

318322

20  
20



Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVALES  
MAYORES Y MENORES

**T E S I S**

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

ALINKA <sup>yukie</sup> NINOMIYA LOPEZ  
ALMA CLAUDIA TORRES RAMIREZ

MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON  
FALLA DE ORDEN**



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.

## AGRADECIMIENTOS

En esta vida nadie se aparta de nadie, nadie lucha por sí mismo; todo es todo y uno, por esto y más, es difícil agradecer a tanta gente que ha estado conmigo durante todos estos años compartiendo de alguna manera una parte de mi vida, dándole luz a mi mundo y ayudándome a irle dando forma poco a poco; yo estoy aquí, con un nuevo logro: esta tesis, que para mí significa el brinco a mi esperanza. A todos, mil gracias, pero mi gratitud infinita va dirigida a mis padres; espero algún día agradecerles de alguna manera el apoyo que me dieron, mientras tanto quiero que sepan que, los quiero.

Siempre estuve esperando algún momento especial en mi vida para expresar lo que he guardado en años: te dedico esto a tí, Juan Carlos, esto y lo que me falta por hacer en este mundo; mundo que ya no compartimos, pero que eres parte permanente de él...nunca dejes de brillar, porque así como tú me escribiste alguna vez: "eres el sol que alumbra mi infinito".

Alinka

Le dedico esta tesis a:

A mi madre; a quien le dedico mi carrera ya que gracias a ella he logrado todo lo bueno que hay en mi, gracias por tu amor.

A mi padre, por los momentos felices que me ha dado.

A mi abuelita, por el amor que nos dió hasta el último momento.

A mis hermanos: Lety, Hugo, Toño, Sergio, Silvia, Enrique, Aline, por todo el ánimo y paciencia que han tenido conmigo.

A los mas pequeños que componen mi familia y llenan de alegría nuestras vidas: Toño, Ricardo, David, Alejandro y él que vendrá.

A mis cuñados por sus consejos, gracias: Laura, Tino, Maritza y Martha.

A alguien muy importante que ocupó un lugar en mi corazón: Shonny.

A mis amigos: Alinka, Adriana, Luis, Gilberto, Gaby, Eugenia, Ivonne, Jorge, Isaar y Yoran.

Y a tí que en estos momentos ocupas un lugar muy importante en mi vida: Nir.

Claudia

**Al Dr. David Rodríguez**

**Muchas gracias por la ayuda que nos brindó para la elaboración  
de esta tesis.**

**Alinka y Claudia**

## INDICE

### INTRODUCCION

### CAPITULO I

1. CONSIDERACIONES GENERALES
2. ANATOMIA QUIRURGICA
  - 2.1 Glándula Parótida
  - 2.2 Glándula Submaxilar
  - 2.3 Glándula Sublingual
  - 2.4 Glándulas Salivales Menores

### CAPITULO II

1. Embriología
2. Histología
3. Fisiología

### CAPITULO III

1. METODOS DE DIAGNOSTICO
  - 1.1 Historia y Examen Clínico
  - 1.2 Exámenes de Laboratorio
  - 1.3 Estudio Químico de la Saliva
  - 1.4 Estudios Radiológicos
  - 1.5 Estudios de Imagen

## CAPITULO IV

### 1. TUMORES BENIGNOS

1.1 Adenoma Pleomórfico Benigno

1.2 Adenomas Monomórficos

1.2.1 Adenolinfoma o Tumor de Warthin

1.2.2 Onocitoma

1.2.3 Otros Tipos

### 3. TUMORES MALIGNOS

3.1 Tumor Mucoepidermoide

3.2 Tumor de Células Acinares

3.3 Carcinoma Adenoideo Quístico

3.4 Carcinoma Originado por Adenoma Pleomórfico

### 4. CARCINOMAS PRIMARIOS

4.1 Adenocarcinoma

4.2 Carcinomas Epidermoides

4.3 Carcinomas Indiferenciados

4.4 Carcinoma Metastásico

4.5 Tumores Originados en Tejido Conectivo

4.6 Neoplasias Salivales de la Infancia

### 5. HEMANGIOMAS

5.1 Tumores Sólidos

## 6. QUISTES

6.1 Branquiogénicos

6.2 Mucocele o Quiste por Retención Mucosa

6.3 Mucocele o Quiste de Extravasación Mucosa

## 7. RANULA

## CAPITULO V

## 8. PATOLOGIA

8.1 Enfermedades Inflamatorias

8.2 Manifestaciones de Enfermedades Sistémicas

8.3 Enfermedades Inmunológicas

8.4 Neoplasias

## CONCLUSIONES

## BIBLIOGRAFIA



## INTRODUCCION

La tesis que realizamos se basa en los aspectos más importantes que debemos considerar y muchas veces no tomamos en cuenta con respecto a la función y al comportamiento de las glándulas mayores y menores. Para tener mayor conocimiento de ellas consideramos importante recalcar su aspecto embriológico, fisiológico e histológico, así como el aspecto importante del conocimiento anatómico de la ubicación de dichas glándulas

También es importante una vez teniendo estas bases sobre el conocimiento de estas glándulas, poder precisar un aspecto de anomalía en ellas por medio de los métodos de diagnóstico aquí mencionados con anticipación, para poder diagnosticar temprana y certeramente, para detener el problema antes de que sea irreversible.

En esta revisión hacemos un análisis de los tumores benignos y malignos que nosotros consideramos que son los que se pueden presentar con mayor frecuencia.

## CAPITULO I

## 1. CONSIDERACIONES GENERALES

Las glándulas salivales en el ser humano están divididas en dos grupos: en glándulas salivales mayores y glándulas salivales menores. Las mayores están representadas por tres pares de estructuras situadas lateralmente de la línea media y son: las parótidas, submaxilares y sublinguales. Las glándulas menores comprenden numerosas glándulas estructuralmente menos complejas que las glándulas mayores y se encuentran localizadas por debajo de la mucosa de la cavidad bucal y faríngeas, principalmente en el área comprendida del paladar, labio inferior, encías, lengua, región amigdalina y también las podemos encontrar en áreas más lejanas como nariz y senos paranasales, laringe, traquea y bronquios.

## 2. ANATOMIA QUIRURGICA

## 2.1 Glándula Parótida

Son las glándulas salivales de mayor tamaño y ocupan un espacio óseo limitado parcialmente por el conducto auditivo externo, la rama vertical del maxilar inferior y la apófisis mastoideas y profundamente por la apófisis estiloides y la apófisis transversa de la segunda vértebra cervical. Vierte su secreción a la cavidad oral por medio del conducto de *Stenson* que se desprende de su borde anterior y se sitúa lateralmente al músculo masetero para finalmente rodear el borde anterior de este músculo y atravesando el músculo buccinador, llegar a la cavidad oral y abrirse a nivel del segundo molar superior.

En lesiones traumáticas faciales es indispensable recordar esta estructura y su localización superficial por su posible lesión y necesidad de reparación quirúrgica. Estas glándulas son totalmente superficiales y las separa de la piel y tejido celular subcutáneo la fascia parotídea, estructura firme y definida derivada de la capa superficial de la fascia cervical profunda y que limita el aumento de volumen de la glándula produciendo dolor irradiado hacia la distribución sensitiva de los nervios: auricular mayor y auriculotemporal.

La porción profunda de la glándula se relaciona en su aspecto posterior con la carótida interna, vena yugular profunda y los cuatro pares craneales, estructuras a las cuales puede comprimir contra los cuerpos vertebrales en caso de aumentar de volumen en esta zona. También la porción profunda de la glándula puede crecer en caso de un proceso neoplásico mediantemente hacia el espacio faríngeo lateral y producir un desplazamiento del lecho amigdalino hacia la línea media. La estructura anatómica relacionada a la glándula parótida de mayor interés para el cirujano es sin duda el nervio facial.

El nervio facial divide a la glándula en una porción superficial de mayor tamaño y una profunda de menor volumen, esta división que se traduce en conceptos quirúrgicos y patológicos como lobectomía superficial o tumor del lóbulo profundo no refleja realmente una división de origen embriológico de la glándula, sino una división topográfica basada en el trayecto intraglandular del VII par craneal.

Cuando se practican resecciones parotideas es indispensable la localización del nervio facial para así poder protegerlo de una lesión quirúrgica. El nervio puede ser localizado de la periferia al centro, es decir, encontrando una rama distal como la rama mandibular al cruzar superficialmente la vena facial superficial posterior y así seguir esta rama hasta el tronco principal o bien encontrar el tronco nervioso principal y efectuar la disección del centro a la periferia siendo esta técnica recomendada por la mayoría de los autores. Para identificar el tronco principal se usan como relaciones el conducto auditivo, el vértice o punta de la apófisis mastoide y el vientre posterior del digástrico que nos proporciona el nivel de profundidad al cual el nervio penetra a la glándula.

Por último, es necesario mencionar que existen ganglios linfáticos en íntima relación con la superficie glandular llamados paraglandulares y que drenan la linfa proveniente de la región frontal, temporal, párpado superior y pabellón auricular y ganglios linfáticos profundos o intraglandulares que drenan la linfa proveniente de la glándula en sí, del tubo de Eustaquio y del conducto auditivo externo. Son estos ganglios los que explican la posibilidad de manifestaciones de neoplasias de origen linfático a nivel de glándulas salivales o de depósitos metastásicos ganglionares intraparotídeos que pueden confundirse con neoplasias primarias de la glándula, situación análoga a la producida por hiperplasias benignas intra o periglandulares de otra etiología.

## 2.2 Glándula Submaxilar

Esta glándula, cuyo tamaño es aproximadamente la mitad que el de la parótida, se encuentra localizada por debajo de la rama horizontal del maxilar inferior, en el espacio conocido como triángulo submaxilar, el cual reconoce como límites los vientres anterior y posterior del músculo digástrico y como el lecho, el músculo hiogloso. Anteriormente se relaciona con el borde posterior del músculo milohiideo, el cual penetra en la glándula dividiéndola anteriormente en una superficial y una profunda de la cual se origina su conducto excretor, el cual dirigiéndose hacia arriba y adelante va a abrirse al piso de la boca justo al lado de la línea media en la llamada carúncula submaxilar.

En el calibre, longitud y trayecto de este conducto llamado conducto de Warton, lo que al parecer favorece la estasis salival que predispone a una mayor formación de cálculos en estas glándulas en relación a las otras glándulas salivales.

La glándula submaxilar se encuentra separada del tejido celular subcutáneo únicamente por el músculo platismo y por su envoltura aponeurótica proveniente de la hoja superficial de la fascia profunda cervical. Sus relaciones anatómicas principales son con los nervios hipoglosos, lingual y con la rama mandibular del nervio facial. Esta última corre entre el platismo y la arteria facial, al pasar ésta entre el borde superior de la glándula y el inferior del maxilar. El nervio hipogloso corre en el aspecto inferior y profundo de la

glándula y el nervio lingual pasa en relación a la parte profunda y superior de la misma, casi por atrás del aspecto interno del maxilar inferior y en íntima relación con el ganglio submaxilar.

La lesión del nervio lingual se traduce en la anestesia de los dos tercios anteriores de la lengua, la del hipogloso en la parálisis facial localizada al labio superior. Existen también ganglios linfáticos periglandulares los cuales drenan labios, mejillas, encías, lengua, en sus tercios anteriores y la glándula en sí.

### 2.3 Glándula Sublingual

Representa la de menor tamaño de las glándulas salivales mayores, siendo su tamaño aproximadamente el de una cuarta parte de la parótida y se ha considerado que sólo se encuentra bien desarrollada en dos tercios de los individuos. Presenta múltiples conductos excretorios cuyo número varía de 8 a 20 llamados conductos de Rivinus y que drenan por orificios separados a lo largo del pliegue sublingual en la parte lateral del piso de la boca. En 50% de los casos existe un conducto mayor llamado de Bartholin y que se abre al conducto de Wharton. La obstrucción de uno de los pequeños conductos de Rivinus, puede producir el desarrollo de un quiste lateral en el piso de la boca llamado ránula.

La glándula en sí se encuentra inmediatamente por abajo de la mucosa oral en la superficie lateral del piso de la boca,

cubierta por el aspecto interno de la rama horizontal del maxilar inferior y llegando casi hasta la región de la sinfisis del maxilar. Su aspecto lateral se relaciona con el nervio lingual, conducto de Wharton y músculo milohioideo y su aspecto interno con el músculo geniogloso.

#### 2.4 Glándulas Salivales Menores

Representan pequeños acúmulos de tejido salival submucosos, son ductos excretores definidos o localizaciones anatómicas invariables en cuanto a la glándula en sí y cuyo número y localización varía, pero cuya presencia en regiones como los senos paranasales o tráquea, explica la posibilidad de neoplasias de extirpe salival en estas regiones y que se vean afectadas por procesos autoinmunes que clínicamente se manifiesten en glándulas mayores, pero que al producir alteraciones histológicas en éstas, también hacen que su biopsia sirva como procedimiento diagnóstico, como en el caso de biopsias de glándulas salivales menores del labio inferior. Su mayor interés clínico representa el que pueden ser asiento de neoplasias, frecuentemente malignas y cuyo desconocimiento puede originar serios errores en el juicio quirúrgico del médico tratante.

## CAPITULO II

## 1. Embriología

Las glándulas salivales tienen su origen en el sitio de apertura de su conducto excretor, en donde el epitelio de la cavidad oral se engrosa y comienza a crecer hacia el tejido mesodérmico que lo rodea. La proliferación celular y los planos que separan a los distintos grupos celulares resultan en el desarrollo de una estructura ramificada de múltiples bandas epiteliales rodeadas por tejido mesenquimatoso ricamente vascularizado.

Los esbozos de las glándulas parótida y submaxilar aparecen durante la sexta semana, mientras que el de la glándula sublingual se ve durante la séptima semana de la vida fetal. Los esbozos de las glándulas salivales menores aparecen después.

## 2. Histología

Histológicamente las glándulas salivales aparecen como una serie de lóbulos separados por tabiques de tejido conectivo que rodea a la glándula por una cápsula del mismo tejido de grosor variable, según la estructura de que se trate. Sus conductos excretores representan un sistema de arborización, siendo los más periféricos, los conductos intercalados, que drenan en los conductos estriados y finalmente los conductos excretores.



Estos últimos, al igual que los estriados mayores, se encuentran en los tabiques conectivos interglandulares. Los acinos glandulares se encuentran en una posición terminal en relación a los extremos de los conductos intercalados.

Los acinos glandulares pueden ser de tres tipos: serosos, mucosos y seromucosos. Los serosos se encuentran formando la totalidad de la glándula parótida y de las glándulas menores localizadas en la lengua en relación con las papilas gustativas, llamadas glándulas Von Ebner. Se encuentran también en una proporción variable en la glándula submaxilar. Los acinis mucosos se encuentran en la glándula submaxilar, sublinguales y en la mayoría de las salivales menores. Los seromucosos, que combinan las características estructurales y funcionales de los anteriormente mencionados, se localizan principalmente en la glándula sublingual y en varias glándulas salivales menores.

Podemos entonces decir, que en la parótida solamente hay acinos serosos, en la submaxilar mucosos y seromucosos y en las salivales menores predominan los mucosos, aunque también existen los seromucosos y los serosos. Los conductos intercalados están formados por una sola capa de células cuboidales y se consideran como fuente de células de reserva que pueden transformarse y proliferar en células acinares, en células de conductos intercalados o en células mioepiteliales y por lo tanto, ser capaces de producir y explicar las varias extirpes celulares neoplásicas presentes en las glándulas

salivales. Los conductos intercalados son de mayor tamaño y quizá este fenómeno explique el porqué las neoplasias salivales de mayor variedad y en mayor número, se producen en esta glándula. Los conductos estriados están formados por células columnares bajas o altas que tienen finas estrias en sus bases y a las cuales deben su nombre y función en el transporte de iones y agua, modificando las cantidades de estas sustancias en la saliva. Los conductos excretores tienen un recubrimiento epitelial que varía de cuboidal a escamoso de revestimiento.

### 3. Fisiología

La función principal de las glándulas salivales es la producción de saliva. La cual en un adulto alcanza un volumen de 1,000 a 1,500 c.c. por 24 horas, siendo producida 90% de ella por la parótida y la submaxilar, 5% por la sublingual y el restante 5% por las glándulas menores. Existen evidencias que demuestran que la mayor cantidad de saliva hasta 69% es producida por la glándula submaxilar. El flujo salival en reposo es de 0.5 ml para cada glándula, pero aumenta hasta 5 ml por minuto al estimularse por medio de la masticación, el gusto y el olfato; o sea que cerca del 80% de la producción diaria de saliva puede relacionarse a estimulación específica. La secreción salival en las glándulas menores no está regida por un estímulo nervioso, pero en las glándulas salivales mayores existe definitivamente un control automático de su secreción a través de fibras parasimpáticas principalmente y simpáticas en menor proporción.

La composición de la saliva nos demuestra que existen electrolitos que semejan la composición del líquido intracelular y muestra diferencias entre la parótida y la submaxilar en la mayor concentración de calcio, en esta última. La concentración de glucosa aun en diabéticos no sobrepasa 1% de la concentración plasmática del mismo azúcar. Encontramos también amilasa principalmente en las glándulas con acinos mucosos y debido a éstas, el 75% de la gente, el grupo sanguíneo puede ser determinado en una gota de saliva.

Se encuentra también inmunoglobulina del tipo S, la cual puede neutralizar virus y actuar como anticuerpo ante antígenos bacterianos o alimenticios. Existe lisozima, la cual actúa como enzima antibacteriana y lactoperoxidasa, que actúa también como enzima antibacteriana, especialmente a nivel dental.

## CAPITULO III

## 1. METODOS DE DIAGNOSTICO

## 1.1 Historia y Exámen Físico

Los datos obtenidos por un cuidadoso interrogatorio en relación al tiempo de evolución, presencia o ausencia de dolor, variaciones en tamaño y sus causas desencadenantes, ritmo de crecimiento de una masa, cambios en la cantidad o calidad de la saliva, fiebre, síntomas generales, antecedentes de padecimientos sistémicos, previas infecciones salivales, parotiditis viral o trauma sobre las glándulas salivales, deben de ser anotados. El examen físico debe incluir la palpación bilateral cuidadosa de todas las glándulas salivales mayores, incluyendo el examen del piso de la boca, de los conductos excretores y de la calidad y cantidad de saliva que emerge de ellos después de la expresión glandular. Debe anotarse la consistencia de una tumoración, su exacta localización, su tamaño, si está fija o no a planos superficiales o profundos, si existen cambios cutáneos en la piel que la cubre, si existe adenopatía cervical y sus características, si el aumento de volumen es uní o bilateral, si están afectadas las distintas glándulas o no, si existen síntomas inflamatorios en la vecindad y la presencia o ausencia de dolor a la palpación, si la función del nervio facial está intacta o existen parálisis o parestesias segmentarias o totales, la función de los cuatro últimos pares craneales, si no existen asimetrías de las paredes de la

farínge debidas a compresiones externas que desplacen las regiones amigdalares medialmente y si existe trismus.

Además, según el caso, el examen físico general deberá ser practicado para buscar adenopatías distantes en casos de sospecha de linfoma o de cambios de enfermedades autoinmunes cuando éstas sean la etiología sospechada, como sería el estado de las glándulas lacrimales, de la conjuntiva y de la mucosa faríngea.

### 1.2 Exámenes de Laboratorio

Una biometría hemática nos indicará la presencia o ausencia de una infección, así como la presencia de una anemia, una glicemia y pruebas de función hepática son de valor en casos de sialosis. En enfermedades autoinmunes anticuerpos antinucleares, la prueba de látex y aun la dosificación de anticuerpos anticonductos salivales, son de valor. El cultivo de secreciones externas o de la saliva, ayudará a identificar el germen o los gérmenes causales de una infección bacteriana.

### 1.3 Estudio Químico de la Saliva

En cuanto a su composición y flujo, obteniéndola por canulación directa de los conductos excretores, se puede decir que su utilidad es limitada y poco popular, aunque en algunos casos, como en la fibrosis quística, se encuentra un aumento de calcio, fosfato y proteínas contenidas en la saliva submaxilar y que tendrá valor cuando la prueba de sudor sea dudosa. La citología salival no ha producido resultados en

cuanto al diagnóstico de neoplasias salivales, pues al parecer las células tumorales no son vertidas a los conductos excretores.

#### 1.4 Estudios Radiológicos

##### Placas Simples:

Placas oblicuas de los maxilares inferiores o placas oclusales demostrarán cálculos radio-opacos submaxilares. En casos de neoplasias malignas pueden demostrarse destrucciones óseas cuando estas estructuras estén invadidas. Estos estudios tienen su mayor valor en neoplasias de glándulas salivales menores en el paladar óseo.

##### Sialografía:

Descrita desde 1913 por Arcelin, la sialografía es un estudio radiológico en el cual un material de contraste iodado soluble en agua o con base oleosa, es introducido con cierta presión en el conducto excretor de una glándula salival, para así delinear su sistema de conductos excretores y las alteraciones que en ellos existan. Su indicación actual principal está en sialadenitis crónica o de repetición, sialolitiasis y enfermedades autoinmunes. No está indicada en estados inflamatorios agudos en pacientes con alergia a los compuestos iodados. En neoplasias tiene limitaciones, sobre todo en tumores de pequeño tamaño.

### 1.5 Estudios de Imágen

#### Gamagrama Salival:

Para él se utiliza el tecnecio 99. Su utilidad actual en presencia de otros métodos de imagen es prácticamente nula.

#### Ultrasonografía:

Su uso en el establecimiento y localización de abscesos parotídeos puede usarse para guiar punciones o aspiraciones citológicas. Las neoplasias aparecen como masas sólidas, excepto el tumor de Warthin, que es parcialmente quístico. Como método de imagen es sencillo, barato, pero inferior en su formación a la tomografía computada y resonancia magnética.

#### Tomografía Computada:

En la actualidad la tomografía computada es el estudio de elección para evaluar neoplasias de las glándulas parótidas y submaxilares. Tiene la capacidad de diferenciar masas extrínsecas de intrínsecas, la relación de la masa al nervio facial, la extensión de la tumoración en profundidad, el estado del lóbulo profundo, su relación con los grandes vasos cervicales y puede dar una idea acerca de la malignidad o benignidad de un tumor por sus bordes irregulares, invasivos y la presencia de metástasis ganglionares. El uso de contraste endovenoso facilita los diagnósticos diferenciales.

#### Resonancia Magnética:

Ya considerado como el estudio de elección en tumores que afectan los tejidos blandos de la cabeza y cuello, permite

diferenciar mejor que la tomografía computada los distintos planos anatómicos.

## CAPITULO IV

### 1. TUMORES BENIGNOS

#### 1.1 Adenoma Pleomórfico Benigno

El nombre de "tumor mixto" fue introducido en el siglo pasado para denotar el origen doble epitelial y mesenquimatoso de esta neoplasia. Es hasta la clasificación de 1974 en que el término de adenoma pleomórfico sustituye al ampliamente difundido de tumor mixto, debido a que la primera enfatiza el origen epitelial y los diferentes patrones histológicos encontrados en las glándulas salivales, constituyendo aproximadamente 70% de las neoplasias benignas. Su sitio más frecuente de origen es el lóbulo superficial de la glándula parótida. Raueb encontró 92% de estos tumores originados en las glándulas salivales mayores, contra 65% originados en las menores en una serie de más de 4,000 adenomas pleomórficos.

Son más frecuentes en el sexo femenino y aunque pueden aparecer en todas las edades, su mayor incidencia es en la quinta década de la vida, no se ha encontrado relación entre la edad en que aparecen y una tendencia a la malignización o aparición de recurrencias. Son neoplasias de crecimiento lento, intermitente, no fijas, lobuladas, redondeadas e



indoloras. aunque muchos pacientes pueden referir una sensación de presión o molestia al ser tapada. Su incidencia de multicentricidad es mínima.

Su pronóstico depende del tratamiento que se aplica y lo adecuado del mismo, más que en su apariencia histológica. Recurrencias locales se han reportado de 5% hasta 50%, altos índices de recurrencias significan probablemente tumores tratados por simple enucleación con siembras tumorales quirúrgicas. Con tratamiento quirúrgico adecuado que siga los principios de la cirugía oncológica, el porcentaje de recurrencias deberá estar en no más de 1%. Cambios malignos aparecen en 3% de los casos y signos de esta irregularidad en su palpación, necrosis, ulceración dolorosa y parálisis facial.

Macroscópicamente son neoplasias ovals, regulares, encapsuladas y multilobuladas. La cápsula es habitualmente delgada aunque puede tener áreas de engrosamiento. Un cuidadoso examen de su superficie muestra habitualmente excrescencias del tumor que se proyectan hacia la periferia de la cápsula y se explican los altos índices de recurrencias únicamente se enuclean estas neoplasias. Tumores originados en una sola glándula casi nunca son multifocales, pero las recurrencias posquirúrgicas casi siempre lo son.

Microscópicamente diversidad y complejidad histológica los caracterizan, aunque siempre presentan elementos mucocodroides

derivados del epitelio y mioepitelio. La proporción relativa de estos últimos elementos varía ampliamente de una neoplasia a otra y aun de esta área a otra del mismo tumor, su histogénesis es de origen epitelio ductal pluripotencial, responsables de los elementos mesenquimatosos del tumor.

## 1.2 Adenomas monomórficos

### 1.2.1 Adenolinfoma Tumor de Warthin

El tumor de Warthin o cistadenoma papilar linfomatoso o adenolinfoma es una neoplasia descrita por Albrecht y Arzt, pero a la cual se le aplicó el nombre de Warthin por ser el patólogo que primero la describió en Norteamérica.

La clasificación de 1972 usa el término británico de adenolinfoma. El adenolinfoma constituye 5% de todas las neoplasias salivales y tiene características particulares como la presencia de epitelio y tejido linfoide, como características histológicas invariables. Presenta una franca predilección por el sexo masculino que alcanza una proporción de 5 a 1. Su origen es casi siempre en la parótida, en su lóbulo superficial y en el área de la cola, 10% de los casos son bilaterales y es relativamente común el que existan orígenes multifocales en una misma glándula. Su curso es siempre benigno y las recurrencias hablan de una extirpación quirúrgica inadecuada. Es un tumor de consecuencia blanda, de límites no fácilmente precisados y usualmente indoloro. Su histogénesis se relaciona a un origen de los conductos

salivales que quedan incluidos normalmente en los ganglios intra y periparotídeos, aunque algunos otros autores piensan que en su origen con una proliferación de epitelio ductal que ocasiona una respuesta inflamatoria que produce los elementos linfáticos e inflamatorios presentes en el estroma. Son tumores mal encapsulados, que usualmente presentan una cavidad quística unilocular, aunque pueden existir diversas cavidades quísticas llenas de un líquido viscoso.

### 1.2.2 Oncocitoma

El oncocitoma es un tumor raro que representa menos del 1% de las neoplasias salivales, sin predilección por ningún sexo y que generalmente aparece después de la quinta década de la vida. Su mayor incidencia es en la glándula parótida en donde se presenta como un tumor sólido; existen formas quísticas llamadas cistadenomas oncocítricos. Ocasionalmente pueden presentar malignización produciendo metástasis. A veces puede ser multicéntrico, factor que hablaría de él como una hiperplasia más que como una neoplasia.

### 1.2.3 Otros tipos

Neoplasias benignas de representación ocasional. Su causística se considera en reporte de casos aislados.

Entre ellos se encuentra el adenoma cebáceo, el linfadenoma cebáceo, el adenoma de células basales y el adenoma de células claras.

### 3. TUMORES MALIGNOS

#### 3.1 Tumores Mucoepidermoide o Carcicoma Mucoepidermoide

El término mucoepidermoide fue introducido en 1945 por Stewart y Foote, al reportar una serie de 45 de estos tumores, los cuales fueron descritos originalmente por Wolkman en 1895. El término carcicoma mucoepidermoide fue utilizado en la clasificación de 1954 y en la de 1974 se ha utilizado el de tumor mucoepidermoide para significar el que algunos de estos tumores se comportan con una historia natural sumamente benigna, mientras que otros son sumamente agresivos.

Los tumores mucoepidermoides representan del 6% al 9% de las neoplasias salivales y comprenden un tercio de los tumores malignos de estas estructuras. Se presenta 60% de ellos en la parótida y 30% en las glándulas salivales menores, especialmente en el paladar óseo. Son las neoplasias malignas más comunes en las glándulas parótidas. Tienen una ligera preponderancia en el sexo femenino y su mayor incidencia es en la quinta y sexta décadas de la vida, aunque son las neoplasias más frecuentes en niños y existen muchos reportes en pacientes menores de 15 años.

Foote y Frazell dividieron a estas neoplasias en tumores mucoepidermoides de bajo grado de malignidad, grado intermedio y alto grado de malignidad, pero siempre clasificándolos de malignos. Este hecho fue apoyado por Rawson, quien los reportó a todos como infiltrantes y por lo tanto como carcinomas 31.

Sin embargo, existen autores que consideran a algunos tumores como totalmente benignos por su comportamiento biológico. Este hecho parece ser puramente semántico, pues se ha demostrado que los tumores mucoepidermoides, los aún mejor diferenciados, son capaces de dar metástasis.

Clinicamente la historia natural de estas neoplasias varía mucho, lo que apoya el que se dividen en de bajo grado y de alto grado de malignidad. Los antes descritos como intermedios histiológicamente tienden a tener un comportamiento similar a los de baja malignidad.

El porcentaje de recurrencias locales para los tumores bien diferenciados o de baja malignidad ha sido reportado entre 13 y 52%, mientras que los de alta malignidad recurren localmente hasta 80%. Así también la sobrevida varía entre 90% en las glándulas salivales menores, 95% en las mayores en tumores de bajo grado hasta 50% de las salivales mayores y 20% en las salivales menores en los de alto grado a los 5 años después del tratamiento.

No siempre es posible predecir el comportamiento biológico de estas neoplasias por su imagen histológica, aunque sin duda existe una relación entre esta última y la primera. Para evaluar el pronóstico de un tumor mucoepidermoide debe tomarse en cuenta el grado de diferenciación histológica y la presencia o no de tumor en los márgenes quirúrgicos.

El grado de diferenciación histológica estará normado por la relación entre los componentes de estos tumores que son el epidermoide y el mucinoso. La preponderancia del segundo sobre el primero, los pondrá en la categoría de bajo grado, mientras que a la inversa, o sea con la preponderancia de los epidermoides, los colocará en la de alto grado. Algunos de estos tumores presentan solo células epidermoides e intermedias y el componente mucinoso sólo puede detectarse con tinciones especiales y tienen un comportamiento sumamente agresivo; algunos autores los clasifican como carcinomas epidermoides.

Como su nombre lo indica, estos tumores originados en el epitelio ductal están formados por células escamosas y células glandulares secretoras de mucina y células menos diferenciadas llamadas intermedias, Macroscópicamente son tumores circunscritos pero pobremente encapsulados.

Usualmente son firmes y forman quistes de diferentes tamaños en los cuales se deposita mucina. Generalmente todos empiezan como una tumoración pequeña, indolora, cuyo grado de crecimiento está en relación con el grado de diferenciación.

Los de bajo grado casi nunca presentan dolor, mientras que los de alto grado lo presentan con mas frecuencia; pueden dar metástasis ganglionares cervicales y afectar la función del nervio facial.

Cuando estas neoplasias son pequeñas, el diagnóstico clínico de bajo o alto grado no tiene cabida y sólo el examen histológico nos dará un pronóstico adecuado.

### 3.2 Tumor de células acinares

Hasta 1953 el tumor de células acinares fue considerado como un tumor benigno clasificándolo como un adenoma. En la clasificación de 1954, aparece el término de adenocarcinoma de células acinares debido a que el comportamiento biológico de estos tumores puede ser desde benigno hasta maligno y su pronóstico, con base en su imagen histológica no es posible.

El tumor de células acinares comprende el 1% de todas las neoplasias del lóbulo parotideo superficial en el área de su cola, en donde comprende el 2% de las neoplasias y aproximadamente el 15% de las neoplasias malignas. Ocasionalmente pueden ser bilaterales o conducir a un adenoma pleomórfico. Es más común en el sexo femenino, en una proporción de 2 a 1 y su incidencia mayor es en la quinta y sexta décadas de la vida, aunque puede aparecer en todos los grupos de edad, incluyendo niños.

Clinicamente en la mayoría de los casos son indoloros, de crecimiento lento, de límites no muy precisos y pueden fijarse a los planos vecinos. Su pronóstico no es claro pero la presencia de recurrencias locales, metástasis distantes y mortalidad asociada a ellos no debe hacer verlos como un cáncer, aunque no de alto grado de malignidad. En una serie

reportada por Eneroth el 90% de sus pacientes sobrevivió 5 años y el 50% 25 años, apareciendo metástasis en el 20% de la totalidad de estos pacientes. Pueden producir la muerte por extensión local, diseminación hematógena y diseminación linfática. Pacientes aún con metástasis distantes pueden sobrevivir muchos años como lo demuestran las cifras publicadas por Eneroth.

Macroscópicamente son tumores únicos, bien definidos, con encapsulamiento sólo parcial. Microscópicamente casi siempre aparece histológicamente como benigno con un mínimo grado de pleomorfismo. Su estroma es escaso, vascular y en un 30% presenta tejido linfoide. Básicamente existen dos variantes histológicas, una con células con abundante citoplasma granular que semejan acinos no tumorales en el 90% de los casos y otra con citoplasma claro que se presenta en el 10% de los tumores.

Se supone que la variedad granular se origina de los acinis glandulares aunque éstos al originarse de células pluripotenciales de los conductos, hacen que su origen ductal en estas neoplasias no puedan ser descartadas. La variedad de células claras al parecer es originada en los conductos estriados y según autores representa una neoplasia diferente.

### 3.3 Carcinoma adenoideo quístico

El término de carcicoma adenoideo quístico fue por primera vez empleado por Foote y Frazell en su publicación sobre la



clasificación de neoplasias salivales. Este tumor fue llamado cilindroma en 1859 por Billroth, Deckerty y Mayo, quienes emplearon la designación adenocarcinoma de tipo cilindroma, haciendo notar sus características y sus diferencias de otras neoplasias salivales o cutáneas como el carcinoma baso celular.

Habitualmente son tumores de crecimiento lento, en los cuales las recurrencias locales es el común denominador habiendo sido demostradas en porcentajes que varían del 62 al 92% en casos de vigilancia prolongada. Las estadísticas de sobrevida a 5 años no tienen un gran valor ya que sobrevidas del 70% a 5 años, bajan al 40% y al 10% de los pacientes a los 15 años según las series reportadas.

Comprenden estos tumores del 4% al 8% de todas las neoplasias salivales y hasta el 25% de las neoplasias de glándulas salivales menores. Entre éstas últimas tienen una predilección por las glándulas del paladar, aunque pueden afectar glándulas salivales menores de las áreas nasales faríngeas, bronquios mayores, glándulas ceruminosas y glándulas lacrimales. Su mayor incidencia es alrededor de los 50 años y es muy raro antes de los 20 años de edad. No tiene preponderancia por algún sexo y su síntoma más común es una tumoración que por lo general produce dolor.

Los originados en el paladar tienden a invadir hueso tempranamente y la incidencia de metástasis en general es de

más de 25%.

En general el pronóstico para la curación de esta neoplasia es pobre, pero su lento desarrollo permite largas sobrevidas, aún en presencia de actividades tumorales. Entre los factores que determinan una posible curación o una larga sobrevida, podemos mencionar que los tumores originados en glándulas salivales menores tienen un peor pronóstico que las originadas en las glándulas mayores probablemente debido a un pobre encapsulamiento de estas glándulas y en ocasiones a su difícil acceso quirúrgico.

Una adecuada resección quirúrgica es probable un factor determinante en el pronóstico y el que los márgenes estén libres de neoplasia es de capital importancia, considerando su tendencia a infiltrar, así como la dificultad para el cirujano para juzgar lo correcto de un margen de resección durante el acto operatorio.

La sobrevida se ve afectada también negativamente por la presencia de un período prolongado de existencia de síntomas ante la cirugía, por la presencia de lesiones voluminosas, por la infiltración local extensa de nervios, tejidos blandos, hueso y la presencia de metástasis. Las recurrencias locales llevan también implícito un pobre pronóstico, aunque no son incompatibles con períodos prolongados de vida.

Macroscópicamente, algunos de estos tumores aparecen gruesamente encapsulados, pero la inmensa mayoría muestra que ésta es incompleta, con regiones de infiltración neoplásica e invasión a estructuras contiguas. Aún en lesiones aparentemente circunscritas muestra una invasión de márgenes quirúrgicos frecuentemente en el estudio histopatológico.

Microscópicamente estas neoplasias están constituidas por grupos de pequeñas células con núcleos pigmentados e uniformes, escaso citoplasma y pobre definición de los márgenes celulares. Estas células se encuentran en un margen fibroso, poco celular y en los casos típicos, la disposición celular asemeja al queso suizo, por los aparentes orificios acelulares que presentan.

Numerosos estudios han demostrado la tendencia de esta neoplasia a producir una invasión peri natural, lo que en muchas ocasiones sería la causa de su alto índice de recurrencia local y de que en otros orificios óseos en la base del cráneo, por los cuales pasan nervios con invasión perineural. Su diagnóstico diferencial histopatológico, en los casos no típicos, debe ser establecido con el carcinoma cutáneo, el adenoma cebáceo, el ameloblastoma, el tumor mucocpidermoide y el adenoma pleomórfico.

#### **3.4 Carcinoma originado en adenoma pleomórfico**

Esta neoplasia en la clasificación de 1954, llevó el nombre de tumor mixto maligno. Actualmente, la mayoría de los autores

reconocen que los pleomórficos pueden ser benignos o malignos. La experiencia demuestra que la mayoría de los casos reportados de adenomas pleomórficos malignos se originaron por la transformación de un solo elemento epitelial de un adenoma pleomórfico benigno previamente existentes. Las metástasis así originadas estarían constituidas por un carcinoma sin elementos mixocondroides.

Ocasionalmente existen adenomas pleomórficos malignos, cuyas metástasis están caracterizadas por dos elementos epiteliales o sea, los epiteliales y los mitocpiteliales es decir que sí existen elementos mixocondroides en las metástasis y para estas neoplasias se debe utilizar el término de "adenoma pleomórfico maligno primario".

EL carcinoma originado en un adenoma pleomórfico representa un 1% de todos los tumores parotídeos y el 7% de las neoplasias malignas de esta glándula, en donde se presentan con mayor frecuencia, llegando hasta el 73% en ella y un 23% para la submaxilar y el resto de las glándulas salivales menores. No existe una clara preponderancia por algún sexo. Su mayor incidencia es en la quinta y la sexta décadas de vida, pero pueden aparecer de la segunda a la novena décadas.

Su pronóstico no es tan bueno como en otras neoplasias salivales y su promedio de vida a los 5 años es de 50%. Sus metástasis son frecuentes, presentándose en proporciones variables según las series reportadas de un 30% a un 70% con

predilección para ganglios linfáticos, pulmones, hueso, sistema nervioso central. Recurrencias locales sobrepasan el 50% de los casos, según Eneroth. Su síntoma más común es una tumoración indolora, aunque la presencia de dolor es frecuente, entre los signos de malignización de un tumor benigno se encuentra rápido aumento de tamaño, ulceración, fijación a planos, aparición de ganglios cervicales y la aparición de patrones vasculares sobre la piel que cubre al tumor.

Macroscópicamente son similares a los adenomas pleomórficos benignos. Microscópicamente es necesario demostrar los componentes epiteliales, mioepiteliales y sus derivados mixocondroides y un carcinoma infiltrante, destructivo, con caracteres histológicos de malignidad. Puede presentar variantes de adenocarcinoma, carcinoma escamoso o carcinoma indiferenciado.

Este diagnóstico debe ser establecido cuidadosamente por el patólogo después de una interpretación que tome en cuenta mas de una característica de malignidad histológica en ausencia de metástasis. Su histogénesis se relaciona con la transformación carcinomatosa de tumor benigno de esta extirpe. Su diagnóstico diferencial será obviamente con la variedad benigna y con el carcinoma adenoideo-quístico.

#### 4. CARCINOMA PRIMARIO

Estos tumores comprenden neoplasias de alto grado de malignidad, con un alto grado de recurrencias locales y metástasis y un curso clínico rápido y progresivo. En estos se incluyen neoplasias con características histológicas diferentes que afectan por igual a varones y al sexo femenino y cuya mayor incidencia es entre la sexta y la séptima décadas de vida. En estadios tempranos se manifiestan, sin embargo, como tumoraciones asintomáticas, que posteriormente pueden presentar dolor, parestesia o parálisis facial, fijación a planos, ulceraciones o aparición de metástasis cervicales. Son tumoraciones de consistencia dura que tienden a infiltrar aunque macroscópicamente pueden aparecer circunscritos. En este grupo tenemos a las siguientes neoplasias.

##### 4.1 Adenocarcinoma

Pueden tener un patrón tubular o papilar y no tener producción de mucina. Invasiones linfáticas o a vasos sanguíneos son frecuentes. La variedad trabecular es particularmente maligna y su sobrevivencia a los 5 años alcanza un 30%. Muchos adenocarcinomas se diferencian de los tumores mucoepidermoides en su falta de componente epidermoide.

##### 4.2 Carcinomas Epidermoides

Carcinomas epidermoides puros existen en las glándulas salivales, principalmente las mayores, y su estructura histológica es similar a los carcinomas epidermoides de cualquier otra parte del organismo. Se supone que pueden

originarse de epitelio metaplásico en los conductos salivales. Aproximadamente dos tercios aparecen en la parótida y el resto en la submaxilar. Son más comunes en el sexo masculino y en la sexta o séptima década de la vida. Su sobrevida apenas alcanza un 25% a 5 años. Debe diferenciarse de tumores mucoepidermoides con predominancia del componente epidermoide, para lo cual se utilizan tinciones especiales para mucina y de tumores metastásicos a la glándula salival de primarios de extirpe epidermoide, como tumores cutáneos.

#### 4.3 Carcinomas Indiferenciados

Son tumores formados por células que no tienen una diferenciación suficiente que permita catalogarlos como una variedad determinada. Son altamente infiltrantes y dan metástasis rápidamente a ganglios regionales. Su sobrevida es de un 20% y la presencia de metástasis distales ocurre en más de un 50% de los casos. Una variedad de estos tumores ha sido descrita en las glándulas menores de tipo aveniforme.

#### 4.4 Carcinoma Metastásico

Por poseer ganglios linfáticos intra parotídeos y peri glandulares tanto la parótida como la submaxilar, estas glándulas pueden ser asiento de carcinomas metastásicos, en especial la primera, de neoplasias del cuero cabelludo y la oreja, la segunda de neoplasias de la cavidad oral. Los tumores metastásicos más frecuentes, son los carcinomas epidermoides y el melanoma.

#### 4.5 Tumores Originados en Tejido Conectivo

Los hemangiomas están en este grupo y por ser el tumor mas frecuente en la infancia en la región parotidea, su discusión se hará en tumores salivales en la infancia. Pueden existir también linfangiomas, lipomas.

#### 4.6 Neoplasias salivales de la infancia

En general las neoplasias salivales pueden ser benignas o malignas en la infancia. Son poco frecuentes, pues si consideramos todos los aumentos de volumen de la glándula parótida, veremos que la neoplasia más frecuente es el hemangioma de la región parotidea; comprende menos del 10%.

### 5. HEMANGIOMAS

Son más frecuentes en el sexo femenino, en la raza blanca y generalmente se hacen aparentes en el primer año de vida, presentando un crecimiento progresivo, el cual se hace mas aparente cuando el niño llora. Sus límites no son siempre bien delimitados y tienden a producir coloración azulosa sobre la piel, resultado del componente cavernoso del mismo, siendo de consistencia generalmente blanda y depresible y pudiendo, por su volumen, obturar el conducto auditivo externo.

En muchas ocasiones se encuentran otros hemangiomas en el cuerpo, lo que hará el diagnóstico mas seguro. Estos tumores, después de su aparición, tienden a tener un rápido ritmo de crecimiento y posteriormente involucionan. Dos grupos se



distinguen según su ritmo de crecimiento: uno en el cual el componente principal es cavernoso y crecen lentamente y otro en el cual son más celulares o aún funcionan como verdaderas fístulas arterio-venosas y tiene un ritmo de crecimiento mayor.

En todo caso su comportamiento biológico es benigno. Su tratamiento ha evolucionado de no quirúrgico agresivo en la fase de crecimiento rápido que ocasionó una mortalidad superior al 4% por hemorragia o complicaciones respiratorias y 23% de parálisis facial total o un alto índice de recurrencia cuando son operados antes del año de edad, a uno mucho más conservador en la actualidad.

El uso de radioterapia en la infancia para producir la esclerosis de estas neoplasias no es recomendable por sus complicaciones letales y la posibilidad de desarrollo de neoplasias inducidas por la adición en la juventud. En la actualidad, por saber que existirá un período involutivo después del año de edad y que en muchas ocasiones la neoplasia desaparece sola, se han optado por la vigilancia cuidadosa de ellas y la explicación detallada del problema a los padres de los niños que muchas veces en su ansiedad buscan una resolución quirúrgica rápida.

Cuando un hemangioma por su situación en las vecindades del canal auditivo o porque cause secuestro de plaquetas y trombocitopenia acentuada, requieren de tratamiento, se ha

recomendado el uso de esteroides que inducen la regresión tumoral. Los casos ocasionales que requirieran cirugía, ésta deberá ser practicada hasta que la fase de crecimiento rápido ha pasado, para así minimizar los riesgos de recurrencia, hemorragia y parálisis facial y en éstos casos, el cirujano deberá optar por especímenes múltiples, para así facilitar la disección del facial, basado en la naturaleza benigna de estos tumores.

### 5.1 Tumores sólidos

Estos representan a las neoplasias salivales en sí y son poco frecuentes en la infancia. Entre los benignos, el más común es el adenoma pleomórfico, aunque su incidencia es sumamente baja, pues en series grandes sólo representa aproximadamente el 1% del total de estas neoplasias. Su mayor incidencia es alrededor de los 10 años de edad. Su tratamiento básicamente es el de una biopsia excisional, o sea una parotidectomía superficial o total del lóbulo afectado, con identificación y preservación del nervio facial.

Entre los tumores malignos que comprenden cerca del 35% de todas las neoplasias salivales en la infancia, el más frecuentemente encontrado es el tumor mucoepidermoide seguido del tumor de células acinares. En general los tumores mucoepidermoides tienden a seguir un curso de baja agresividad biológica cuando se presentan en la infancia. El tumor mesenquimatoso más frecuente en esta área es el rabdomiosarcoma en este grupo de edad.

**SECUELAS POST OPERATORIAS DE PAROTIDECTOMIAS**

Basicamente son tres: el defecto cosmético que implica la resección de tejido peritumoral y del tumor en sí, que se traduce en una depresión pre auricular e infra aurículas y que sólo en casos extremos requerirá de procesos reconstructivos como los injertos libres de dermis, la parálisis o parestesia facial, consecuencia de la proximidad del séptimo par craneal y su disección para obtener biopsias excisionales. Estas parestesias post operatorias son mas notables en la rama mandibular por ser la que menos anastomosis posee con las ramas vecinas y en casos de parotidectomías totales a las cuales para extirpar el lóbulo profundo es necesario traccionar del nervio y su continuidad anatómica, el único tratamiento es la espera, la cual en estas condiciones siempre producirá mejores resultados que cualquier forma de exploración, anastomosis ú otros métodos reconstructivos.

Cuando existe la necesidad de resecar el facial, la reconstrucción deberá hacerse inmediatamente en base a un injerto nervioso, el cual produce en general excelentes resultados.

Por último quedará el síndrome de Frey o la sudoración gustatoria manifestada por la aparición de una sudoración profunda en el área pre auricular en el momento de las comidas y que en ocasiones llega a producir grandes problemas de tipo social, por lo cual los pacientes buscan solución. Este fenómeno es debido a la innervación anormal de las glándulas

sudoríparas de la piel elevada en el colgajo parotídeo por fibras parasimpáticas seccionadas y que innervan normalmente el tejido salival reseca, se presenta muy comunmente y para su solución basta solo el prevenir al paciente. En casos extremos se han usado desde pomadas a base de escopolamina, secciones transtimpánicas del nervio de Jacobson y aún la interposición de colgajos musculares entre el plano profundo de la resección y la piel elevada.

## 6. QUISTES

### 6.1 Branquiogénicos

Originados por un desarrollo fetal anómalo del aparato branquial, en especial del primer arco branquial. Son poco frecuentes y no siempre se relacionan a fistulas preauriculares.

### 6.2 Mucocele o quiste por retención mucosa

También se le conoce como Quiste por Retención Mucosa, se considera quiste por que a diferencia de la extravasación, que consiste en mucina rodeada por tejido de granulación, está cubierto por epitelio.

Esta lesión se produce por retención de flujo salival. Se piensa que la causa es el bloqueo del conducto salival, pero no hay evidencia que apoye esta teoría. Este quiste es menos frecuente, ocurre despues de los 50 años y se localiza en paladar, mejilla, piso de la boca o seno maxilar y raras veces en el labio inferior.

El examen clínico manifiesta una tumoración asintomática sin antecedentes de traumatismo, que varía de 3 a 10mm., móvil, no sensible y, por lo general, sin alteraciones inflamatorias. La mucosa que la cubre es de aspecto y color normales, pero las lesiones profundas son de mayor consistencia y mas difusas.

Está formado por células epiteliales del conducto, muchas de las cuales pueden ser onocitos, que forman una capa doble o pseudoestratificada de células cuboidales o columnares. La luz del quiste contiene cantidades variables de secreción viscosa o espesa.

El tratamiento de elección es la extirpación completa del quiste y de los lóbulos de las glándulas salival accesoria afectada. También se indica la excisión de cualquier elemento acínico. El pronóstico es excelente.

### 6.3 Mucocèle o quiste de extravasación mucosa

La etiología de este fenómeno guarda relación con el traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales accesorias que produce sección o rotura del mismo, lo que causa derrame o extravasación de moco al estroma del tejido conectivo circundante. La extravasación del moco produce de manera secundaria, reacción secundaria, reacción inflamatoria en el tejido conectivo, migración de neutrofilos y gran cantidad de macrófagos hacia esta zona, después produce tejido de granulación.

Las glándulas salivales accesorias adyacentes sufren inflamación secundaria a la retención del moco.

El fenómeno de extravasación ocurre con mayor frecuencia en el labio inferior pero puede presentarse en mucosa bucal, superficie ventral de la lengua, piso de la boca y región retromolar. Es dolorosa, de superficie lisa, si es superficial se observa translúcida o de tono azulado y varía de pocos milímetros a varios centímetros de diámetro. Cuando es mas profunda se aprecia como una tumoración difusa, menos moderada que no es translúcida ni presenta tono azulado. Afecta con mayor frecuencia a niños y adolescentes; cerca del 50% de las lesiones ocurren antes de los 21 años de edad y más del 25% entre los 11 y los 20 años.

El fenómeno de extravasación de moco presenta, por lo general, una cavidad circunscrita que contiene mucina. El epitelio que lo cubre se adelgaza y separa de la mucina por una delgada pared de tejido de granulación comprimido con infiltración de gran número de neutrofilos, macrófagos, linfocitos y, en ocasiones, plasmocitos.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la lesión, ya que la aspiración del contenido líquido, por lo general, proporciona beneficios a corto plazo, aunque puede utilizarse como método de diagnóstico.

## 7. RANULA

Una ránula es un quiste benigno, blando y no doloroso de piso de la boca. Pueden presentarse en el recién nacido o aparecer en años posteriores, aún en la edad adulta, y su crecimiento puede ser tal que comprometa la vía aérea por desplazamiento de la lengua. Generalmente son unilaterales, uniloculares y llenos de un líquido viscoso que les da una coloración azulosa. Algunos de ellos son considerados por retención y se originan por obstrucción de un conducto de la glándula sublingual, encontrándose por arriba del músculo milohioideo y manifestándose intraoralmente.

Estos quistes se forman por la obstrucción de un conducto por un proceso inflamatorio, estenosis o descamación del epitelio que forma un tapón. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica por medio de un abordaje intraoral.

En casos de gran tamaño pueden ser marsupializados o deben ser puncionados, pues no se resuelve el problema, pero si pueden infectarse. Algunos quistes del piso de la boca se extienden hasta el cuello en su aspecto lateral y se ha pensado que su origen podría ser branquiogénico. Se les ha considerado ránulas de tipo infiltrante y su tratamiento es quirúrgico, pero su abordaje será externo.

## CAPITULO V

## 1. PATOLOGIA

## 1.1 Enfermedades inflamatorias

**Parotiditis Epidérmica, Parotiditis Viral, Paperas**

Es una enfermedad contagiosa producida por un virus filtrable, con un período de incubación que varía de 2 a 3 semanas, transmitido por contacto directo con la saliva, que deja inmunidad de por vida, aunque frecuentemente cuadros clínicos similares, pueden ser causados por otros virus como el de la influenza coxaquie A, corio meningitis y con econovirus. Su diagnóstico generalmente es en base clínica. Las glándulas parótidas son las mas afectadas con un aumento de volúmen generalmente asimétrico, difuso y doloroso acompañado de ataque al estado general y temperatura.

El virus se encuentra en la saliva aunque ésta es de aspecto normal, cediendo paulatinamente al cuadro en una semana. Ocasionalmente pueden presentarse complicaciones como pancreatitis, orquitis e hiperacusias neurosensoriales. Su tratamiento es asintomático y en la actualidad existe una vacuna que forma parte de la triple vacuna antiviral en contra del sarampión, parotiditis y rubeola. Tiende a presentarse en forma epidémica.



### **Parotiditis Supurativa Aguda no Obstructiva**

Conocida también como parotiditis aguda, quirúrgica ó post-operatoria. Se origina en una infección ascendente a partir de la cavidad oral y a través del sistema de conductos produce un proceso supurativo glandular parotideo. Se presenta generalmente en pacientes debilitados, con pobre higiene oral y deshidratados, como puede presentarse en ancianos en el post-operatorio de cirugía Mayor. Generalmente es causada por cocos grampositivos y es unilateral. Se producen síntomas y signos inflamatorios en la topografía de la glándula afectada y su comprensión puede mostrar la salida del material purulento a través del conducto de Stenon. Su tratamiento es a base del antibiótico adecuado, la correcta hidratación y balance electrolítico y una higiene oral rigurosa. El mejor manejo post-operatorio, en cuanto se refiere al uso de líquidos parentales, ha definitivamente abatido la incidencia de esta enfermedad.

### **Parotiditis Recurrente de la Infancia**

Generalmente se presenta en pacientes que han sufrido ya una parotiditis viral, más frecuentemente en el sexo masculino y entre los 3 y los 12 años de edad, en este cuadro clínico se manifiesta como un aumento de volumen difuso, doloroso, que afecta a una parótida, con datos inflamatorios que pueden llegar a la supuración, que generalmente se desencadena por una deshidratación parcial del niño afectado, como es la práctica intensa de un deporte, que cede con la administración de antibióticos y que puede repetirse en varias ocasiones.

pudiendo dejar como secuela un aumento de volúmen y consistencia difuso de la glándula afectada.

Su etiología se ha relacionado con una estenosis, o varias, de los conductos, secundaria al proceso viral inicial. Su tratamiento es con base en antibióticos, en forma profiláctica, evitar deshidrataciones aún leves y cuando estos cuadros se repiten varias veces o existen ya cambios en el tamaño y consistencia de la glándula afectada se recomienda, cuando no exista un cuadro agudo practicar un sialograma para valorar las alteraciones existentes en el sistema ductal y en el parénquima y determinar la posibilidad de una extirpación quirúrgica de una glándula con cambios destructivos avanzados.

#### Parotiditis Recurrente del Adulto

Cuadro inflamatorio de repetición sin una causa obstructiva que lo determine. En ocasiones llamados como paperas crónicas o de repetición, hay que recordar que la parotiditis viral deja una inmunidad de por vida y que la etiología debe ser estudiada. En ocasiones son la constitución de una parotiditis recurrente de la infancia y en ocasiones aparecen espontáneamente.

Una sialografía es de gran valor en su estudio, pues puede demostrar la presencia de sialectasias o dilataciones de los conductos que pueden obedecer a causas congénitas o adquiridas y haber producido cambios en el parénquima glandular, que según clasificación de Rubin y Holt, basada en aspectos

radiológicos sialográficos, incluyen 4 etapas: punteada, globular, cavitaria y destructiva.

Estas cuatro etapas tienden a presentarse en forma progresiva y ante la presencia de las dos últimas hay que considerar la posibilidad de la ablación quirúrgica de la glándula afectada. En las etapas iniciales, el uso de antibióticos, en etapas agudas, excelente hidratación, masaje local glándula, vigilancia estricta de la higiene oral y evitando drogas que producen como efectos secundarios la resequedad oral, ayudarán al control de la evolución de esta enfermedad.

#### Infecciones Granulomatosas de las Glándulas Salivales

En este párrafo se incluyen varios procesos infecciosos específicos en los cuales existe formación de granulomas y que en general son poco frecuentes.

Tuberculosis: generalmente afecta a la parótida. Puede tener un origen ascendente por diseminación hematogena o por extensión de los ganglios intraparotídeos. Puede simular una tumoración parotídea, aunque generalmente la piel es involucrada, pudiendo drenar externamente. Una radiografía del torax normal puede estar presente, pero la intradermo reacción es generalmente positiva. Una biopsia excisional de preferencia confirmará el diagnóstico y deberá usarse quimioterapia antifúngica posteriormente.

### Sarcoidosis

La fiebre uveoparotidea o síndrome de Herfordt constituye una forma de sarcoidosis, caracterizada por uveitis, aumento de volúmen de las parotidas y parálisis facial. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa crónica de alta incidencia en los negros norteamericanos y de muy baja frecuencia en México. El ataque a las glándulas parótidas se ha demostrado en un 10% de los casos, presentando éstas un aumento de volúmen bilateral, firme, indoloro, el cual tiende a desaparecer con el tiempo.

Uveitis, o sea inflamación del iris, cuerpo ciliar y coronoides oculares, aparece también y generalmente preceden a los datos salivales. Afección de pares craneales es relativamente común y puede ser uni o bilateral y aún preceder otros datos o ser simultánea o posterior a los datos salivales. Una parálisis facial periférica aparece en los 12% de los casos, biopsias de los tejidos afectados demostrará el nódulo sarcoideo. en el cual, la ausencia de bacilos ácidos alcohó, resistentes, lo diferenciará de la tuberculosis. En casos necesarios, el uso de esteroides mejorará el cuadro clínico.

### Actinomicosis

Este tipo de infecciones afectan mas frecuentemente a las glándulas submaxilares, aunque también lo puede hacer en las parotidas. Generalmente se presenta después de la manipulación dental, a la cual sigue dolor, aumento de volúmen, formación

de abscesos y finalmente, el drenaje externo, con la formación de una fistula cutánea. De este material se toma para estudio, por medio de una tinción de Gram: en las cuales las colonias de actinomicas formarán los clásicos gránulos de azufre. Estos gérmenes intermedios entre las bacterias y hongos son altamente sensitivos a varios antibióticos, entre los que destaca la penicilina, eritomicina y tetraciclinas.

Enfermedad por arañazo de gato, esta enfermedad es caracterizada por la formación de un granuloma necrotizante que se produce por una inoculación originada por el rasguño o mordedura de animal, generalmente un gato o un perro, que se origina en una bacteria llamada rothia dentocariosa. los ganglios cervicales se afectan aumentando de volúmen, lo cual puede durar semanas o aún años y puede llegar a supurar externamente. Inoculación conjutival puede producir con afección ganglionar intraglandular o de Perinaud. Generalmente se autolimita pero puede ser necesario el uso de antibióticos sistémicos de amplio espectro o de drenaje o el quirúrgico con la extirpación. El estudio histológico confirmará la sospecha clínica del diagnóstico.

#### Sialolitiasis

Originado por la formación de cálculos dentro del sistema excretor de las glándulas salivales mayores. Se considera como un padecimiento inflamatorio debido a que generalmente genera procesos infecciosos distales al sialolito o cálculo que actúa como mecanismo de obstrucción al drenaje salival. La etiología

se ha relacionado a tres pre requisitos que son: condiciones que favorezcan el estancamiento de la saliva, una matriz que favorezca la formación del cálculo y un mecanismo metabólico que ayude a la precipitación de sales de la saliva en la matriz mencionada.

Los sialolitos se han clasificado según su lugar de origen: parotídeos, sublinguales o de glándulas salivales menores, pueden ser únicos o múltiples y radio opacos o radio lúcidos y finalmente sintomáticos o asintomáticos. Su mayor incidencia es la glándula submaxilar, en donde se presentan en el 83% de los casos.

Esta mayor incidencia se ha explicado por condiciones mecánicas y fisicoquímicas, como la posición inferior de la glándula con respecto de su punto de drenaje, al pequeño orificio del conducto de Warthon con respecto al calibre del conducto en sí y a que sitio de drenaje en la cavidad oral, facilita el contacto con detritus y contactos con placas dentales inferiores.

Además la glándula submaxilar produce una saliva con un componente seroso y uno mucoso y es mas rica en fosfatasa, que favorece la formación de fosfatos inorgánicos, los cuales se precipitan fácilmente en presencia de un pH alcalino. En la glándula parótida se presentan un 10% de los casos de sialolitiasis y un 7% en la sublingual. Cálculos en las salivales menores son ocasionales u pasan desapercibidos con

frecuencia. El 20% de los sialolitos submaxilares son radiolúcidos y el 40% de los parotídeos presentan igual característica. El 25 % de los casos de sialolitiasis se presentan como cálculos múltiples.

Los cálculos salivales pueden desarrollarse en los conductos intraglandularmente o extraglandularmente, su formación es mas frecuente en los sitios en que por su trayectoria, los cuales se angulan y así en la submaxilar son más frecuentes en el borde posterior del milohiideo y para la parótida, cerca del orificio del conducto de Stenon, al penetrar el conducto a través del músculo buccinador. Su mayor incidencia es después de la cuarta década de la vida. Su presentación clínica abarca basicamente tres formas: el encuentro radiológico accidental. La presencia de aumentos de volumen de una glándula durante los alimentos, con discreta molestia local, la cual desaparece al terminar de comer y disminuir la necesidad de un flujo salival mayor y una tercera forma en la que aparecen datos de una infección aguda con francos cambios inflamatorios en el sitio de drenaje y en la topografía de la glándula afectada y con sintomatología general de una infección, como es fiebre y ataque al estado general.

Debe mencionarse que la sialolitiasis no se relaciona en ninguna forma con la presencia de cálculos en otras partes del organismo, como las vías urinarias o la vesícula biliar o endocrinopatías como el hiperparotidismo. Para su diagnóstico, además de la historia clínica adecuada, debe recurrirse a la

palpación intraoral que en muchas ocasiones nos permite detectar el sialolito.

Estudios radiológicos simples como una placa oclusal o radiográficas oblicuas de la rama horizontal, definirán los cálculos radiopacos submaxilares. En el área parotidea, la sobreposición de estructuras óseas hace de menor valor las placas simples. La sialografía detectará los defectos de llenado en los conductos cuando no puedan visualizarse o palpase los cálculos. En los estados inflamatorios agudos, la administración de antibióticos que abarquen cocos gramopositivos de una adecuada hidratación para mejorar el flujo salival y de analgésicos, hará que el estado agudo ceda y posteriormente se practicará un tratamiento quirúrgico adecuado que puede variar desde una metotomía del conducto hasta una extirpación de la glándula afectada, dependiendo de la localización del cálculo y de los cambios glandulares detectados en la sialografía.

## 1.2 Manifestaciones de enfermedades sistémicas

### Sialosis

Se ha llamado sialosis al tamaño de las glándulas salivales que se observa en algunos padecimientos sistémicos en los cuales se produce histológicamente una infiltración grasa o una hiperplasia del tejido salival. Así en pacientes diabéticos, aún en ausencia de infección, pueden observarse un aumento de volúmen de las glándulas parótidas principalmente.



Pancreatitis crónica y fibrosis quística, pueden también producirlo al igual que una malnutrición. Enfermedades que se acompañan de deficiencias nutricionales como el alcoholismo crónico, la gota y la cirrosis, parecen converger en un estado patológico que se ha denominado el síndrome de Enrique VIII, por haberlo presentado aquel Rey Inglés, con franco aumento de volumen parotídeo bilateral como se manifiesta en pinturas de aquella época.

La insuficiencia renal con franca uremia produce sialosis, pero la diálisis crónica parece revertirla y aún prevenirla. Las hiperlipoproteinemias tienden a producir infiltraciones grasas. Alergias alimenticias y amiloidosis son causa rara de sialosis.

Algunos medicamentos pueden producir aumentos de tamaño salival. Así, el uso del yodo, en especial intravenoso y en pacientes con deficiente función renal, pueden causar aumentos de volumen submaxilar. Cantidades excesivas de plomo, cobre y mercurio, o bien medicamentos con sulfonamidas, cloranfenicol y tetraciclinas, pueden ser su origen.

### 1.3 Enfermedades Inmunitarias

#### Enfermedad Linfocitaria Benigna: Síndrome de Sjogren

Históricamente en 1892 Mikulicz reportó un caso de aumento de volumen de las glándulas salivales y de las glándulas lacrimales, simétrico y crónico y a estas alteraciones en las

cuales se encontró histológicamente una infiltración linfocitaria, se le llama enfermedad de Mikulicz.

En 1933 un oftalmólogo sueco llamado Henrik Sjorgen describió pacientes de predominio del sexo femenino, los que presentaban disminución de la secreción lagrimal, con resequedad de la cavidad oral y aumentos de volúmen parotídeos episódicos y síntomas sistémicos de una poliartritis crónica, posteriormente identificada como artritis reumatoide, aunque podía también ser otra colagenopatía como el lupus eritematoso, escleroderma, polimiositis o periarteritis nodosa.

A este conjunto de síntomas y signos se le denominó síndrome de Sjorgen y fue hasta 1953 que Morgan y Castleman demostraron que histológicamente la enfermedad de Mikulicz y el síndrome de Sjorgen eran idénticos, lo cual hacía estas dos denominaciones parte de un mismo proceso, representado el Mikulicz en forma menos florida en la cual no aparecía la enfermedad del colágeno. En estos pacientes la presencia del factor reumatoideo y de anticuerpos séricos al epitelio de los conductos salivales ha sido demostrado frecuentemente, además de que estudios de proteínas séricas han demostrado anomalías que son características de las enfermedades autoinmunes. En teoría, autoinmune se refiere a la formación de un antígeno producido por el epitelio glandular el cual provoca una infiltración por linfocitos y células plasmáticas que reaccionan inmunológicamente con los anticuerpos,

formándose una reacción antígeno anticuerpo que generará destrucción del tejido salival con inflamación secundaria. Histológicamente, los padecimientos autoinmunes producen en el tejido salival una infiltración periductal linfocitaria que produce del parénquima glandular con la consecuente reproducción de éste por la mencionada infiltración y fibrosis. Simultáneamente el epitelio ductal de células epiteliales columnares o cuboidales así como células mioepiteliales que las rodean, sufren una metaplasia con proliferación, que lleva a estrechar el calibre del conducto hasta formar una celular sólida que representa una isla mioepitelial, la cual se rodea de un mar de linfocitos. Estos cambios histológicos pueden observarse en las glándulas salivales aún en ausencia de otras manifestaciones de un padecimiento autoinmune.

Al presente no existe un tratamiento definitivo para el Síndrome de Sjorgen. Se utiliza un tratamiento asintomático individual, lágrimas artificiales, aumento de la ingesta de líquidos y un cuidadosos mantenimiento de la higiene oral. El uso de antibióticos es limitado pues su utilidad es para evitar que procesos infecciosos se expandan fuera de las glándulas salivales. Los corticoides sistémicos son útiles para disminuir los estados inflamatorios agudos, pero no son curativos.

En casos en los cuales los síntomas locales de inflamación se vuelvan intratables, la parotidectomía superficial resuelve el

problema, aunque el proceso básico de la enfermedad no sea alterado. En el pasado la terapéutica ha sido pasiva pero la evidencia de transformación maligna ha hecho considerar la posibilidad de formas de tratamiento más activo y se han utilizado con este fin inmunosupresores, siendo el más efectivo hasta la actualidad, la ciclofosfamida, la cual disminuye el infiltrado linfocitario glandular aunque la sintomatología no se vea marcadamente. Se ha recomendado el tratamiento inmunosupresor en aquellos casos en que se demuestra el infiltrado en áreas extra-salivales.

#### 1.4 Neoplasias

##### Generalidades

Los tumores de las glándulas salivales son poco comunes y comprenden cerca del 3% de todas las neoplasias de la cabeza y del cuello. Su incidencia varía entre 1 a 3 por cada 100,000 habitantes en general en todo el mundo. Son un poco comunes en las mujeres y en otras razas que no sea la blanca. En la infancia son muy raros y el promedio de edad para su aparición, son los 45 años. En estas neoplasias existen en muchas ocasiones similitudes en la morfología macroscópica y microscópica que requerirán de la experiencia de un calificado histopatólogo para poder interpretar su imagen y obtener los correctos diagnósticos.

Su incidencia, así como la aparición de las distintas variedades que componen este grupo de neoplasias no es el

mismo para todas las glándulas salivales y así vemos que son más frecuentes en las glándulas parótidas. Por cada 100 tumores parotídeos se presentan 20 de glándulas menores, 10 de submaxilares y sólo uno sublingual. Con respecto a su comportamiento biológico vemos que el 75% de las neoplasias parotídeas son benignas, 40% de las submaxilares, 30% de las salivales menores y cuando más un 10% de las raras neoplasias sublinguales corresponden al grupo de tumores benignos. Es muy importante conocer la evolución del tratamiento quirúrgico de las neoplasias de las glándulas salivales, para así atender los conceptos que han creado las bases en las cuales se fundamente su tratamiento actual.

El alto índice de recurrencias era debido a la violación de principios básicos de cirugía oncológica y al temor del daño al nervio facial, por no existir técnicas que sistemáticamente lo identificaran, para así protegerlo. Así se estableció el concepto de una adecuada biopsia excisional que presentó el avance más significativo apropiado para los tumores de origen salival.

#### GLANDULA PAROTIDA

La mayoría de los tumores de esta glándula se originan en el lóbulo superficial de la misma, que es el de mayor tamaño, es decir, que la neoplasia queda situada en un plano externo al del nervio facial. La obtención de una biopsia excisional estará representada por una parotidectomía superficial. En casos de neoplasias en el lóbulo profundo, la biopsia

excisional requerirá de una parotidectomía total, puesto que para resecar el lóbulo profundo es necesario primero identificar el facial en su tronco y a partir de éste, resecar el lóbulo superficial para así obtener bajo visión todas las divisiones de este nervio y poder elevarlas de su lecho sin seccionarla y de esta forma lograr sacar el lóbulo profundo, el cual es cubierto por el nervio como por una malla, previamente a su disección y movilización.

La preservación de la integridad del nervio facial está basada en su identificación o subsecuente protección bajo visión directa.

Existen dos técnicas para la identificación del VII par. Una que busca su tronco principal a su salida del agujero estilomastoideo y a partir de éste se diseccionan las divisiones intraglandulares y la otra en la cual se buscan las ramas periféricas utilizando la rama mandibular al cruzar sobre la vena facial posterior, o bien, usando la rama bucal en las proximidades del conducto de Stenon y a partir de ésta se disecciona retrógradamente bajo visión para identificar todo el nervio hasta su entrada en la base del cráneo.

La primera técnica es la más usada puesto que las relaciones anatómicas óseas en la vecindad del tronco principal son más constantes que las relaciones de las ramas periféricas. Sin embargo, la técnica retrógrada puede ser necesario usarla cuando el tejido neoplásico oscurezca el área del forámen

estilomastoideo. Referencias óseas constantes a la salida de la base del cráneo, son la inserción muscular del vientre posterior del digástrico la apófisis transversa de la segunda vértebra cervical, que quedan profundamente situadas, las dos últimas y a su nivel, la primera.

Entre la punta mastoidea y el conducto auditivo externo cartilaginoso, se encuentra el tronco principal del nervio. A él nos guía todavía más, la fisura tímpano mastoidea y él llamado "apuntador" del conducto auditivo que está representado por una porción triangular del cartílago situado en el borde profundo de esta estructura y que se identifica fácilmente por palpación.

#### **GLANDULA SUFMAXILAR Y GLANDULA SUBLINGUAL**

Para evitar biopsias incisionales, el espécimen más adecuado para biopsias de estas glándulas, lo representa la totalidad de estas glándulas, sea en casos de tumoraciones de ellas, habrá que removerlas en su totalidad para así obtener el diagnóstico histopatológico. Los nervios hipogloso y lingual, así como la rama mandibular del facial, según el caso de ser protegidos.

La técnica para la extirpación de la glándula submaxilar está basada en una exposición a través de una incisión cervical transversa y en una disección pericapsular de ésta para evitar dañar la rama mandibular. Posteriormente se eleva su porción inferior en el vértice del ángulo formado por los dos vientres

del digástrico y ahí se identifica al XII par craneal y finalmente al elevar todo el aspecto profundo de la glándula del músculo hipogloso en la porción superior y si por dentro de la rama horizontal del maxilar inferior se observara el nervio lingual, el cual es descendido al traccionar la glándula por las fibras que lo unen al ganglio submaxilar.

La resección de la glándula sublingual es a través de un abordaje intraoral y con previa canulación del conducto de Wharton para protegerlo.

#### GLANDULAS SALIVALES MENORES

Estas neoplasias son de localización submucosa, principalmente en el paladar óseo, en donde alcanzan su mayor frecuencia. Cuando son pequeñas, su extirpación total nos permitirá una biopsia excisional. Cuando los tumores son de mayor tamaño o su localización es en otras zonas menores accesibles en ocasiones, será necesario obtener biopsias incisionales y dependiendo de la anatomía regional revuelta en el proceso y del tipo de neoplasias, se practicará la extirpación definitiva, que puede abarcar desde una glosectomía parcial, fenestraciones del paladar, maxilectomía parcial o radical o aún, laringectomías parciales o totales.



## CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que llegamos son:

- Saber relacionar la localización de las glándulas con respecto a otras estructuras para así tomar precauciones para evitar una posible lesión en las estructuras y nervios adyacentes, sin tener que llegar a una reparación quirúrgica.

- Debemos crear conciencia en el cirujano dentista de la importancia de un buen diagnóstico, para poder brindar un buen tratamiento si llegara a presentarse algún tipo de quiste o tumor en estas zonas de vital importancia.

- Tener un mayor conocimiento no sólo de la localización anatómica de estas estructuras sino también tener una amplia visión de su comportamiento funcional; para ello es necesario saber el desarrollo de éstas desde sus primeros días de formación, así como tomar en cuenta su importancia en el funcionamiento normal de nuestro cuerpo.

- Saber hacer un diagnóstico diferencial entre las patologías que aquí presentamos con otro tipo de anomalías similares para poder llegar así a un buen diagnóstico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alspaugh, M.A. and Whaley, K.: Sjogren syndrome. En Kelly, W.N., y cols. Textbook of Rheumatology, 1981, W.B. Saunders Co.
2. Baker, D.C. y cols.: Microvascular free dermis-fat flaps for reconstruction after ablative Head and Neck Surgery. Arch. Otolaryngol. 106: 449-453, 1980.
3. Caltarreta, T.C. y cols.: The value of sialography in the diagnosis of Parotid Tumors. Arch. Otolaryngology. 103: 727-729, 1978.
4. Castro, E.B. y cols.: Tumors of Salivary Gland in Children. Cancer 29: 312-317, 1972.
5. Conley, J. y cols. Facial nerve in recurrent benign pleomorphic adenoma. Arch. Otolaryngol. 104: 247-251, 1979.
6. Conley, J. y cols.: Adenoid cystic carcinoma in the Head and Neck (Cylindroma). Arch. Otolaryngol. 100: 81-90, 1974.
7. Cummings, Ch.W. y cols.: Tomo 2. Glándulas Salivales. Otolaryngology Head and Neck Surgery. St. Louis. 1986. The C.V. Mosby Company.

8. Eversole. L.R. Mucoepidermoid Carcinoma. Review of 815 reported cases. J. Oral. Surg. 2: 314-325, 1973.
9. Foote, F.W. Jr. y cols.: Tumors of the Major Salivary Glands, Cancer 3: 445-458, 1950.
10. Foote, F.W. Jr. y cols.: Tumors of the Major Salivary Glands. Atlas of Tumor Pathology. Fascicle 11. Washington, D.C. Armed Forces Institute of Pathology, 1954.
11. Hillel, A.D. y cols.: Evaluation of section in Parotid Gland Surgery. Arch. Otolaryngol. 104: 230, 1983.
12. Kassan, S.S. y cols.: Increased risk of Lymphoma in Sicca Syndrome. Ann. Intern. Med 89: 888, 1978.
13. Kornblut, A.D. y cols.: A revaluation of the Frey's syndro, e following Parotid surgery. Arch. Otolaryngol. 102: 258, 1877.
14. Martin, H. The operative removal of tumors of the parotid salivary gland. Surgery. 31: 679, 1952
15. Moparland, J. The mysterious mixed tumors of the salivary glands. Surg. Gynee Obset. 76: 23, 1943.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

16. Morgan, W. y cols: Aclinicopathologie of Mikul disease.  
Amer. J. Path. 29: 471, 1953.
17. Rankow, R.W. y cols.: Diseases of the salivary gland.  
Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1976.
18. Regezi, Hoseph A. and Sciubba, James J.: Patologia Bucal.  
Philadelphia, 237-243, 1989.
19. Spiro, R. II y cols.: Adenoid cystic carcinoma of the  
salivary origin: a clinicopathologic study of 242  
cases. Am. J. Serg. 128: 512, 1974.