaringe.

Estas glándulas salivales menores, son pequeños acúmulos de tejido glandular situados en la mucosa de mejilla, lengua, paladar, suelo de la boca, faringe, labio y senos paranasales. En cualquiera de estas localizaciones puede aparecer un tumor de glándula salival". (9)

"Las glándulas del cuerpo se clasifican en exocrinas y endocrinas. El sufijo crina, que aparece en ambos términos proviene del Krino, que significa yo separo, en el caso de las glándulas, equivale a secreto, así pues las glándulas exocrinas son las que secretan "hacia afuera del cuerpo".(4)

Las endocrinas, las que secretan hacia el interior, ambos tipos de glándulas están incluidas en tejido conectivo, en consecuencia para poder secretar hacia afuera, tienen que estar provistas de conductos o tubos que reúnan la secreción formada por las células secretorias de las glándulas y la lleven hasta la superficie donde puede ser eliminada.

Esta clasificación sólo es aplicable a unas cuantas -- glándulas exocrinas, se utiliza particularmente para las glándulas salivales, cuyos conductos se abren en la cavidad

bucal y en ella vacían la saliva.

Dicha clasificación se basa en el carácter de la secreción de la glándula. La palabra seroso significa como suero, líquido claro y acuoso; las glándulas con secreción de este tipo (que contiene enzimas) se denominan glándulas serosas.

El moco es un líquido algo más viscoso, las glándulas - que secretan glucoproteínas, que al mezclarse con agua constituyen el moco, se denominan glándulas mucosas. Toda glándula que produce una mezcla de líquido seroso y líquido mucoso se denomina glándula mixta.

"Hay muchas glándulas que liberan su secreción dentro de la cavidad bucal, de manera que todas son glándulas salivales pero la mayor parte son pequeñas; por lo tanto, el término glándula salival suele utilizarse para indicar las tres mayores; Parótida, Submaxilar y Sublingual". (4)

**PAROTIDAS** : Se trata del par de glándulas mayores, cada parótida se halla incluida en el espacio que queda entre la apófisis mastoides y la rama ascendente del maxilar inferior se extiende por la cara, debajo del arco cigomático y desde este extremo de la glándula en su conducto (de Stensen) sigue paralelamente el arco cigomático y por debajo de él, a traviesa el músculo buccinador y se abre en el vestíbulo de la boca a nivel del segundo molar superior.

La glándula esta encerrada en una cápsula bien definida de tejido conectivo fibroso; se trata de una glándula tuboalveolar compuesta de tipo seroso, las parótidas se distinguen por la presencia de varios conductos intralobulares, así como de acúmulos de células grasosas.

**SUBMAXILARES** : Situadas contra la cara interna del cuerpo del maxilar inferior y su conducto principal (de Wharton) se abre en el suelo de la cavidad bucal, casi juntos los de uno y otro lado, delante de la lengua y detrás de los incisivos inferiores.

Se trata de glándulas tubuloalveolares compuestas y aun que son de tipo mixto, la mayor parte de sus unidades secretoras son de la variedad serosa. Como la parótida, las glándulas submaxilares poseen también una cápsula bien definida y sistemas de conductos muy manifiestos.

**SUBLINGUALES :** A diferencia de las demás glándulas salivales éstas no están totalmente encapsuladas. Se hallan situadas bastante adelante, cerca de la línea media, por debajo de la mucosa del suelo de la boca; sus secreciones se evacúan por varios conductos (de Rivinus) que se abren en hileras detrás de las aberturas de los conductos de Wharton.

También son glándulas tuboalveolares compuestas de tipo mixto; se diferencian de las submaxilares en que la mayor parte de sus alveolos son de tipo mucoso.

## DEFINICION DE SALIVA

La secreción mezclada de todas las glándulas salivales recibe el nombre de saliva. Es líquida y contiene restos celulares, bacterias y leucocitos.

Esta puede ser de consistencia muy líquida o viscosa su composición varía según el estímulo que inicia la secreción, contiene sales, gases y material orgánico. Entre estos últimos se hallan dos enzimas la ptialina ( o amilasa salival y maltasa) y mucina.

Entre las funciones de la saliva podemos encontrar las siguientes;

- Lubricar y humedecer la mucosa bucal y labios con lo cual facilita la articulación, esta función es continua ya que la saliva se evapora y es deglutida, probablemente la función principal de las glándulas bucales sea proporcionar constantemente saliva para este fin.

- Permite que la boca quede limpia de restos celulares y alimenticios que de lo contrario constituirían un excelente medio de cultivo para las bacterias

- Humedece el alimento y lo transforma en una masa líquida o semisólida para que pueda tragarse fácilmente.

Además al humedecer el alimento permite que se perciba su sabor los corpúsculos del gusto son excitados químicamente y

las sustancias que los han de estimular tienen que hallarse en solución.

- El papel digestivo de las enzimas salivales es útil ya que cuando los alimentos están en boca, comienza parte de la digestión, la intensidad de la secreción salival ayuda in directamente a mantener el equilibrio hídrico en el cuerpo, si se ha perdido demasiado líquido, los líquidos corporales; incluyendo las glándulas salivales, se deshidratan; y como consecuencia disminuye la secreción, se seca la mucosa de la boca y esto a su vez despierta sensación de sed.

- Control nervioso de la secreción salival, esta controlada por reflejos nerviosos. Las fibras aferentes o secretorias de las glándulas provienen de la porción craneal del parasimpático y la porción torácica del simpático, hay varias vías aferentes que pueden intervenir en los reflejos salivales. El estímulo que desencadena la secreción es mecánico o químico, por ejemplo; la presencia de alimentos (incluso de piedrecitas o polvos secos en la boca), estimula la terminación sensitiva sensorial provocando secreción de saliva, esto es posible gracias a las yemas gustativas que son sensibles a la secreción de saliva.

La estimulación de diversos nervios sensitivos que no estan en la cavidad bucal pueden iniciar el reflejo salival siempre que este haya sido condicionado. La cantidad y composición de saliva dependen de la naturaleza del estímulo que rige el reflejo.



## CAPITULO II

### LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

"Cuando un paciente, tiene un crecimiento aparente de una o más glándulas salivales, deben considerarse ciertos aspectos de diagnóstico diferencial. Las situaciones que pueden confundirse con el crecimiento de las glándulas salivales, estas situaciones deben considerarse junto con las enfermedades tales como sialadenitis, sialolitiasis, sialadenosis, neoplasias y similares". (8)

Existen diversos procedimientos de laboratorio que pueden ser de utilidad en el diagnóstico de enfermedades de las glándulas que pueden parecerse entre sí.

**SIALOQUIMICA :** Es el estudio de los componentes salivales, la sialoquímica se utiliza para investigar enfermedades de las glándulas salivales, enfermedades sistémicas que involucran las glándulas y para monitorear el progreso de las glándulas salivales ya afectadas.

Exámenes químicos salivales (saliva pura, saliva mixta) tanto los componentes orgánicos como inorgánicos salivales, pueden ser determinados en forma cuantitativa, como sucede en la química sanguínea para los compuestos hematológicos.

Clínicamente la sialoquímica no ha sido utilizada en forma tan amplia como sucede en los experimentos, sin embar-

go, existen evidencias propuestas de aplicaciones clínicas para el diagnóstico de algunas enfermedades, determinación de la susceptibilidad al daño, como en caries y enfermedad periodontal, y para el control de la recuperación glandular en casos de terapéutica radiactiva. El material a utilizar es colectado de manera directa de la glándula (saliva pura) o de la boca por absorción colectada en tubos de ensayo. La saliva pura ofrece mejores posibilidades de análisis, pues no se contamina con productos de otras glándulas, bucales periodontales, microbianos o ambos. "Los estados de reposo o estimulación deben ser considerados al hacer uso de la sialoquímica, pues está comprobado que ellos cambian la composición salival". (10)

**BIOMETRIA HEMATICA :** Química sanguínea e inmuoquímica en algunos padecimientos xerostómicos se puede observar relación con enfermedades generales, lo que indica exámenes con fines diagnósticos, que reporten datos como número de linfocitos, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, sedimentación globular, cantidad y tipo de inmunoglobulinas. Se puede buscar glucosa en sangre en xerostomías e hiposalivaciones diabéticas, en ocasiones más específicas se requiere manejar inmunolectroforesis sérica y urinaria, así como antígenos de histocompatibilidad y anticuerpos autoinmunitarios.

**BIOPSIA :** Sobre todo cuando se sospeche de síndrome de Sjögren y cuando exista atrofia glandular secundaria, las biopsias de glándulas salivales tomadas de la zona labial - son excelentes como ayuda diagnóstica; en el caso de Síndrome de Sjögren se observa destrucción glandular por infiltrado linfocitario y en el segundo desaparición glandular con - sustitución grasa o fibrosa. Las biopsias por aspiración no son tan útiles en el diagnóstico de condiciones hiposalivantes o xerostómicas, como para patología infecciosa, quística o tumoral glandular.

**SIALOGRAFIA :** Es un método radiográfico en que se usa un medio de contraste para ofrecer, sobre todo, información anatómica sobre los conductos primarios y secundarios de las glándulas mayores. Es un procedimiento que ha caído en desuso, ya que existen otros métodos más simples para identificar los mismos procesos patológicos; otro aspecto desfavorable del uso de la sialografía es que puede ser dolorosa, dañina, difícil de ejecutar, invasiva y provee información limitada, definitivamente es sólo un auxiliar.

**CENTELLEOGRAFIA :** Es un análisis funcional de la captación y desecho de un material radiactivo denominado pertenetato de tecnecio, que emite radiaciones gamma, las que son captadas por una cámara sensible a esta emisión. Las imágenes de diferentes tiempos son fijadas en material fotográfico visible al negatoscopio. En las glándulas salivales ma-

yores se analizan dos ases funcionales, la primera de captación del material o fase vascular y la segunda de excreción o secretoria, se mide la capacidad de captación y la velocidad de vaciado para inferir diagnóstico.

**EXAMEN FISICO :** El examen físico de las glándulas salivales, este aspecto incluye tres posibles procedimientos:

La palpación sólo es posible en glándulas mayores y en aquellas menores ubicadas en los labios; ésta siempre debe ejecutarse bimanual o bidigitalmente y tratar de identificar aspectos como son consistencia, aumento de volumen y fijación a los tejidos vecinos; los apoyos son una intraoral y el otro extraoral.

La inspección la observación delata, sobre todo, problemas extraorales algunas enfermedades como síndrome de Sjögren y sialosis alcohólica y diabética presentan aumentos de volumen detectables por la observación y palpación.

La ordeña salival se realiza secando la salida de la glándula parótida seguida de un masaje extraoral sobre la región retromandibular por unos segundos y corriendo seguidamente la mano sobre el conducto de Stensen, también extraoralmente; en pacientes no afectados se verá salir una gota de saliva.

Para la glándula submandibular, se seca y mantiene aislado el piso bucal frente a las salidas de las glándulas, masajando y oprimiendo de atrás hacia adelante la distribución

de los conductos de manera bilateral, la aplicación de gotas de saliva o la recuperación del brillo de la mucosa, indican producción salival adecuada.

Las glándulas menores también pueden ser estimuladas para valorar su capacidad funcional, usualmente se hace colocando limón o ácido cítrico al 2% sobre la lengua o bajo su gestión, pidiendo al paciente que imagine tener alimento ácido en la boca como limón, jitomate o piña. El labio inferior puede ser masajeadado, previo secado de la zona por examinar, se observa múltiple aparición de gotitas de saliva que corresponden a los orificios de desembocadura de las glándulas menores.

"En el caso de hiposalivación se vera de cualquier origen en lugar de gotas salivales se observa cómo se hacen patentes dichos orificios, como si sufrieran un proceso de erección". (10)

Cuando ha habido destrucción avanzada de las glándulas salivales menores, como en síndrome de Sjögren o fibrosis farmacológica secundaria, no se observa cambio alguno sobre la superficie de la mucosa labial, quizá sólo se sientan por palpación, nódulos submucosos.

**SIALOLITIASIS :** Cálculo del conducto salival.

"La sialolitiasis es la presencia de concreciones calcáreas dentro de los conductos o glándulas salivales, por lo regular se presentan como pequeñas masas o nódulos solitarios firmes que se mueven con libertad, y que pueden ser sin

tomáticos o no". (7)

Se forman por depósitos de sales de calcio alrededor de un nido central y puede consistir en células epiteliales des camadas, bacterias, cuerpos extraños o productos de la des composición bacteriana.

Químicamente los cálculos están formados principalmen - te de carbonato y fosfato cálcicos; por lo tanto, se ven fá - cilmente con rayos X, estos cálculos obstructivos causan dol - or intermitente en las glándulas afectadas.

Su aspecto clínico: Los pacientes con sialolitiasis que afecta un conducto de la glándula salival principal se queja de tener dolor moderadamente severo, en particular an - tes, durante y después de las comidas, debido a la estimula - ción psíquica del flujo salival, asociado con la infección misma la oclusión del conducto impide el paso libre de sali - va y este estancamiento o acumulación de saliva bajo presión produce dolor e hinchazón, en algunas ocasiones ésta es difu - sa y simula una celulitis. A veces el cálculo no presenta síntomas notables y la única prueba puede ser la de una masa firme que se palpa en el conducto o la glándula, en los ca - sos más severos se encuentran grandes cantidades de peque - ñas piedritas que ocluyen por completo los conductos.

La sialolitiasis se puede presentar a cualquier edad pe - ro es más común en adultos de edad media.

"Se cree que la afección de las glándulas y el conducto submaxilar se debe a la adhesividad que tiene la saliva, la cual debido a su alto contenido en mucina, se adhiere a cual

quier partícula extraña". (7)

Se producen cálculos en los grandes conductos excretorios de las glándulas submaxilar, sublingual y parótida, así como en las raíces menores de los mismos donde quedan incluidos en tejido salival, varían de volumen, desde varios milímetros hasta pequeños gránulos. El conducto submaxilar es el asiento más frecuente de cálculos salivales; a este nivel son diez veces más frecuentes que en conducto parotídeo.

"Cuando son de volumen moderado, pueden palpase fácilmente, en el suelo de la boca o, a través de la mucosa bucal en la región del conducto parotídeo. Todos los cálculos salivales deben extirparse, porque la obstrucción del conducto acaba causando cambios inflamatorios en la glándula bloqueada, que terminan en absesos, fibrosis crónica o fístula".(9)

**SIALADENITIS** : "La inflamación de las glándulas salivales o sialadenitis puede ser aguda o crónica. Es debida a la infección viral, bacteriana o por otras causas específicas". (8)

**Sialadenitis aguda bacteriana:**

**Síntomas** - Esta condición en general aparece como una inflamación dolorosa de la glándula acompañada con una disminución de la función, puede haber febrícula, malestar general y dolor de cabeza. La piel se encuentra rojiza debido al edema glandular puede ser evidente de manera espontánea o por presión digital.

**Etiología** - Los microorganismos involucrados representan un alto índice de la flora bucal normal como son el estafilococo aureus, estafilococo piogenes, el estreptococo viridans y pneumococo. Las infecciones que comprenden formas bacterianas mixtas al parecer ascienden a la glándula desde la cavidad bucal; las infecciones por formas celulares específicas más comunmente proceden de vía sanguínea.

**Auxiliares de diagnóstico** - La historia clínica relatada por el paciente y un estado febril señalan la naturaleza aguda del problema. La biometría hemática puede mostrar leucocitos, el cultivo bacteriano de la descarga purulenta puede ayudar a determinar el tipo bacteriano y la sensibilidad a los antibióticos. La placa radiográfica simple no tiene valor sólo cuando una infección de la glándula salival submandibular debe diferenciarse de una infección cuyo origen es dentario.

**Tratamiento** - El plan terapéutico incluye reposo anti-bioticoterapia si fuera necesario drenaje quirúrgico, después de que ha pasado la fase aguda el conducto salival puede ser dilatado con exploradores del conducto salival para facilitar el drenaje, se debe instituir un lavado salival utilizando sialogogos bucales como el ácido cítrico o extracto de limón, a lo largo del tratamiento, el estado de hidratación debe mantenerse.

**Pronóstico** - Una vez que esta infección se ha presenta-



do tiende a recurrir, frecuentemente esta recurrencia adquiere la forma de una enfermedad subaguda o crónica.

#### **Sialadenitis bacteriana crónica:**

**Síntomas** - Son similares a los de la forma aguda; el grado de severidad puede ser menor, el flujo salival puede estar disminuido y observarse una secreción purulenta en el orificio del conducto, generalmente no hay eritema de piel.

**Etiología** - Los agentes etiológicos son similares a los que provocan la sialadenitis bacteriana. Esta condición es exclusivamente una complicación de una obstrucción en el conducto de la glándula submandibular, esta obstrucción provoca una dilatación en éste y éstasis salival seguida de atrofia glandular y fibrosis. La glándula adquiere una consistencia firme y dura, las bacterias se desplazan en forma retrógrada dentro del conducto, se reproducen y forman abscesos, probablemente la disminución de la secreción es un factor predisponente importante.

**Auxiliares de diagnóstico** - Al igual que en la sialadenitis bacteriana aguda, la historia clínica es importante el paciente puede referir un episodio previo de sialadenitis aguda o dolor glandular o inflamación relacionada con los alimentos. El cultivo bacteriano de material purulento en la glándula ayuda en el diagnóstico, la radiografía simple puede mostrar una obstrucción del conducto calcificado.

La sialografía puede mostrar una imagen de "árbol poda-

do" con falta de llenado acinar (probablemente debido a edema acinar). En un problema de larga duración puede observarse dilatación o un punteado en la periferia de los conductos la sialografía puede ayudar a determinar el estado del tejido glandular proximal a una obstrucción, lo que determinará el tratamiento óptimo, el diagnóstico de sialadenitis crónica severa puede hacerse con un sialograma, inflamaciones menos severas son difíciles de reconocer radiográficamente.

**Tratamiento** - El tratamiento es conservador consiste en la eliminación de la obstrucción, dilatación conductual anti bioticoterapia y sialografía terapéutica, pueden causar el menos una cura temporal. La recurrencia es común y la eliminación quirúrgica de las glándulas a menudo es necesaria.

## CAPITULO III

### TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES

"Los crecimientos benignos y malignos se incluyen bajo el nombre genérico de "neoplasia" que significa "neoformación", sin embargo, "neoformación" no define adecuadamente una neoplasia". (6)

"La neoplasia a menudo se denomina tumor, y el estudio de los tumores se llama oncología. (oncos-Tumor; logos- estudio de). En sentido estricto, tumor es sencillamente tumefacción, que pudiera ser producida, entre otras cosas, por edema o hemorragia en un tejido. Sin embargo, por antecedentes históricos dilatados, la palabra tumor ha llegado a aplicarse casi exclusivamente a masas neoplásicas que, claro está, pueden causar tumefacción cuando están en la superficie corporal, prácticamente ha dejado de utilizarse la palabra - tumor en sentido no neoplásico". (6)

Lo importante en la clasificación de neoplasias benignas y malignas, se funda patentemente en un juicio sobre su conducta clínica potencial.

Se dice que un tumor es benigno cuando los caracteres citológicos y macroscópicos se consideran comparativamente-inocuos, lo cual significa que seguirá localizado, no puede propagarse en otros sitios y, en consecuencia, suele ser susceptible de extirpación quirúrgica local y permite la super

vivencia del enfermo.

La mayor parte de los tumores benignos se clasifican según la histogénesis, se designan agregando el sufijo " oma " al tipo celular del cual proviene el tumor. Dado que los tumores benignos suelen consistir en células que guardan íntima semejanza con la célula y el tejido de origen, este sistema "suele ser fácilmente aplicable" y satisfactorio.

Sin embargo no todos los tumores benignos de origen epitelial se prestan a esta clasificación sencilla, pues no hay nombres específicos suficientes para la gran variedad de epitelios de la economía, ya que muchos órganos o sitios tienen epitelios semejantes; por ejemplo hay células cilíndricas - que revisten los conductos de todas las glándulas del cuerpo en consecuencia, entre las neoplasias epiteliales benignas - algunas se clasifican fundándose en el cuadro macroscópico , las hay que se clasifican según las células de origen.

"Adenoma es el nombre aplicado a la neoplasia epitelial benigna que produce un cuadro glandular, al igual que a las neoplasias que provienen de glándulas pero no reproducen obligadamente cuadros glandulares". (6)

Los tumores malignos se llaman en conjunto cánceres, la nomenclatura de los tumores malignos sigue, en esencia la aplicación a los tumores benignos, pero con otro sufijo.

Así tenemos que las neoplasias malignas que nacen en tejidos mesenquimatosos o sus derivados se llaman "sarcomas",

los de tejidos fibrosos son fibrosarcomas, los de linfocitos se llaman linfosarcomas etc. "Las neoplasias malignas originadas en células epiteliales se llaman carcinomas". (6)

Debemos recordar que los epitelios de la economía provienen de las tres capas germinativas; por ejemplo; una neoplasia maligna originada en el epitelio tubular renal (mesodermo) es carcinoma, al igual que los cánceres que nacen en la piel (ectodermo). Pueden precisarse ulteriormente los carcinomas.

Carcinoma de células escamosas o epidermoide denota origen en las células escamosas de cualquiera de los epitelios e scamosos estratificados de la economía y adenocarcinoma -- significa una lesión en la cual las células epiteliales neoplásicas se desarrollan en un cuadro glandular.

La rapidez y la manera de crecimiento, y la capacidad para propagarse, son caracteres que diferencian netamente a las neoplasias benignas de las malignas.

"La clasificación y la nomenclatura son importantes porque representan el lenguaje por el cual se sabe la importancia clínica específica de una neoplasia determinada, sin embargo ni la vida ni la clasificación de los tumores son sencillos". (6)

## TUMORES BENIGNOS

"Una neoplasia benigna permanece localizada en el sitio de origen; carece de capacidad de propagarse a sitios a lejados, como lo hacen los cánceres. Al crecer con lentitud, la mayor parte adquieren una cápsula fibrosa de revestimiento que los sépara del tejido huésped. No todas las neoplasias benignas son encapsuladas, si bien la encapsulación, es la regla en los tumores benignos, la falta de ésta no significa que un tumor sea maligno". (6)

### ADENOMA PLEOMORFO (Tumor Mixto)

Tumores mixtos de glándulas salivales, estos tumores abarcan toda la gama de comportamiento biológico, desde los totalmente benignos hasta las lesiones manifiestamente cancerosas, aún se discute el origen de estas neoplasias, las más frecuentes de las glándulas salivales. Aunque posiblemente provengan de elementos epiteliales y mesenquimatosos, se acepta, en general, que tienen origen exclusivamente epitelial y, en consecuencia, son adenomas pleomórficos.

Los ejemplares más frecuentes de los tumores que se originan en las glándulas salivales se denominan hoy adenomas pleomorfos; son tumores de naturaleza epitelial, porque de tal histología son las glándulas salivales; se desarrollan en las glándulas mayores: Parótida, Submaxilar y Sublingual y se presentan con relativa frecuencia en las glándulas que se encuentran diseminadas en la mucosa del paladar duro y

blando y en otras regiones de la cavidad bucal.

"Los de la cavidad bucal son procesos asintomáticos que constituyen hallazgos clínicos en el examen de la cavidad bucal, cuando han adquirido cierto volumen, los tumores palatinos producen trastornos en la fonética y en la masticación".

(5)

El denominado tumor mixto constituye la neoplasia maligna más frecuente de las glándulas salivales. Su nombre -- proviene de su característica histológica, que demuestra la reunión de elementos epiteliales, mixomatosos y cartilaginosos, sin embargo estudios comparativos demuestran que los tumores mixtos son primariamente de origen epitelial, y los demás elementos provienen de degeneración o metaplasia de las células epiteliales. Los tumores ocurren con igual frecuencia en ambos sexos, y se observan sobre todo en pacientes de 30 a 50 años.

Sus dimensiones varían desde unos pocos milímetros hasta las de unas masas considerables, el crecimiento es típicamente lento; frecuentemente un tumor mixto existe durante muchos años. Aunque el tumor mixto es una neoplasia completamente benigna, es notable por su capacidad de recidivar después de una extirpación inadecuada, esto puede dar origen a una neoplasia maligna, el llamado tumor mixto maligno, este cambio debe sospecharse cuando el paciente se presenta con un tumor que ha estado estacionario o cuyo crecimiento ha si

do lento por mucho tiempo y recientemente ha crecido con rapidez.

**Localización** - Los tumores mixtos de la parótida se hallan localizados típicamente en el tercio inferior de su porción superficial, delante del lóbulo del oído, o por encima de la apófisis mastoides, en ocasiones se observan en la parte superior de la glándula, delante del trago de la oreja, pero raramente están en la periferia de la misma. Los tumores son esféricos u ovals, duros o de consistencia de caucho, no dolorosos, con frecuencia aparecen situados inmediatamente por debajo de la piel y muy movibles, cuando en realidad están fijados dentro del tejido parotídeo.

Los tumores mixtos de la porción profunda de la parótida tienen especial interés. Cuando se hallan a nivel del borde de la porción ascendente del maxilar, empujan la porción superficial hacia afuera, son palpables en el cuello y no pueden distinguirse clínicamente de los tumores de la porción superficial, a veces hacen prominencia en la faringe y se presentan como una masa debajo de la mucosa de la pared faríngea lateral, desarrollándose hacia adentro del paladar blando. Estos "lóbulos profundos" o tumores parotídeos retromandibulares no son palpables en el cuello, y pueden considerarse equivocadamente como neoplasias faríngeas o amígdalas, sin advertir su origen parotídeo.

**Tratamiento y pronóstico** - El tratamiento primario de



los adenomas pleomórficos de la parótida es la extirpación quirúrgica, la extensión local cuidadosa para eliminar lo menos posible hasta el lóbulo total involucrado. La enucleación no se recomienda en estos tumores.

El tratamiento de esta neoplasia en las glándulas submandibular y sublingual es en general la escisión glandular total. Los adenomas pleomórficos de las glándulas salivales menores, por lo general se tratan de manera más conservadora, la eliminación de las neoplasias junto con la porción de tejido vecino normal es la más adecuada.

#### ADENOLINFOMA (Tumor de Warthin, Cistadenoma linfomatoso)

El adenolinfoma es el más común de los adenomas monomórficos:

**Características** - Este tumor se encuentra más frecuentemente en la glándula parótida en una localización superficial de manera especial en el polo inferior. Es el único tumor de las glándulas salivales que a menudo se encuentra de manera bilateral, se estima que su incidencia es de 3 al 30%, puede también originarse de manera multifocal, este tumor se ha reportado en las glándulas sublingual y submandibular y en las glándulas menores de los labios, mucosa bucal, paladar y seno maxilar. Los hombres en la segunda mitad de la vida son más afectados que las mujeres; esto representa una diferencia de otros tumores glandulares salivales que

afectan más frecuentemente a las mujeres.

Los adenolinfomas son por lo general superficiales y rara vez alcanzan un tamaño que exceda tres o cuatro centímetros de diámetro. Son de crecimiento lento, no dolorosos y firmes a la palpación; de manera tal, que pueden ser clínicamente indistinguibles de otras neoplasias salivales benignas.

**Histológicamente** - Tiene un aspecto característico, existen dos componentes principales: epitelial y linfoideo.

El epitelio toma la forma de células columnares o cuboidales, por lo común en dos capas, este epitelio forma proyecciones papilares hacia los espacios quísticos. El componente linfoideo es por lo regular abundante y está compuesto de linfocitos en desarrollo normal y maduros. Los centros germinativos son frecuentes, parece probable que este tumor se origina de residuos del epitelio salival incluido dentro del linfonodo, éstos nodos probablemente quedan atrapados en la parótida debido a la encapsulación tardía de la glándula en el desarrollo, por lo tanto, el componente linfoideo puede representar un elemento pasivo en el proceso neoplásico.

**Tratamiento y pronóstico** - El tratamiento de esta neoplasia consiste en la extirpación quirúrgica el tumor no tiene recurrencia. La escisión puede en general lograrse sin daño a las estructuras adyacentes debido a la localización superficial del tumor, y su pequeño tamaño.

### ADENOMA OXIFILICO (oncocitoma)

Los adenomas de la parótida son muy raros, anatomopatológicamente hay dos tipos, el adenoma de células oxifílicas u oncocitoma, y el adenoma de células acínicas. El primero es completamente benigno, mientras que el último se comporta como un adenocarcinoma. Constituye menos del 1% de las neoplasias de la glándula parótida, es una neoplasia glandular salival rara,

**Características** - Esta neoplasia es un tumor pequeño de crecimiento lento, que en general se presenta en la parótida su presencia en otra localización ha sido escasamente reportada. Son afectadas más frecuentemente las mujeres que los hombres, por este tumor, por lo común en la séptima década de la vida, comunmente aparece como una masa encapsulada, pequeña, móvil libremente y firme. Su nombre de oncocitoma se deriva de la semejanza de las células tumorales con los oncocitos, (los oncocitos son células que normalmente se encuentran dentro de los conductos salivales de las personas ancianas; pueden ser una consecuencia normal del proceso de envejecimiento). Las células del adenoma oxifílico son células granulares, eosinofílicas dispuestas de manera uniforme en hileras, cordones, láminas o siguiendo un patrón alveolar.

**Tratamiento y pronóstico** - La eliminación quirúrgica - completa. El tumor no tiene tendencia a recurrir.

## TUMORES MALIGNOS

" Los cánceres crecen por infiltración progresiva, invasión, destrucción y penetración de los tejidos adyacentes, no adquieren cápsula. Los cánceres tienen la capacidad de diseminarse a sitios alejados o por las cavidades corporales estas siembras tumorales en tejidos y órganos alejados se le llama metástasis. Las metástasis identifican inequívocamente una neoplasia como maligna, pues los tumores benignos carecen de esta capacidad. Las neoplasias malignas se diseminan por cualquiera de estos mecanismos: siembra en las cavidades corporales, trasplante directo, vía linfática, transporte por vasos sanguíneos ".

### ADENOMA PLEOMORFO ( Tumor Mixto )

El tumor mixto maligno es una neoplasia mal conocida , debido a que no se tienen criterios precisos para establecer un diagnóstico de esta neoplasia, su frecuencia en los trabajos reportados varía considerablemente. Se sugiere de manera aproximada que comprenda del 3 al 5% de todos los tumores glandulares salivales, y el 7 al 20% de los tumores salivales malignos.

Hay alguna duda sobre si estos tumores representan originalmente neoplasias benignas que sufren transformaciones hacia los tipos malignos o si son malignos desde un principio.

Características - Las diferencias clínicas entre los

adenomas pleomórficos son ligeras, puede haber fijación del tumor malignos a las estructuras cutáneas suprayacentes o mu cosas infrayacentes. La ulceración superficial y el dolor pueden ser una queja más frecuente en las lesiones malignas que en las benignas. La mayoría de estas neoplasias se encuentran en la parótida; algunas veces se presentan en las glándulas salivales, submandibulares o menores, generalmente estos tumores se han encontrado en hombres entre 40 y 50 años de edad.

Las variaciones histológicas de este tumor son numerosas, en algunos tumores, los componentes benignos pueden pre dominar con sólo una pequeña zona que demuestra evidencia de malignidad (hipercromatismo nuclear, pleomorfismo, mitosis normal y aumento del índice núcleo-citoplasma, necrosis focal e invasión con destrucción de tejidos normales). En otros tumores, el componente maligno puede cubrir por completo las zonas benignas.

Los criterios microscópicos para el adenoma pleomórfico maligno son esencialmente aquellos que se utilizan en el diagnóstico del adenoma pleomórfico benigno, además de la identificación plena de las regiones tumorales malignas.

**Tratamiento y pronóstico** - El tratamiento del adenoma pleomórfico maligno es la extirpación quirúrgica; estas neoplasias presentan un alto grado de recurrencia así como compromiso de los linfonodos regionales y metástasis a distan-

cia.

#### TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE

El carcinoma mucoepidermoide originalmente se consideró una variante del adenoma pleomórfico, actualmente se considera una entidad separada. Este tumor representa de manera aproximada del 3 al 11% de todos los tumores de las glándulas salivales.

El carcinoma mucoepidermoide representa el tumor maligno más común de las glándulas salivales principales, la experiencia clínica y la histológica ha llevado a los investigadores a separar esta neoplasia de aquellas que presentan un bajo grado de malignidad y aquellas que presentan un alto grado de malignidad. Estos grados representan diferencias en la conducta clínica, recurrencia y características histológicas.

**Características** - De las glándulas salivales principales, la parótida es la más frecuentemente involucrada, de las glándulas menores son las del paladar.

Estos tumores son diagnosticados de manera más frecuente entre personas, entre la 3a. y 6a. décadas de la vida, no hay diferencia significativa entre los distintos sexos.

El tumor con un bajo grado de malignidad por lo común, aparece como una masa indolora, de crecimiento lento y blanda, esta masa es generalmente pequeña, rara vez excede más 5 cm. de diámetro, es con frecuencia quística y contiene -

acumulación de material viscoso mucoso. El tumor con alto grado de malignidad puede presentar una historia clínica diferente crece de manera rápida y el dolor es más común como síntoma temprano. A la palpación, con alto grado de malignidad se siente duro; los espacios quísticos son menos frecuentes.

Los carcinomas con bajo grado de malignidad se caracterizan por células epidérmicas y mucosa cuyo arreglo arquitectónico se distingue por formación de quistes y conductos, un tipo de célula intermedia que ha sido descrita en este tumor, se piensa que representa un tipo transicional. Los carcinomas mucoepidermoides con alto grado de malignidad se caracterizan por tipo celular intermedio y epidermoide; las células mucosas no son tan abundantes, los elementos quísticos y conductos se encuentran por lo general ausentes y hay evidencia histológica franca de malignidad. Ninguno de estos tipos tumorales presentan encapsulación.

**Tratamiento y pronóstico-** El tratamiento de ambos carcinomas epidermoides es la escisión quirúrgica. La escisión local ha probado ser adecuada para aquellas neoplasias con bajo grado de malignidad, lo que proporciona una confirmación histológica de la eliminación completa que se obtiene. El tratamiento adecuado para los tumores con alto grado de malignidad incluye escisión amplia del tumor de la mucosa subyacente y un margen de tejido normal vecino.

Generalmente, las recurrencias son más comunes en los tumores con alto grado de malignidad. Los tumores intrabucales (aquellos que se presentan en las glándulas salivales accesorias) pueden por lo común tener un peor pronóstico con respecto de aquellos que se presentan en la parótida.

Debido a los diferentes tratamientos y pronósticos de este tipo de tumor, los clínicos deben estudiar los casos de una manera individual, junto con el patólogo.

#### **CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO ( Cilindroma )**

Este tumor representa el segundo tumor más común en las glándulas salivales menores. (El adenoma pleomorfo es el más común). El carcinoma quístico adenoideo es el tumor maligno más usual de las glándulas salivales menores, en total este tumor representa aproximadamente de 2 al 4% de todos los tumores glandulares salivales.

**Características** - El carcinoma quístico adenoideo presenta una amplia distribución; las glándulas salivales menores se encuentran involucradas en aproximadamente el 7% de los casos y las glándulas principales en aproximadamente el 28%. El paladar es el sitio más frecuente de la formación tumoral.

Este tumor se presenta un poco más frecuente en mujeres que en hombres cuando se consideran las glándulas salivales principales, pero no tiene predilección de acuerdo al sexo en cuanto a las glándulas salivales menores se refiere.



El tumor se originó con más frecuencia en personas de los 40 y los 80 años de edad.

El cilindroma tiende a aparecer como una masa firme, y por eso tiende a parecerse al adenoma pleomórfico, pero puede estar más adherido a los tejidos vecinos, el dolor es un rasgo característico en las etapas tempranas. La ulceración puede estar presente, la habitual y temprana relación con dolor ha sido atribuida a la aparente tendencia de este tumor a la invasión perineural o intraneural, sin embargo no se ha encontrado relación entre el dolor y la extensión perineural, frecuentemente se ha relacionado esta neoplasia con parestesia.

El carcinoma quístico adenoideo está compuesto de células pequeñas con núcleos teñidos intensamente y citoplasma escaso, estas células por lo común dispuestas en un patrón - cilindromatoso "de queso suizo" (de ahí el término cilindroma), algunas veces, las células tumorales pueden formar láminas sólidas que no presentan patrón cilindromatoso, este aspecto sólido puede estar relacionado con un pobre pronóstico sin embargo algunos patólogos piensan que esta correlación no tiene significado alguno.

Las células del tumor se encuentran usualmente rodeadas de diversas cantidades de tejido conectivo que va desde una composición hialina hasta una mixoide.

**Tratamiento y pronóstico** - El tratamiento de este tumor

es la extirpación quirúrgica; la radioterapia ha sido utilizada junto con la cirugía de manera exitosa. El carcinoma quístico adenoideo presenta una marcada tendencia a recurrir y provoca metástasis a los linfonodos pulmonares, huesos e hígado, las metástasis parecen ser una función natural de esta neoplasia, que tiene un grado de crecimiento lento e impredecible. La existencia clínica parece indicar que el pronóstico depende un poco de la localización del sitio del tumor original.

Cuando el tumor primario se encuentra en el paladar, el pronóstico es mejor; cuando está comprometida la glándula submandibular de manera primaria el pronóstico es peor. La aparición tardía de diseminación metastásica es evidente -- cuando se analiza el índice de curación; un grado de cura de estos tumores es de 5 años, que representa el 6%, de los casos.

**CARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS (Adenoma de células acinares o células serosas y adenocarcinoma)**

El carcinoma de células acinosas es un tumor moderadamente maligno, constituye el 2% aproximadamente de todo los tumores de las glándulas salivales. Antes se consideraba a este tumor como benigno; sin embargo, la experiencia clínica al considerar su grado de recurrencia y su potencialidad, demuestran su malignidad.

**Características** - Este tumor está casi exclusivamente

limitado a la glándula parótida. También se ha reportado en la glándula sublingual y en el piso de la boca, el carcinoma de células adinosas por lo general se presenta en las personas en la segunda mitad de la vida. También se ha encontrado en niños.

Aspecto clínico, recuerda al del adenoma pleomórfico , por lo común una masa encapsulada, redondeada y pequeña, sólo en raros casos hay dolor relacionado con el tumor o parálisis del nervio facial, a la palpación el tumor se siente firme y puede presentar o no fijación al tejido vecino.

Este tumor consta esencialmente de láminas epiteliales sólidas de células poligonales o redondas, las estructuras glandulares a menudo están presentes. El citoplasma celular es franular y por lo general basofílico, el cual tiene una semejanza muy marcada con las células acinares serosas normales.

**Tratamiento y pronóstico** - El tratamiento aceptado para el carcinoma de células acinosas es la extirpación quirúrgica; debe incluirse un margen de tejido vecino, el grado de recurrencia de este tumor puede alcanzar un porcentaje tan alto como el 50%.

## CAPITULO IV

### O T R A S   A L T E R A C I O N E S

**XEROSTOMIA** - la xerostomía, o sequedad de la boca, es una manifestación clínica de la disfunción de las glándulas salivales, pero en sí no representa una entidad patológica.

**Síntomas** - El paciente con xerostomía a menudo se queja de sequedad de la boca. La exploración física puede revelar enrojecimiento marcado de la lengua aunado con atrofia papilar total, lobulación o fisuras profundas, glosodinia, - - queilosis de las comisuras labiales, disfonía, disfagia, así como trastornos en el gusto y dificultades en las dentaduras pueden también ser manifiestas. Estos signos y síntomas tienden a ser más graves a medida que disminuye la secreción salival, los casos graves de xerostomía pueden acompañarse con un aumento en la incidencia de caries, en especial en las zonas cervicales de los dientes, este aumento en la incidencia de caries probablemente se debe a la pérdida de las propiedades limpiadoras de la saliva.

**Etiología** - La xerostomía puede ser idiopática o una manifestación de factores locales tales como; respiración bucal, un estado inflamatorio de las glándulas salivales, irradiación y cambios degenerativos o debidos a la edad, la xerostomía está relacionada con afecciones sistémicas tales co

mo anemias, ciertos síndromes, lupus eritematoso, trastornos hormonales, drogas, estado emocional o de ansiedad y pérdida de líquidos.

**Auxiliares de diagnóstico** - La historia clínica del paciente y la exploración clínica son de gran importancia aproximadamente el 80% de los pacientes con xerostomía muestran manifestaciones clínicas dentro de la cavidad bucal. El ordeñamiento de las glándulas salivales puede dar algún indicio de la naturaleza del flujo salival. La radiografía simple, la sialografía pueden ser de ayuda en el diagnóstico y trastornos obstructivos o sistémicos. Los cultivos bacterianos y los estudios sanguíneos pueden conducir a la identificación de infecciones o trastornos hematológicos.

**Tratamiento** - El tratamiento definitivo de la xerostomía es la eliminación de la causa, ya que la mayoría de los casos de xerostomía se deben a situaciones desconocidas o idiopáticas, el tratamiento frecuentemente debe ser sintomático.

Los tratamientos sintomáticos de la xerostomía son varios pero ninguno ha logrado una aceptación o éxito universal. Algunos sugieren un lavado bucal que tenga ácido cítrico, esencia de limón y glicerina, pueden ser de utilidad los lavados bucales que contengan cloruro de sodio y bicarbonato de sodio. Cualquiera que sea el método de tratamiento sintomático, el paciente debe de ser observado estrecha-

mente para prevenir una infección seria por *Candida albicans* debe aconsejarse al paciente su ingesta de líquidos así como instruírsele acerca de una higiene dental y bucal cuidadosa.

#### **LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA (Enfermedad de Mikuliez)**

Esta lesión específica de las glándulas salivales es más bien poco frecuente, pero es muy interesante ya que muestra características inflamatorias y neoplásicas, hay pruebas de que la enfermedad está estrechamente relacionada con síndrome de Sjögren y que ambas son enfermedades autoinmunes, en las cuales el propio tejido de la glándula salival del paciente se vuelve antigénica. "Al estudiar una etiología se ha trabajado más en pacientes con el síndrome de Sjögren que en individuos con lesión linfoepitelial benigna, razón por la cual esta enfermedad se explica con más detalle en dicho síndrome". (7)

**Aspectos clínicos** - La lesión se manifiesta básicamente como un agrandamiento unilateral o bilateral de las glándulas parótida, submaxilar, o ambas que está asociada en algunos casos con un malestar local moderado, con dolor ocasional y xerostomía, algunas veces el inicio de la lesión está asociado con fiebre, infección de las vías respiratorias superiores, infección bucal, extracción dental o algunos otros trastornos inflamatorios locales. Con frecuencia hay un crecimiento mal delineado, difuso de la glándula salival en vez de la formación de un nódulo tumoral discreto, los agran

damientos varían de tamaño, pero por lo general miden algunos centímetros de diámetro. en ocasiones se descubren antecedentes de un aumento y disminución alterna en el tamaño de la masa, la masa tumoral puede permanecer sólo unos meses o puede durar muchos años; muchas veces también se agrandan las glándulas lagrimales.

**Tratamiento y pronóstico** - La lesión linfoepitelial benigna ha sido tratada tanto por excisión quirúrgica como por radiación. En los casos leves, no se indica el tratamiento una vez hecho el diagnóstico. En algunos casos, la hinchazón incluso puede reaparecer de manera espontánea, la enfermedad persistente puede ser tratada mediante excisión quirúrgica. Entre las afecciones relacionadas con las glándulas salivales además de las entidades específicas que afectan a las glándulas salivales propiamente dichas, tales como la sialolitiasis y neoplasias, existen otras situaciones que afectan las glándulas salivales así como otros sistemas orgánicos .

#### **SINDROME DE SJÖGREN (Síndrome seco; Síndrome Gougerat Sjögren)**

El síndrome es una enfermedad que originalmente se describió como una triada compuesta de queratoconjuntivitis seca, xerostomía y artritis reumatoide. Después se encontró que algunos pacientes presentan sólo ojos y boca secos (complejo seco o síndrome de Sögren primario), mientras que

otros también desarrollan un lupus eritematoso generalizado poliarteritis nodosa, polimiositis o escleroderma, así como artritis reumatoide (síndrome de Sjögren secundario). Se han observado casos de xerostomía y artritis sin que haya -- queratoconjuntivitis seca.

**Aspectos clínicos** - "Esta enfermedad se presenta en forma predominante en mujeres mayores de 40 años de edad, - aunque puedan afectarse niños o adultos jóvenes, la proporción femenina-masculina es aproximadamente de diez a uno".

(7)

Los aspectos característicos de la enfermedad son sequedad de la boca y los ojos como resultado de la hipofunción de las glándulas salivales y lagrimales. A menudo, esto origina sensación quemante y dolorosa de la mucosa bucal, además están afectadas con esta sequedad diversas glándulas secretorias de la nariz, de la laringe, de la faringe y del árbol trqueobronquial (bucofaringolaringitis seca), así como la vagina.

El 80% de los pacientes con síndrome de Sjögren primario tienen agrandamiento de la parótida en contraste con sólo el 14% con el síndrome de Sjögren secundario. La linfa dempatía es dos veces más común en la forma primaria de la enfermedad.

La artritis reumatoide es sólo una parte integral del síndrome secundario, se ha mostrado que pacientes con dicho



síndrome que representa artritis reumatoide tiene ciertas manifestaciones clínicas diferentes que los distinguen de los pacientes con complejo seco, en este aspecto los pacientes sin artritis reumatoide, esto es, con el complejo seco o síndrome de Sjögren primario, con más frecuencia manifiestan crecimiento de la parótida, linfadenopatía, púrpura, fenómeno de Raynaud, miositis y afección renal.

Microscópicamente, esta enfermedad se caracteriza por sialadenitis linfocítica de las glándulas salivales en cerca del 70% de los pacientes, los cambios microscópicos pueden ser evidentes en todo el tejido salival (tanto en glándulas salivales principales como menores).

Auxiliares de diagnóstico - Debe realizarse una exploración e historia clínica del paciente para descartar otras causas de crecimiento de las glándulas o xerostomía. La sialografía puede ser utilizada en el diagnóstico del síndrome de Sjögren. La biopsia de las glándulas salivales menores recientemente ha demostrado ser muy promisoría en el diagnóstico del síndrome de Sjögren, en aproximadamente el 70% de los pacientes con este síndrome se ha demostrado sialadenitis linfocítica focal. Los cambios que no manifiestan en el tejido de las glándulas salivales principales es reflejado en las glándulas salivales menores. Por lo tanto la técnica de biopsia de las glándulas salivales menores permite un método accesible y seguro para determinar el com-

promiso de las glándulas salivales.

**Tratamiento** - El síndrome de Sjögren ha mostrado una re sistencia muy marcada para un tratamiento exitoso. Se em - plea por lo general un amplio tratamiento sintomático, este tratamiento estará dirigido a los síntomas multisistemáticos de la enfermedad.

El tratamiento bucal consiste en medidas que mantengan la humedad en membranas mucosas, el uso de sialogogos tales como ácidos, dulces sin azúcar son útiles. Debe aconsejar se al paciente que aumente su ingesta de líquidos con sorbos frecuentes de agua, debido a que el paciente con este síndro me es particularmente susceptible a infecciones tales como la candidiasis, la vigilancia frecuente del paciente y la insta lación del tratamiento adecuado de estas infecciones es nece sario.

El paciente debe ser instruido y vigilado de cerca en técnicas de higiene bucal adecuadas, deben evitarse los far macos que tienden a causar xerostomía.

"Se han presentado algunas evidencias clínicas que indi can que la eliminación de las glándulas salivales afectadas de los pacientes con síndrome de Sjögren da por resultado u na mejoría general en los pacientes. Se piensa que esta escisión glandular mejora el estado inmunológico del pacien te. Sin embargo, este tratamiento debe considerarse en fa se experimental". (8)

Las evidencias clínicas y patológicas parecen indicar que el paciente con esta enfermedad puede tener tendencia a desarrollar anomalías linfoides extrasalivales, incluyendo afecciones malignas linforreticulares, tales como linfomas. En consecuencia, las personas con éste síndrome deben ser vigiladas mediante estudios sanguíneos adecuados para detectar cambios tempranos del curso benigno.

#### RADIACION

"Son reconocidos los efectos directos que causa la radioterapia sobre el tejido conectivo y vascular que soporta y nutre a las glándulas, lo que produce atrofia metabólica acinar. Los efectos radiactivos se observan en pacientes que reciben dosis de 3000 a 5000 rads (1500 a 8000 rem) en las zonas de cara, cuello y línea media corporal, el daño acinar es irreversible". (10)

Efectos sobre la glándula salival, la xerostomía, o resequedad de la boca, es uno de los primeros y más universales síntomas de los pacientes, que reciben radioterapia en la cabeza y el cuello. Las alteraciones en las glándulas salivales, que se caracterizan por la disminución, o incluso por la pérdida completa de secreción, se pueden presentar en una semana o dos después del principio de la radiación. Es interesante el que los cambios morfológicos no reflejan en forma particular los cambios fisiológicos que se presentan, existe daño obvio de las células acinares, principalmente -

una disminución en el número de los gránulos secretores presentes, congestión, edema, o infiltración de células inflamatorias del tejido conectivo intersticial, no existen cambios notables en los conductos de las glándulas salivales.

La pérdida de secreción puede ser una secuela permanente de la radiación, o puede haber un retorno gradual de la salivación, por lo regular sólo después de muchos meses.

#### HIPERPLASIA DE GLANDULAS PALATINAS

Es una hiperplasia o hipertrofia poco usual de glándulas salivales accesorias, aunque esta lesión también puede representar un adenoma benigno. La causa de su agrandamiento focal es aún desconocida sin embargo se cree que el crecimiento de estas glándulas se debe a: trastornos endocrinos, parotiditis, diabetes sacarina, menopausia, enfermedad hepática, inanición alcoholismo, inflamación, lesión linfocitopitelial benigna, síndrome de Sjögren, fiebre uveoparotídea, trastornos de algunos medicamentos, procesos de envejecimiento etc.

**Aspectos clínicos** - Se presenta como una hinchazón localizada pequeña, que puede ser desde varios milímetros a un centímetro o más de diámetro, localizada generalmente en paladar duro o en la unión de éste con paladar blando, la superficie está intacta y firme sésil y de color normal; por lo regular es asintomática y el paciente puede ignorar la lesión. Se han encontrado pocos casos para poder determinar si hay alguna preferencia en cuanto a edad y sexo.

Desde el punto de vista microscópico la masa se presenta como acumulaciones de acinos mucosas bien empaquetadas de aspecto normal con el entremezclado usual de conductos normales, no hay inflamación, derrame de mucina o fibrosis.

**Tratamiento** - Como la hiperplasia de las glándulas salivales no puede diferenciarse clínicamente de una neoplasia salival pequeña, es importante extirparlos para realizar el examen microscópico. El tratamiento es innecesario y no se ha dado aviso de que haya recurrencia.

#### **ATRESIA**

"Es la obstrucción o ausencia congénita de uno o más de los conductos de las glándulas salivales mayores, es una alteración muy rara. Cuando se presenta, puede originar la formación de un quiste por retención o producir una xerostomía relativamente grave". (7)

La atrofia de las glándulas salivales puede ser el resultado de una enfermedad, ligadura u obstrucción conductual radiación o proceso de envejecimiento.

La verdadera atrofiase debe a enfermedades debilitantes o después de radioterapia, con la disminución de elementos glandulares como intesticiales. La atrofia benigna muestra un aumento aparente del tamaño de la glándula; en realidad esto representa un aumento sólo en los elementos intersticiales; el componente secretor de la glándula disminuye, pueden considerarse dos tipos de atrofia benigna; atrofia grasa, y

la forma más común clínicamente aparece como una glándula - pastosa uniforme sin nodulaciones, la salivación es normal o se halla disminuida. Atrofia fibrosa, clínicamente aparece como una glándula de consistencia finamente nodular.

"Whaterhouse y colaboradores han demostrado que entre la niñez y la vejez aproximadamente se pierde una cuarta parte del volumen celular parenquimatoso activo. La grasa y el tejido conectivo reemplazan a este volumen celular y pueden incluso provocar un aumento en el tamaño global de la glándula. Esta pérdida de volumen celular parenquimatoso activo en la senectud es probablemente importante para la reducción del flujo salival que se ve en algunos individuos ancianos". (8)

### PAROTIDITIS

"En los niños, la enfermedad más común de las glándulas salivales suele ser vista por el pediatra, no el pedodoncista; tumefacción parotídea aguda, habitualmente sensible a la palpación, bilateral, acompañada por fiebre y malestar; parotiditis virósica o paperas. Aunque el tratamiento suele ser simple (reposo en cama, líquidos, salicilatos), si es el odontólogo el que ve las paperas, el paciente debe ser derivado a un pediatra para su observación y el tratamiento de las complicaciones potenciales como orquitis y meningitis".

(3)

"Las paperas o parotiditis epidémica es una enfermedad viral que afecta primordialmente a las glándulas salivales pero también puede afectar otros órganos (páncreas, ovarios, testículos). Es la más común de todas las enfermedades de las glándulas salivales". (8)

Es una infección viral contagiosa aguda que se caracteriza principalmente por la hinchazón unilateral o bilateral de las glándulas salivales, por lo regular de la parótida.

En ocasiones se encuentra afectada la glándula submaxilar y la sublingual, pero rara vez sin que también la glándula parótida este afectada. Ocasionalmente ciertos órganos internos, y no las glándulas salivales, se encuentran afectados, aunque es una enfermedad de la niñez, la parotiditis también puede afectar a los adultos, y en dichos casos existe mayor tendencia a que se desarrollen complicaciones.

La parotiditis tiene un período de incubación de dos a tres semanas.

**Aspectos clínicos** - Por lo regular la enfermedad está precedida por el surgimiento del dolor de cabeza, escalofríos, fiebre moderada, vómito y dolor por debajo del oído lo cual por lo regular dura cerca de una semana. Esta afección de la glándula salival produce dolor al masticar, en aproximadamente 70% de los casos se afectan bilateralmente - las glándulas parótidas.

Es interesante nota que el virus de la parotiditis epi

démica está presente en la saliva de las personas afectadas por esta razón es común que se excite una diseminación por el aire y una infección.

**Complicaciones** - Se pueden afectar otros órganos del cuerpo como una complicación de la enfermedad, éstos incluyen: testículos, ovarios, páncreas, glándulas mamarias y en ocasiones la próstata, la epididimitis y el corazón.

Cuando la parotiditis afecta al adulto masculino, la orquitis es un gran peligro y es segura aproximadamente en el 20% de los casos. Esta orquitis por lo regular es uni lateral, pero en ocasiones causa esterilidad, cuando se afecta el páncreas se produce una pancreatitis aguda que a menudo causa elevación de la lipasa sanguínea. También son complicaciones ocasionales la meningoencefalitis, sordera y mastitis.

La enfermedad, aunque es incómoda y con frecuencia produce una condición angustiante aguda, rara vez es mortal.

**Tratamiento** - En general, el tratamiento de las paperas o parotiditis es sintomático. El aislamiento del paciente durante seis a diez días, se recomienda para prevenir el contagio, por medio de gotitas de saliva.

#### **MUCOCELE**

." Los quistes originados en las glándulas salivales se clasifican en tres categorías: quistes verdaderos, ránulas y



mucocelos o fenómenos de retención de moco". (1)

El quiste verdadero, es habitualmente pequeño de 1 cm. o menos de diámetro, y se localiza dentro del cuerpo de la parótida o de la submaxilar. Esta revestido por epitelio plano simple o estratificado.

Los trastornos quísticos de las glándulas salivales - pueden incluir quistes congénitos, quistes traumáticos o enfermedades cavitarias muy avanzadas secundarias o sialadenitis crónica . "Los quistes de las glándulas salivales mayores se presentan más frecuentemente en la parótida y representan sólo un pequeño porcentaje de los problemas glandulares salivales quirúrgicos". (8)

El mucocelo es una cavidad llena de líquido o un material semilíquido rodeado por una cápsula compuesta de tejido de granulación compacto o epitelio, estas anomalías pueden ser superficiales o profundas y pueden variar en tamaño desde unos cuantos milímetros hasta un centímetro o más de diámetro. Los mucocelos superficiales tienen un color - translúcido azulado y se rompen fácilmente; aquellos situados más profundamente pueden tener el color de la mucosa bucal que les rodea. Los mucocelos pueden encontrarse casi en cualquier parte dentro de la cavidad bucal, la mayoría se presenta en el labio inferior, la mucosa bucal y el piso de la boca pueden también estar involucrados.

un mucocelo que involucra al tejido glandular salival

en la zona anterior y ventral de la lengua se denomina quiste de Blandin-Nuhn, los mucocelos rara vez se encuentra en el labio superior.

En general se consideran dos tipos de mucocelos: de extravasación o de retención. El de extravasación no es un quiste verdadero ya que la cavidad no está tapizada por epitelio, este tipo consiste de una acumulación mucosa o un material ptialino eosinófilo con macrófagos cargados de moco, rodeados de tejido de granulación con macrófagos y células inflamatorias, estos mucocelos de extravasación se presentan más frecuentemente en individuos por debajo de los 30 años de edad. Mucocelos de retención o quistes de retención mucosa; pueden ser considerados quistes mucosos verdaderos; consisten en una acumulación de moco, rodeada por epitelio columnar pseudoestratificado o cuboidal, estos mucocelos se presentan rara vez en los labios, en general se encuentran en cualquier parte de la cavidad bucal, este tipo es el que más frecuentemente se ve en individuos que rebasan los 50 años de edad.

**Síntomas** - Los mucocelos tienen más bien un patrón característico en su comportamiento, el paciente reportará un aumento del tamaño de la zona seguido en general de un encogimiento alternados es típica de manera especial de las lesiones localizadas superficialmente en la mucosa labial o bucal.

La glándula salival obstruida continua secretando saliva que escapa hacia el tejido conectivo o distiende el conducto este proceso continúa hasta que el tejido expandido se rompe debido a la presión, traumatismo o manipulación quirúrgica, la ruptura cicatriza en la lesión, en ese momento colapsada y la saliva nuevamente se acumula para repetir el aumento de volumen, algunas veces los pacientes pueden referir el drenaje de la lesión expandida en general, sin embargo, este drenaje pasa desapercibido.

**Etiología** - El mucocelo de extrabasación probablemente se presente como resultado de un traumatismo principalmente mecánico, provoca una ruptura del conducto de una glándula salival menor hacia los tejidos vecinos, esta saliva comprime el tejido conectivo vecino y provoca un grado variable de inflamación crónica.

Los mucocelos de retención se presentan después de obstrucción parcial de un conducto de una glándula salival menor, la glándula continúa secretando y da por resultado un agrandamiento o aumento de volumen del conducto, esta dilatación del conducto se convierte en una lesiónquistica tapizada de epitelio. El aspecto clínico junto con la historia clínica debe guiar al diagnóstico correcto, si la lesión es superficial el contenido líquido puede a menudo palparse.

**Tratamiento** - El tratamiento exitoso de mucocelos pequeños localizados en la mucosa bucal o labial consisten en

la escisión total de la lesión y tejido salival vecino, ya que si la lesión se incide, su contenido se evacua, pero se llena de nuevo rápidamente tan pronto como cicatriza la incisión, a veces hay recurrencia después de la incisión, pero esta posibilidad es menos probable si también se eliminan los acinos de la glándula salival asociada.

#### **RANULA**

"Un mucocele que se presenta en la parte anterior del piso de la boca es arbitrariamente denominado ránula. El nombre deriva de la similitud de su color con el de la rana" (8)

Estas lesiones en general son unilaterales y pueden ser de 2 a 3 cms. de diámetro, son blandas y fluctuantes y en general tienen un color azul violeta, las paredes son delgadas y no desaparecen por presión. En general están relacionadas con las glándulas sublinguales, las ránulas son lesiones relativamente superficiales que se encuentran por arriba del músculo milohioideo, pueden extenderse hacia atrás.

**Síntomas** - Las ránulas son por lo común no dolorosas, pueden interferir con el lenguaje, la masticación y la deglución únicamente por su localización o tamaño.

**Etiología** - Estas lesiones probablemente se originan de la obstrucción parcial del flujo salival; por lo tanto, comparten una etiología común con el mucocele en cualquier

parte de la cavidad bucal.

La localización, el aspecto clínico y la historia clínica de esta lesión deben llevar al diagnóstico correcto.

La palpación clínica revelará el contenido líquido, al igual que con los mucocelos de la cavidad bucal, el paciente puede referir una historia de crecimiento y encogimiento periódicos.

**Tratamiento** - El tratamiento es la marsupialización o escisión de la ránula; la incisión con drenaje sólo da lugar a recurrencia, la marsupialización involucra la eliminación de la pared superior de la ránula, la escisión total de la ránula es un procedimiento difícil debido a la localización de la lesión y las paredes delgadas, pero puede estar indicada si la lesión está constituida de compartimientos múltiple o profundamente localizada.

## CONCLUSIONES

El estudio de las anomalías funcionales en glándulas salivales de la cavidad bucal constituye un aspecto importante dentro de la odontología por el papel que juega el cirujano dentista, en el diagnóstico y tratamiento.

La importancia de identificar estas condiciones no solo tiene implicaciones terapéuticas directas sino que reviste importancia adicional, pues pueden influir en la condición bucal global y sistémica del paciente así como modificar la respuesta a la terapia dental.

Ni el dentista, otorrino o gastroenterólogo, valoran la disfunción salival para determinar o corregir alteraciones que pueden influir en la formación del bolo alimenticio, fonación, deglución o digestión.

Los pacientes reciben poco apoyo diagnóstico o terapéutico cuando funciones placenteras como es el masticar o degustar la comida se ven alterados por falta de saliva; por las mismas razones, algunas depresiones y frustraciones pueden aparecer en pacientes que no son capaces de fijar sus prótesis o sufren irritación mucosa por falta de esta secreción biológica.

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

- 1) Alling III Charles C.,  
Parker E. Mahan  
"Dolor Facial"  
Primera edición  
Editorial Limusa  
1987.
- 2) Anderson W. A. D.  
Kissane John M.  
"Patología" Tomo 2  
Octava Edición  
Editorial Panamericana  
1986.
- 3) Raymond L. Brham  
"Odontología Pediátrica"  
Editorial Panamericana
- 4) Ham Arthur W.  
"Tratado de Patología Bucal"  
Editorial Panamericana  
1987.
- 5) Ries Centeno Guillermo A.  
"Cirugía Bucal, Patología Clínica y Terapéutica"  
Novena Edición  
Editorial el Ateneo  
1987.
- 6) Robbins Stanley L.  
"Patología Básica"  
Sexta Edición  
Editorial Interamericana
- 7) Shafer William G.  
"Tratado de Patología Bucal"  
Sexta Edición  
Editorial Interamericana
- 8) Waite Daniel E.  
"Tratado de Cirugía Bucal Práctica"  
Tercera edición  
Editorial C.E.C.S.A  
1988.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 9) Wisse Rober A.  
"Cirugía de cabeza y cuello"  
Tercera Edición  
Editorial Interamericana
- 10) Revista  
"Práctica Odontológica"  
Vol. 10, No. 10  
Octubre 1989