



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA
Y ZOOTECNIA

CONTRIBUCION AL TRATAMIENTO
QUIRURGICO DEL QUISTE SALIVAL
DE LA GLANDULA SUBMAXILAR EN PERROS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

P R E S E N T A

JOAQUIN ARTIGAS ZETINA

8184

México, D. F. 1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
RESUMEN	1
I INTRODUCCION	3
Anatomía de las glándulas salivales.	3
Patología.	6
Etiología.	7
Diagnóstico.	7
Diagnóstico diferencial.	8
II MATERIAL Y METODOS	10
Instrumental de cirugía general.	10
Instrumental de cirugía especial.	11
Material biológico.	12
Técnica de sialografía.	14
Técnica de formación de una fístula de eliminación.	18
Técnica de extirpación de la glándula mandibular en su totalidad.	26
III RESULTADOS	34
IV DISCUSIONES	37
V CONCLUSIONES	39
VI BIBLIOGRAFIA	40

RESUMEN

El quiste mandibular o submaxilar, es una entidad nosológica que se presenta con cierta frecuencia en perros, lo cual consiste en un acúmulo de saliva en la región submaxilar o gutural, la saliva proviene de la glándula submaxilar, y al romperse el conducto de dicha glándula, la saliva se va acumulando en la región antes mencionada, formandose un quiste por el efecto dilatador de la secreción.

Las causas que originan el quiste pueden ser, Problemas de carácter hereditario, congénito, o adquirido de tipo infeccioso, traumático o litiasis y tumoraciones.

Para establecer el diagnóstico nos podemos guiar por el incremento de volumen en la región gutural, la cual varía de tamaño, se presenta una distención gradual de la piel siendo su consistencia siempre blanda y no dolorosa.

Si se efectúa una punción aséptica se podrá comprobar la salida de saliva con una densidad mayor a la normal. Para poder comprobar cual de los dos conductos es el causante del quiste, ya sea el derecho o el izquierdo, empleamos la técnica de sialografía, la cual consiste en inyectar bajo anestesia general un líquido radio opaco (lipiodol ultrafluido) por medio de un cateter que se introduce donde desemboca el conducto mandibular que es muy poco mani

fiesto y para esto se usa el microscópio de microcirugía. - Ya inyectado el radio opaco se toma la radiografía dorso -- ventral y despues lateral empleando la técnica para tejidos blandos, lograndose establecer un diagnóstico preciso.

Los tratamientos quirúrgicos empleados para resolver el problema del quiste fueron dos: El primero consistió en formar una fístula de eliminación para drenar la saliva hacia la cavidad bucal, sustituyendo al canal obstruido, lo cual se logra perforando la piel en la región más baja del quiste con un clavo de Steinman que lleva cuatro hebras de nylon insertadas, el clavo se conduce hasta cerca de la cárcula donde se emboca el conducto mandibular, fijando dichas hebras en la mucosa bucal, así como en la piel formando un conducto artificial que drena la bolsa quística, lo cual en la mayoría de los casos fué suficiente para resolver el problema.

El segundo tratamiento quirúrgico fué la extirpación de la glándula mandibular, no volviéndose a presentar el problema en todos los casos tratados, lo cual indica que este es el método de elección.

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

ANATOMIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Glándula Parótida.- Es una glándula pequeña, irregularmente triangular, su extremidad dorsal es ancha y está dividida en dos partes por una escotadura profunda que recibe la base de la oreja. La extremidad ventral es pequeña y cubre la glándula mandibular.

Conducto Parotídeo.- Este abandona la glándula en la parte inferior del borde anterior, cruza el músculo masetero y se abre en la cavidad bucal a nivel de la tercera muela superior. Se encuentra a veces pequeñas glándulas parótidas accesorias a lo largo del trayecto del conducto.

Glándula Sublingual.- Es de color rosado y está dividida en dos partes, la porción posterior se halla sobre el músculo occípito mandibular en íntima relación con la glándula mandibular, pero puede separarse francamente de la misma, después de quitar la cápsula fibrosa común. Tiene una prolongación anterior aguda. Su conducto acompaña al conducto mandibular, y se abre al lado del mismo, o bien se junta con él a la altura de la inserción del frenillo de la lengua.

La porción anterior larga y estrecha, se halla entre la membrana mucosa de la boca y el músculo milohioideo,

encima del músculo estiloso.

Tiene cierto número de pequeños conductos (8 a 12) algunos de los cuales se abren directamente en la boca, mientras que otros se juntan al conducto principal.

Glándula Cigomática.- Está situada en la parte anterior de la fosa pterigopalatina. Se relaciona superficialmente con el arco cigomático, y con los músculos maseteros y temporal. Su cara profunda se halla en contacto con la periorbita, el músculo pterigoideo, la arteria maxilar interna y el nervio maxilar. Tiene cuatro o cinco conductos que se abren cerca del último molar, uno de ellos es casi tan grande como el conducto parotídeo, los demás son pequeños.

Glándula Mandibular o Submaxilar.- Esta glándula tendrá un interés particular, puesto que es el origen del quiste salival al que se hace referencia. Es generalmente mayor que la parótida. En los perros de gran talla, llega a medir cerca de 5 cm. de longitud y 3 cm. o más de anchura (10).

Su contorno es redondeado, su color amarillento pálido y está cubierta por una cápsula fibrosa. Su parte superior está en contacto con el polo inferior de la glándula parotídea, pero las porciones restantes son superficiales y pueden palpase en el ángulo de unión de las venas yugular y maxilar externa. (Fig. 1)

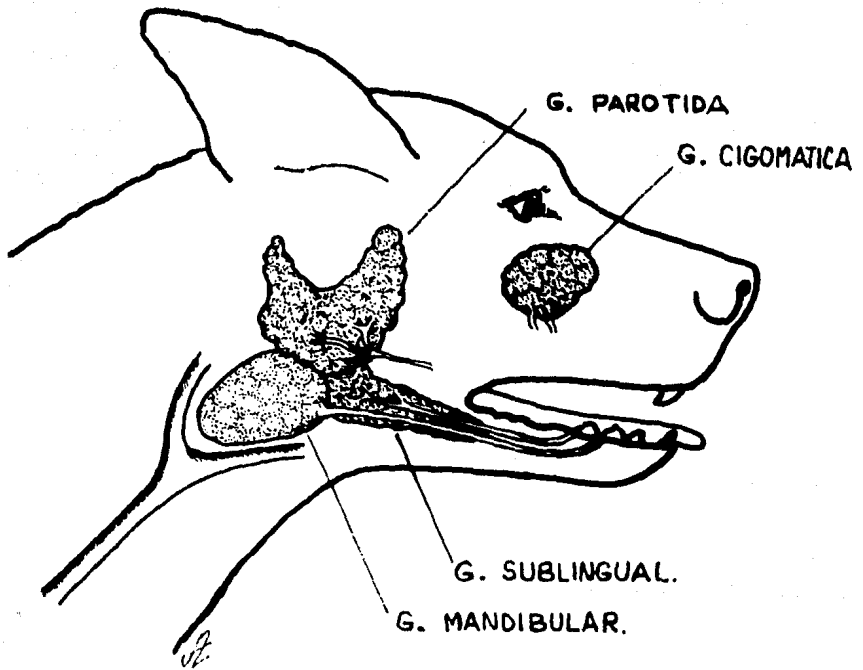


FIG. 1

Si se practica una incisión longitudinal en la cápsula, se libera la porción caudal de la glándula (7).

Conducto Mandibular.- Se desprende de la superficie interna de la glándula mandibular cerca de su extremo anterior, donde se halla rodeada por la glándula sublingual, que tiene su propio conducto. Este conducto se dirige a lo largo de la superficie de los músculos occipitomandibular y estiloso.

Inicialmente el conducto mandibular y el sublin-

gual guardan relación con el músculo masetero, la mandíbula hacia afuera y con el digástrico hacia adentro siguiendo después el trayecto sobre éste último músculo hasta llegar a -- una porción entre el estiloso por dentro y el milohioideo hacia afuera. Estos conductos se abren en la boca en una papila muy poco manifiesta, en las inmediaciones del frenillo lingual (10).

PATOLOGIA.

El quiste mandibular o submaxilar, como su nombre lo indica, se encuentra en la región media de la zona postmaxilar inferior y gutural. Este quiste es una entidad nosológica que se presenta con cierta frecuencia en perros, este problema lo constituye el acúmulo de saliva al obstruirse y romperse el conducto salival de la glándula submaxilar o el principal de la sublingual según el caso.

Cuando un conducto salival es ocluido, la glándula se atrofia pero antes de que se complete este proceso, se -- llega a formar un quiste en el conducto, por el efecto dilatador de la secreción (5).

Los neoplasmas, radicados en las glándulas salivales son extremadamente raros en el animal. Los tumores en -- esa región son linfomas malignos, fibroblastomas u otras formas no relacionadas histogenéticamente con el tejido glandular (11).

ETIOLOGIA

Las causas que pueden originar el quiste, son varias que van desde problemas de carácter hereditario, congénito o adquirido de tipo infeccioso, traumático o litiasis y tumoraciones.

Es muy factible que al suministrar huesos de cualquier tipo en la alimentación de los perros, se pueda originar la obstrucción del conducto, puesto que al triturar los huesos se traumatiza el conducto y se produce una inflamación en el mismo, que favorecerá la estenosis y la obstrucción del canal; por lo tanto la ruptura del mismo, por la presión que ejerce la saliva. (6)

DIAGNOSTICO

En casos de infecciones, inflamación, conformación de abscesos en la glándula submaxilar, se produce un incremento en la salivación, con la ruptura del conducto como ya se ha dicho. La saliva dilata el tejido celular formando una bolsa en la región gutural la cual varía de tamaño. Esta entidad nosológica siempre estará representada por una distensión gradual de la piel en la región antes señalada (mucosele o sialosele) y a medida que pasa el tiempo se hace más manifiesta y notable a la palpación, su consistencia es siempre blanda con sensación de líquido en el interior y sin dolor al tacto, permaneciendo la piel íntegra, además no hay variación en la temperatura corporal permaneciendo ésta nor-

mal (38.5).

Este diagnóstico se puede complementar efectuando una punción ascéptica, lo cual se hace con una aguja del número 14 o 16 y por succión con una jeringa se puede comprobar la salida de saliva de una densidad mucho mayor a la normal (9).

Estos datos son suficientes para comprobar la existencia del quiste mandibular, pero como éste está localizado generalmente en la parte media de la región gútural, no informa cual de los dos conductos es el responsable del quiste, salvo cuando se aprecie francamente del lado derecho o del lado izquierdo, lo cual algunas veces sucede. Sin embargo en algunas ocasiones es necesario comprobar si el conducto derecho o el conducto izquierdo es el que se ha roto, debido a la obstrucción y especialmente cuando el tratamiento se orienta hacia la extirpación de la glándula mandibular en su totalidad. Por lo que el procedimiento más preciso es el empleo de la sialografía (3).

Como se ha dicho anteriormente estos casos son algo frecuentes y el tiempo que transcurre desde que se origina la obstrucción del conducto, hasta la formación del quiste, varía entre 15 y 25 días aproximadamente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Estos padecimientos pueden confundirse con una tu-

moración o un absceso crónico de los llamados fríos, en el primer caso la consistencia será fibrosa y dura al tacto, y a la punción no saldría ningún líquido similar a la saliva. En el caso del absceso frío al puncionarlo se notaría la -- presencia de pus. Además es conveniente explorar por palpación el trayecto del conducto salival, si la obstrucción se encuentra a la salida de la glándula cuando se usa la técnica de sialografía, la substancia radio opaca se desviará -- hacia el quiste, comprobándose así cual es la glándula responsable de la formación del quiste.

II MATERIAL

El material que se usó en este trabajo, es instrumental de cirugía general, cirugía especial, y material biológico.

a) Instrumental de cirugía general

De campo:

Pinzas de Backhous

Pinzas de muelle

De diáeresis:

Bisturí con mango del número 4

Tijeras de Mayo rectas y curvas

Tijeras de punta aguda y punta roma

Pinzas de disección

Sonda acanalada

Estilete

Ganchos separadores de Farabeuf

De Hemostasis

Pinzas de Kelly rectas y curvas

Pinzas de Rochester Pean

Pinzas de Halsted

Pinzas de Kocher

Pinzas de Allis

De Sutura

Porta agujas de Mayo Hegar

Pinzas de dientes de ratón

Agujas de sutura de ojo automático de diferentes números

Catgut simple del número 0, 00, 000

Nylon monofilamento del número 0 y trenzado -- del número 1

Preanestesia:

Rompun (miorelajante, sedativo, analgésico y anestésico)

Atropina (parasimpaticolítico estimulante del centro respiratorio y depresor del vago)

Anestesia:

Pentothal sódico (Tiopenthal sódico)

Agujas hipodérmicas del número 20, 21 y 22

Jeringa de cristal de 5 y 10 ml. con pivote metálico de enchufe universal

Aparato para venoclisis

Ligadura de caucho

Suero salino fisiológico

b) Instrumental de cirugía especial

Clavo de Steinman ranurado de 3 a 4 ml.

Microscopio para microcirugía

Cateter de medio ml.

Radio opaco (lipiodol ultrafluido)

Aparato de rayos x

Equipo completo de ropa quirúrgica para cirujano
y ayudantes (1).

c) Material biológico

Diez perros de diferentes razas, edades y se--
xos

II METODOS

Antiguamente se intentaban múltiples tratamien---tos, entre ellos el empleo de sustancias cauterizantes como la tintura de yodo concentrada, nitrato de plata y otros cauterizantes. Para destruir el epitelio interno del quiste con dichas sustancias. Esto lo hacían por medio de una incisión en el área submaxilar. Este método daba buenos resul---tados, pero requería de tratamientos prolongados, y eran mo---lestos y dolorosos y en algunos casos no se resolvía el pro---blema.

Otro método consistía en exteriorizar las paredes internas del quiste por medio de una incisión de su extremi---dad anterior a su posterior. Los bordes de la incisión, se suturaban con alambre u otro material parecido, dejando un hueco para evitar que la herida se cerrara, y así la pared del quiste quedaba expuesta a la desecación por aplicacio---nes de agentes cauterizantes. El paciente era colocado en decúbito dorsal y la tintura de yodo era introducida hasta llenar el quiste, permaneciendo por un minuto o más antes de ser retirado.

Estos tratamientos tenían que repetirse cada ---tres o cuatro días hasta que las paredes del quiste eran ---destruidas y posteriormente se removían las suturas de ---alambre pudiéndose entonces suturar la piel y concluir el tratamiento.

También se usaba la extirpación del quiste, lográndose mejores resultados que los tratamientos antes descritos (4), (9).

Es indiscutible que hoy en día el procedimiento -- que resuelve radicalmente el problema, es la extirpación de la glándula en su totalidad, pero en los casos en que no se disponen de los medios necesarios, o no sea posible precisar cual es la glándula que debe extirparse se ha empleado un -- procedimiento que en un gran número de casos ha resuelto el problema. A este procedimiento lo llaman "formación de una fistula de eliminación" (2), (8).

Todos estos procedimientos ya mencionados han resuelto el problema en la práctica, pero como se ha dicho antes la extirpación de la glándula en su totalidad es el de mejor elección.

Antes de proceder a cualquiera de estas técnicas, es recomendable el empleo de la sialografía (3), la cual consiste en inyectar bajo anestesia general un líquido radio opaco como el lipiodol ultrafluido. Esto se efectúa por medio de un catéter de medio milímetro con una aguja hipodérmica del número 25 o 27 con punta roma, introduciendo el catéter en el orificio del conducto mandibular, localizado en -- las inmediaciones del frenillo de la lengua, este orificio -- no se aprecia a simple vista por lo que es necesario utilizar el microscópio para microcirugía (Fig. 2).

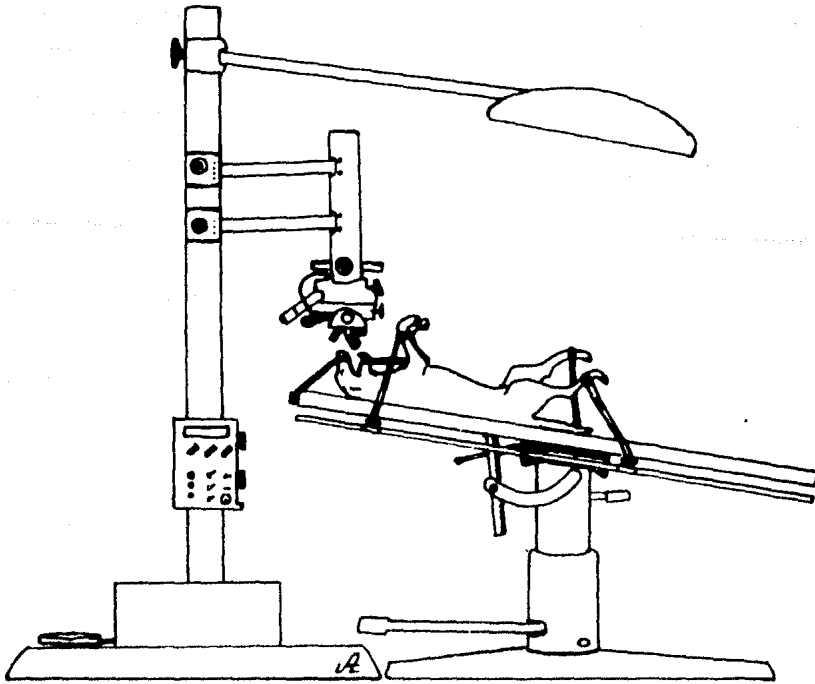


FIG. 2

Ya localizado el orificio se introduce el cateter unos tres o cuatro centímetros dentro del conducto y se procede a inyectar el líquido con la jeringa que está conectada al otro extremo del cateter, en cuanto se sienta resistencia sabremos que el radio opaco ha llegado a la glándula, y de inmediato se toma la radiografía dorso ventral y despues lateral, empleando la técnica para tejidos blandos (3). (Fig. 3 y 4).

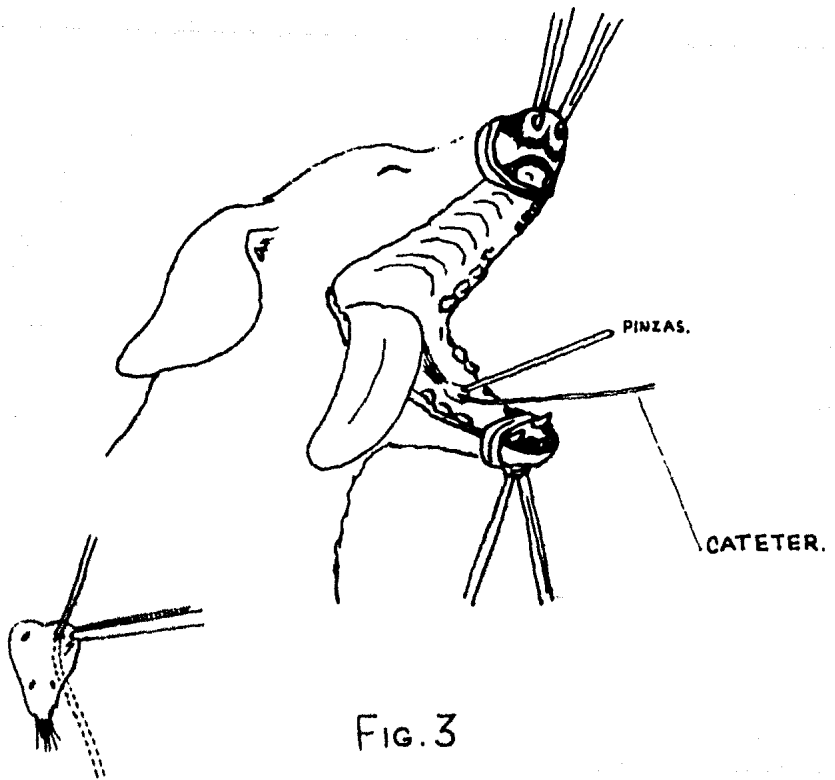


FIG. 3

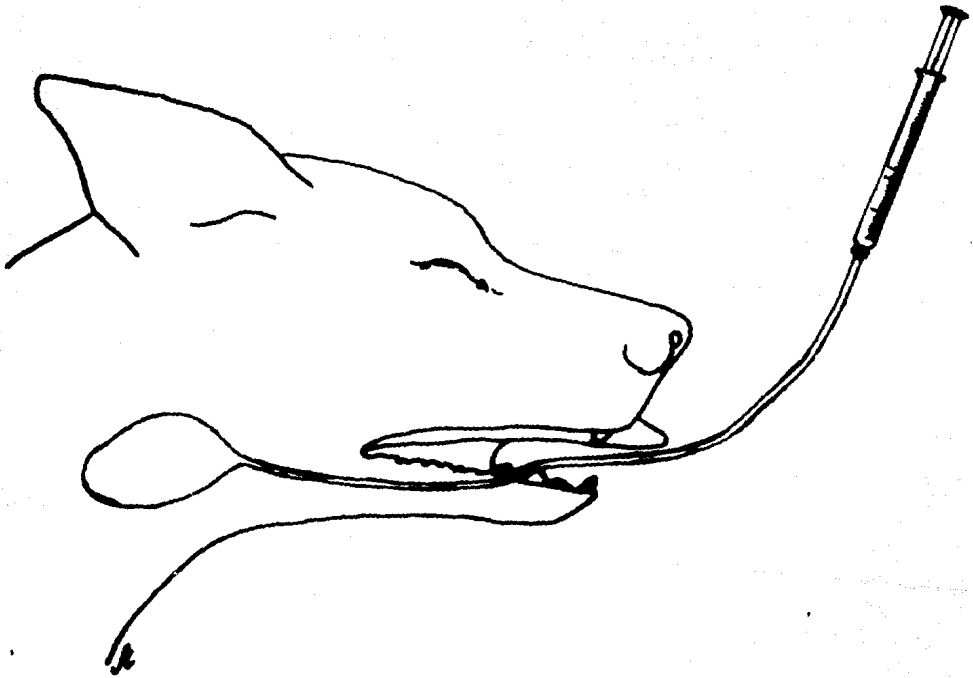


Fig. 4

Anteriormente se mencionó la "Formación de una -- fistula de eliminación" que consiste en un tratamiento quirúrgico para formar un canal fistuloso por donde drene la -- saliva hacia la cavidad bucal, substituyendo al canal obs-- truido, para lo cual se perfora la piel con un clavo de --- Steinman que lleva cuatro hebras de nylon hasta salir a un punto cerca de la carúncula donde desemboca el conducto sub maxilar, fijando dichas hebras tanto en la mucosa bucal como en la piel, para drenar la saliva por el conducto fistu-- loso que se forma y dreña la bolsa quística, lo cual se de-- talla a continuación.

TECNICA DE FORMACION DE UNA FISTULA DE ELIMINACION

Primer tiempo.- Anestesia general inducida con pentotal sódico a razón de 25 mg. por kg. de peso corporal y empleando como pre-anestésico un mg. de sulfato de atropina y .5 mg. por kg. de peso corporal de hidrocioruro de 2 (2,6 xilidino) 5-6 dihidro. 4 II-1.3 tiacina (kompun al 27).

Segundo tiempo.- Posición decubito-lateral, depilación y antisepsia de la región que cubre el quiste.

Tercer tiempo.- Incisión de un cm. de largo en la **región** más prominente del quiste y por presión se elimina su contenido (Fig. 5)

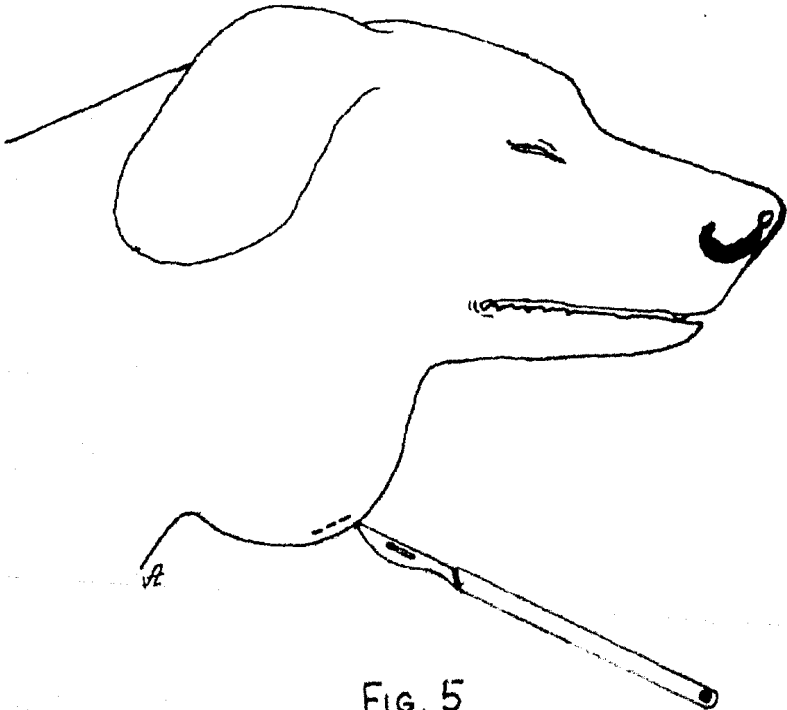


FIG. 5

Cuarto tiempo.- Con una jeringa sin aguja se instila en la cavidad quística agua oxigenada a 10 volúmenes y se dá un masaje a la bolsa quística para extraer por presión el máximo de fibrina y saliva que se encuentra dentro. (Fig. 6)

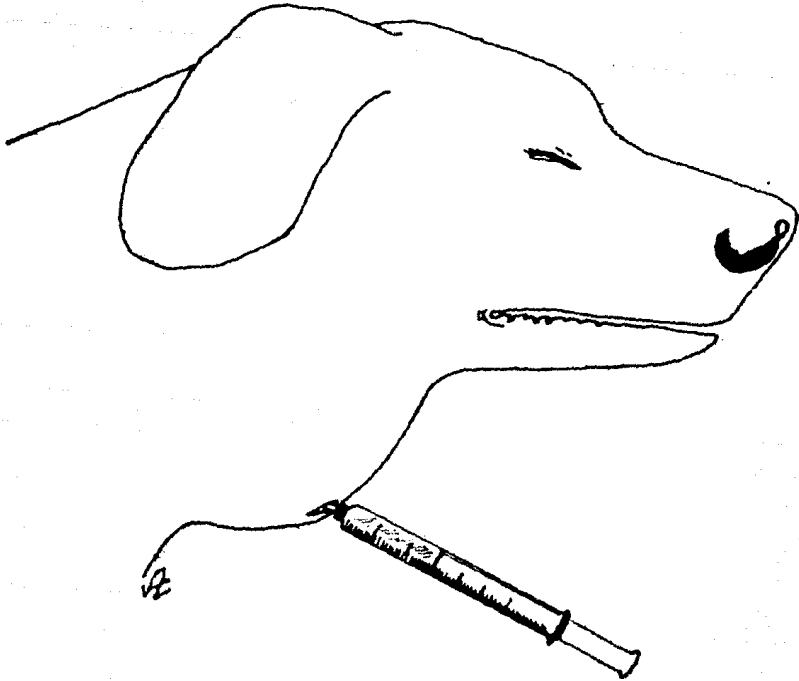


FIG. 6

Quinto tiempo.- Al clavo de Steinman se le insertan en la ranura ya señalada dos hebras de nylon trenzado - de 30 a 40 cm. aproximadamente según la talla del paciente. (Fig. 7).

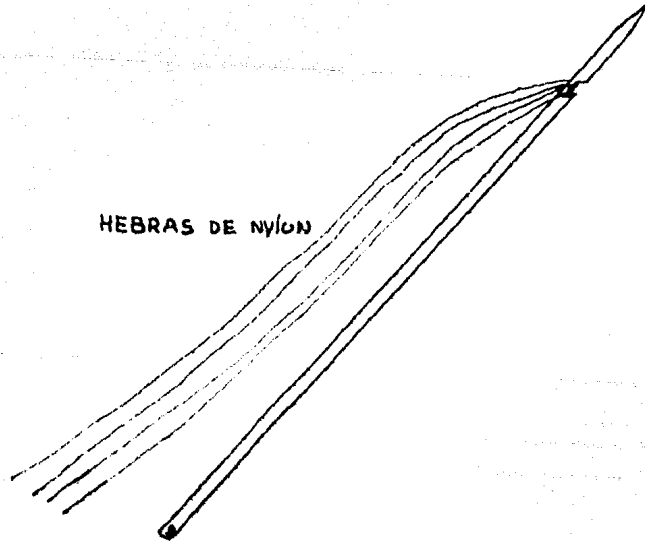


FIG. 7

Sexto tiempo - Se introduce el clavo por la herida cutánea que se hizo en el primer tiempo, y paulatinamente se va conduciendo por palpación entre la rama maxilar y la inserción del frenillo de la lengua, atravesando los músculos milohioideo y geniohioideo siguiendo un trayecto hasta la carúncula o próximo a ella, que es el sitio donde desembocan los canales secretores de ambas glándulas. Localizado este punto, se atraviesa la mucosa sublingual y se conduce el clavo hasta la salida de la ranura donde van insertadas las hebras de nylon. (Fig. 8).

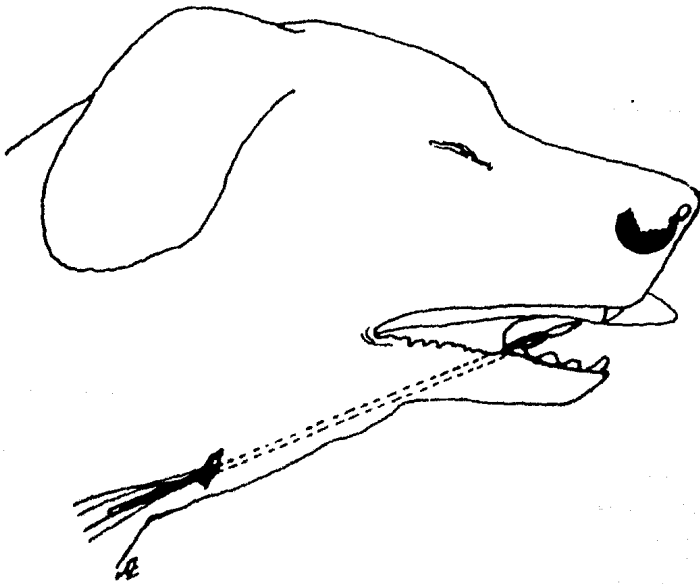


Fig. 8

Séptimo tiempo.- Las hebras se cortan a nivel de donde fueron insertadas en la ranura del clavo, por lo que quedan 4 hebras de 15 a 20 cm. cada una, y se sujetan en su extremo de la cavidad bucal con una pinza de Kelly y en seguida el clavo se va extrayendo suavemente por donde se introdujo, quedando así solo las hebras de nylon.

Octavo tiempo.- Los extremos de las hebras que sa len por la herida cutánea, se fijan atravesando de dentro - hacia afuera la piel alrededor de la herida cutánea, dejando libres los bordes de dicha herida, para favorecer su cicatrización posterior. (Fig. 9).

Noveno tiempo.- A los extremos de las hebras de nylon sujetos por las pinzas dentro de la cavidad bucal, se les inserta a una por una, una aguja y se fijan alrededor - del orificio sublingual, tomando por lo menos de 1.5 a 1 -- cm. del tejido que circunda a dichos orificios, partiendo - del interior del orificio hacia la mucosa distribuyendolo - en forma equidistante alrededor del mismo y haciendo pre-- sión sobre la piel del quiste para acortar distancia entre el orificio de la piel y el de la mucosa. Los extremos so-- brantes de los nudos alrededor del orificio bucal, se cor-- tan a 3 ml. del nudo para facilitar su extracción poste--- rior. (Fig. 10).

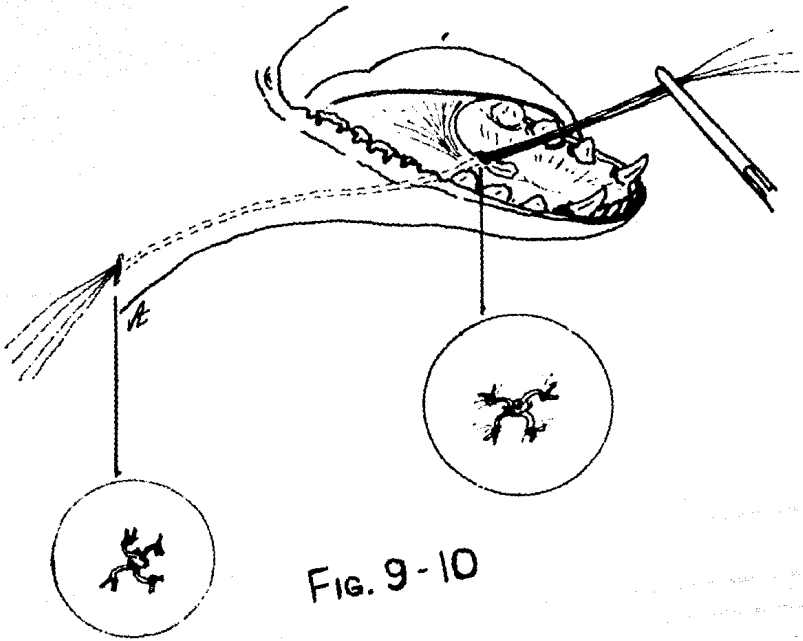


Fig. 9-10

Décimo tiempo.- Se espolvorean las heridas de la piel y de la mucosa bucal con antibiótico y se pone en la herida de la piel un apósito con gasa estéril que se fija con vendas circulares de tela adhesiva alrededor de la cabeza y del cuello, haciendo presión sobre la bolsa del quiste, para forzar la salida de la saliva a través del orificio que se ha establecido en la región sublingual, el cual no puede cerrarse por la existencia de las 4 hebras de nylon que lo mantienen abierto. (Fig. 11).

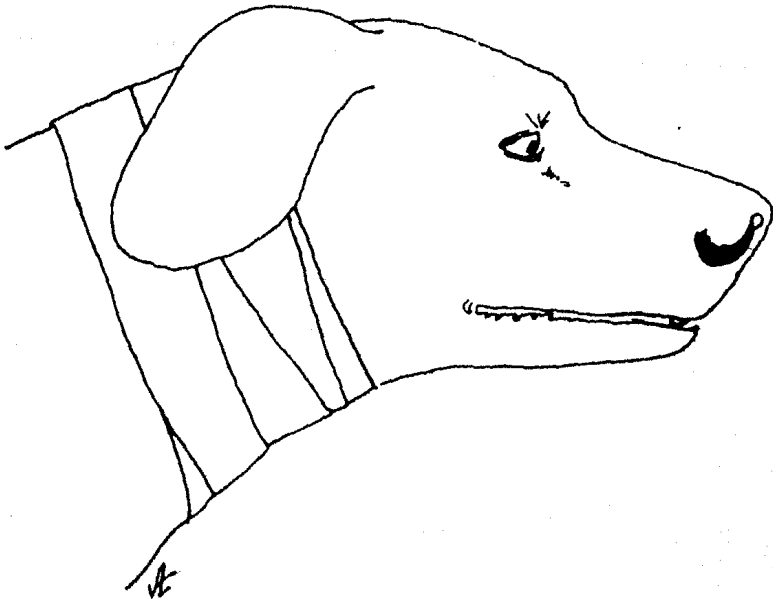


FIG. 11

Si la bolsa quística es voluminosa, aún con el proceso de fistulización, no se va a lograr su reducción total, por lo que en estos casos es conveniente reducirla quirúrgicamente, eliminando la cantidad de piel y de membrana quística hasta lograr un afrontamiento de los labios de la herida y en todos los casos dejar una abertura de 1 cm. en la parte más baja de la herida para que se siga eliminando la saliva en tanto se establece la eliminación por el trayecto fistuloso.

Posoperatorio.

Durante los 3 días siguientes a la intervención, se aplican antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa o intramuscular y se repetirán cuantas veces sea necesario hasta la completa cicatrización de la herida cutánea. El apósito de la herida cutánea se cambiará cada 24 o 48 horas de acuerdo con la mayor o menor cantidad de saliva que se siga eliminando por dicha herida, al volver a fijar el apósito con tiras de tela adhesiva se le imprimirá a la bolsa del quiste presión para obligar a que la saliva se elimine por el trayecto fistuloso, y la herida cutánea permanecerá abierta en tanto la fístula que hemos formado, no descargue el total de la saliva en la cavidad bucal.

Cuando ya se halla logrado este propósito, o sea que ya no se aprecie el acúmulo de saliva en la región donde se había formado el quiste y que hayan transcurrido por lo

menos 8 días de que la herida de la piel cicatrizó, se retirarán los puntos de nylon cortando primero los de la región sublingual y a continuación los que se fijaron alrededor de la zona cutánea, extrayendolos hacia el exterior previa asepsia de la región.

Esta técnica ha permitido cualquiera que sea el conducto mandibular roto, que el quiste en la mayoría de los casos no se vuelva a formar.

TECNICA DE EXTIRPACION DE LA GLANDULA MANDIBULAR EN SU TOTALIDAD

Primer tiempo.- Anestesia general inducida con pentothal sódico a razón de 25 mg. por kg. de peso corporal, y empleando como pre-anestésico 1 mg. de sulfato de atropina y .5 mg. por kg. de peso corporal de rompun.

Segundo tiempo.- Depilación y antisepsia de la región operatoria, y posición decúbito dorsal.

Tercer tiempo.- Lugar de la incisión región cervical inferior en el ángulo anteroexterno que se forma con el borde posterior del músculo masetero del maxilar inferior y la canaladura de la vena yugular, en su punto de bifurcación.

Cuarto tiempo.- Límites, la incisión se práctica siguiendo la dirección de la rama ascendente de la yugular con límite anterior en el borde del maxilar inferior y el posterior el punto de bifurcación de la yugular. (Fig. 12) Los planos anatómicos incididos son; piel, músculo cutáneo, y tejido celular subcutáneo.

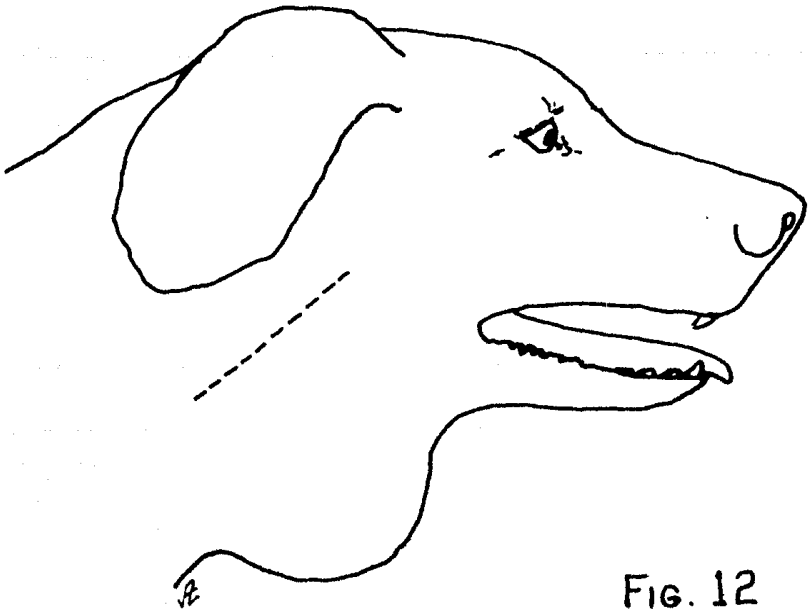


FIG. 12

Quinto tiempo.- Con el bisturí se abre la bolsa - quística y por presión manual se elimina todo su contenido.

Sexto tiempo.- Se inicia la disección del tejido celular con tijeras y corte romo a ambos lados de la herida hasta descubrir la bifurcación de la yugular y sus ramas -- principales, maxilar interna y maxilar externa, teniendo ex tremo cuidado de no lesionar estos vasos. Se continúa con - corte romo hasta descubrir la cápsula de la glándula mandi- bular, haciendo hemostasis cuidadosa por pinzamiento y liga- dura en toda la zona, puesto que si esta hemostasis es co- rrecto, se tendrá una mejor visión de las regiones anatóni- cas. (Fig. 13)

Séptimo tiempo.- Ya identificada la cápsula de la glándula mandibular se incide cápsula tratando de no pene- trar a la glándula y con disección roma se separa la cápsu- la de la glándula.

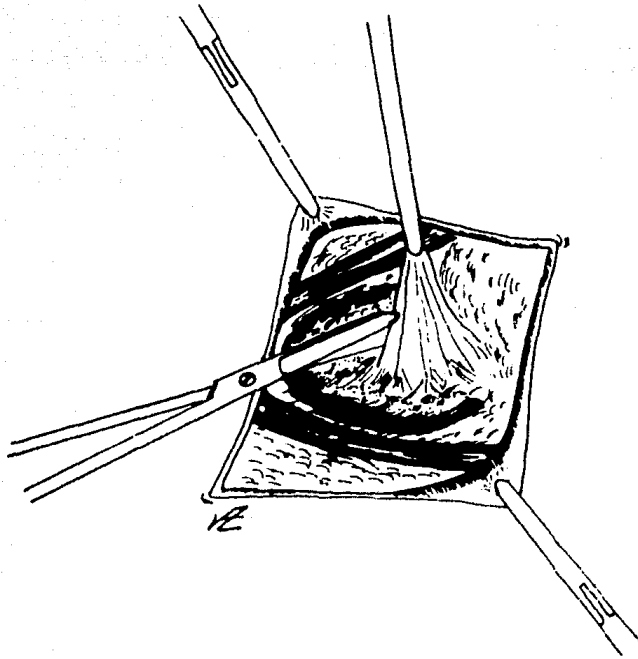


FIG. 13

Octavo tiempo.- Una vez logrado este propósito - se toma con una pinza de Allis el polo caudal de la glándula y se termina la separación de la cápsula en la parte interna haciendo cuidadosa hemostasis de arterias y arteriolas que son ramas de la arteria auricular que es la que alimenta a la glándula.

Noveno tiempo.- Antes de desprender la glándula en su totalidad es necesario ligar sus ramas de alimentación, - que están situadas una en su parte superior y otra en su parte inferior, logrando esto se empieza a desprender la glándula respetando el polo inferior de la glándula parótida y el polo caudal de la glándula sublingual.

Décimo tiempo.- Se colocan dos pinzas de Kelly en el canal mandibular y se secciona en medio de las dos pinzas, se retira la glándula y por debajo de las pinzas que presionan el canal se coloca una ligadura con catgut del número 0. (Fig. 14).

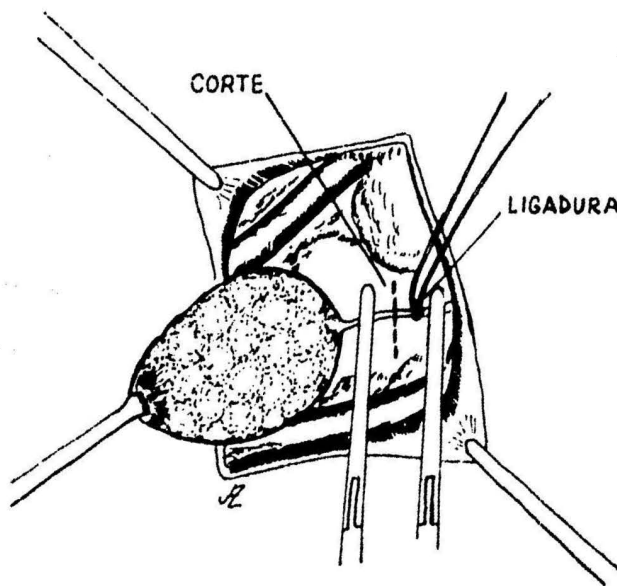


FIG. 14

Onceavo tiempo.- Se expone toda la zona y cuidadosamente se hace la hemostasis de los vasos que pudieran sangrar y se empiezan a reconstruir los planos anatómicos incididos para que no dejen un hueco en el lugar donde se encontraba la glándula. Después de esto se procede a cerrar la herida cutánea con puntos de afrontamiento empleando nylon del número 0 o el número 1 según convenga. Inmediatamente después se inicia la separación de la bolsa quística partiendo de la zona de su implantación dejando la piel necesaria para afrontar los bordes con puntos separados. (Fig. -- 15).

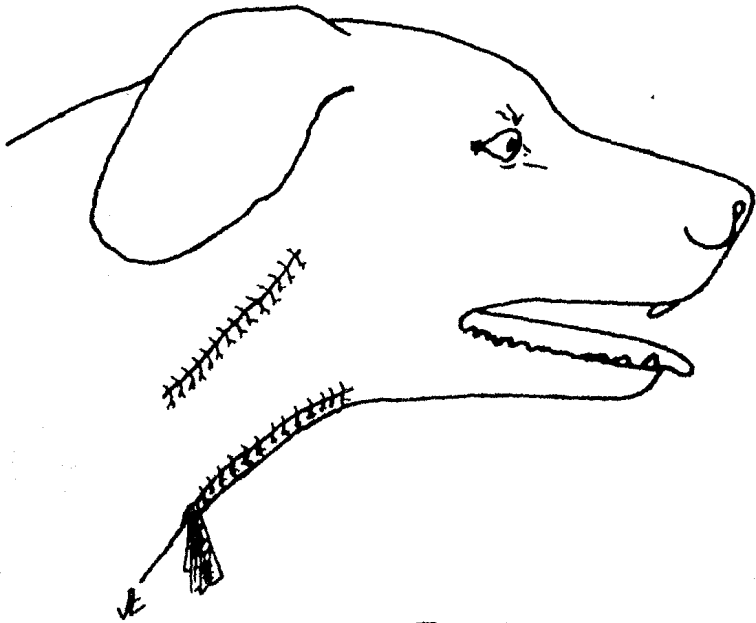


FIG. 15

Doceavo tiempo.- Aunque la membrana interior del quiste no es secretora y no siempre se puede quitar la totalidad de dicha membrana de neoformación, para evitar la formación de un seroma, se canaliza con gasa estéril a través de la abertura que se debe dejar en la región de mayor declive, y se coloca un apósito de gasa que se cubre con tela adhesiva alrededor del craneo sin exagerar la presión. (Fig. 16).

Posoperatorio.

Por tres días consecutivos se le aplican al paciente antibióticos de amplio espectro y se cambia la canalización en tanto no se aprecie que ya no está húmeda.

Esta intervención quirúrgica es la de elección -- porque resuelve definitivamente el problema.

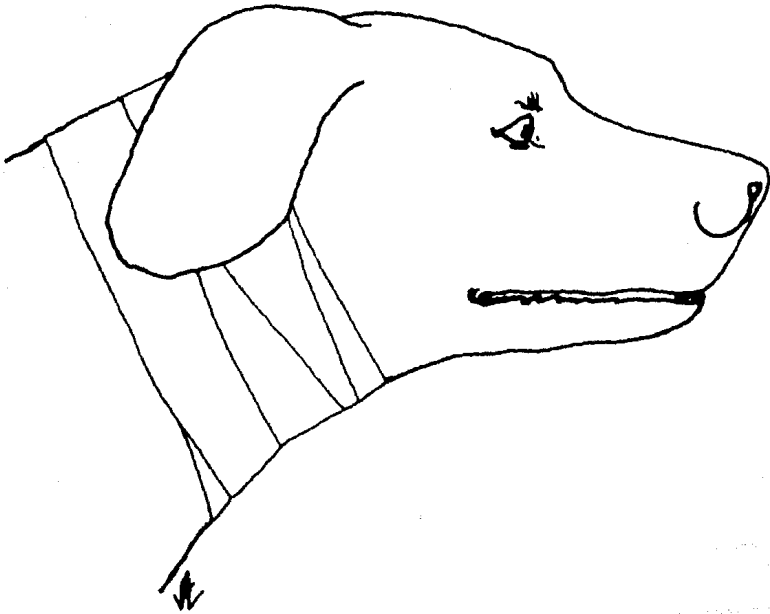


FIG. 16

III RESULTADOS

De acuerdo con los experimentos realizados en este trabajo y con los casos que se presentaron en la práctica de la clínica, los resultados fueron los siguientes:

- Al primer grupo de 4 perros se les aplicó la técnica de una fístula de eliminación, pero esta debe emplearse en aquellos casos en donde no se quiera o no se pueda hacer la resección de la glándula. Esta técnica resolvió en varios casos el problema, pero siempre estará sujeta a las características del quiste, y a que los hilos de nylon permanezcan en su lugar por el tiempo necesario y a la vigilancia y tratamiento ya descrito.

- Al segundo grupo de perros se les aplicó la técnica de la extirpación de la glándula mandibular en su totalidad, no volviendo a presentarse el problema, lo cual nos indica que es la técnica de elección para resolver definitivamente el problema.

Resultados de la técnica de sialografía.

Generalmente con 1 o 1.5 ml. de la substancia radio opaca (lipiodol ultrafluido) fué suficiente para que ésta llegue hasta la glándula, siempre y cuando el conducto sea permeable, si alguno de los conductos no es permeable no permite el paso del radio opaco por lo cual se deduce que este conducto es el cauzante del quiste, y se llevará

a cabe este procedimiento en el otro conducto en el cual el lipiodol deberá llegar hasta la glándula. Cuando la obstrucción se encuentra en la salida de la glándula, el líquido se desvía hasta el quiste localizándose así el punto de la ruptura del conducto.





V D I S C U S I O N E S

Se emplearon dos métodos quirúrgicos para tratar de resolver el problema de la formación del quiste de la -- glándula salival mandibular:

- El primero consistió en establecer una fístula que permitiera la eliminación del contenido del quiste hacia la cavidad bucal, y se presentaron como inconvenientes:

a) El material de sutura que se utilizó como guía para la formación de la fístula fué nylon trenzado del número 1, puesto que este material es el que produce menos molestias al paciente por su flexibilidad y además es impermeable. En caso de utilizarse otro tipo de material hay probabilidad de contaminación bacterial.

b) Existe el caso en el que una vez retirado el material de sutura, que sirvió de guía para la formación de la fístula, ésta tiende a reducirse y finalmente se cierra ocasionando la presentación del problema inicial.

- El segundo método consistió como ya se describió en la extirpación total de la glándula mandibular, se considera como el método de elección aunque no se debe de pasar por alto que hay cierta probabilidad de una disfunción orgánica al dejar solo una glándula mandibular. Aunque esto es discutible puesto que el perro no mastica y no tiene necesidad -

de mezclar la saliva con el bolo alimenticio.

Se utilizó la sialografía como un buen método de diagnóstico aunque estamos concientes de las limitaciones de dicho método, por las dificultades técnicas que presenta. Puesto que para este método es necesario el microscopio para microcirugía, el cateter apropiado, el radio opaco --- (lipiodol ultrafluido) y el equipo de rayos X.

En la División de Cirugía Experimental del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, se llevaron a cabo dos ensayos experimentales consistentes en efectuar doble ligadura del conducto salival de la glándula mandibular con la intención de reproducir el modelo experimental en perros, y a pesar de haberlos dejado en observación durante 30 días, el quiste no se formó; consideramos que por algún mecanismo las ligaduras fueron excluidas y posiblemente se requiera de otro método para establecer dicho modelo, motivo de otro trabajo de investigación.

V CONCLUSIONES

De las técnicas quirúrgicas empleadas, se concluye que la técnica de la extirpación total de la glándula mandibular es la más recomendable, puesto que dá solución radical al problema.

La sialograffa es de gran utilidad para establecer el diagnóstico con las limitaciones técnicas ya mencionadas.

Se concluye que para reproducir un modelo experimental en perros de laboratorio es necesario investigar algún otro método adecuado motivo de otro trabajo de investigación.

VI BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alexander A.- Técnica Quirúrgica en animales. Editorial Interamericana. Tercera edición (1974) Cap. 1-9.
- 2.- Alexander A.- Técnicas y notas de Terapéutica quirúrgica en animales. Editorial Interamericana. Cuarta edición. (proceso de impresión).
- 3.- Cawley A.J. and Serrell B. The Technique of Sialography in the dog. Vet. Med. 54 (1959) 247-250.
- 4.- French Cecil.- Surgical Diseases and Surgery of the dog. Alexander Eger (1936) Pág. 78, 80.
- 5.- Kirk. Index of diagnosis. for the canine and feline Surgery. Pailliere Tindall Cox. (1947)
- 6.- Knecht C.D. Diagnosis and Diseases of the salivary Glands. Norden News. Vol. 47 No-2 Winter (1972) 5-7.
- 7.- Miller Christensen Evans. Anatomy of the dog. W.B. Saunders Company (1964). 656-670.
- 8.- O'Connor. J.J. Dollar's Veterinary Surgery. B.T.C. (1965) 538.
- 9.- Preston Hoskins Lacroix. Canine Surgery. The north American Veterinarian Inc. (1949) 200, 207.
- 10.- Sisson y Grossman. Anatomía de los animales domésticos. SALVAT (1969) 351, 484, 485, 745.
- 11.- Smith y Jones. Patología Veterinaria. U.T.L.H.A. (1962) 821, 822.
- 12.- Walker y Hichman. Atlas de Cirugía Veterinaria. Compañía Editorial Continental S.A. (1976) 61, 62, 63.
Esquemas realizados por el autor. P.M.V.Z. Joaquín Artigas Zetina.