



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**“PATOLOGIA Y TRATAMIENTO DE
LAS GLANDULAS SALIVALES”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA TERESA ARELLANO CONTRERAS

MEXICO, D. F.

1984



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 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.

PATOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

T E M A R I O :

- I.- I N T R O D U C C I O N
- II.- E M B R I O L O G I A D E L A S G L A N D U L A S S A L I V A L E S .
- III.- H I S T O L O G I A D E L A S G L A N D U L A S S A L I V A L E S .
- IV.- A N A T O M I A D E L A S G L A N D U L A S S A L I V A L E S .
- V.- F I S I O L O G I A D E L A S G L A N D U L A S S A L I V A L E S .
- VI.- T U M O R E S D E L A S G L A N D U L A S S A L I V A L E S .
 - a).- Benignos.
 - b).- Malignos.
- VII.- D I F E R E N T E S P A T O L O G I A S .
 - a).- Trastornos del flujo salival.
 - b).- Anomalías del desarrollo.
 - c).- Trastornos inflamatorios.
 - d).- Sialadenitis.
- VIII.- C O N C L U S I O N .
- IX.- B I B L I O G R A F I A .

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

En el organismo existen una gran diversidad de --- glándulas que son, en conjunto, muy importantes para el desarrollo normal del individuo por la función específica que realizan cada una de ellas; dentro de la odontología, es relativamente poca la importancia que se les ha dado a un conjunto de glándulas que juegan un papel delicado para la armonización del organismo; LAS GLANDULAS SALIVALES.

En la Odontología moderna se requiere que el profesional tenga tanto los conocimientos precisos, como la aptitud y habilidad necesarias para diagnosticar y tratar debidamente toda clase de enfermedades que afecten de una forma u otra la cavidad bucal.

El presente trabajo se realiza para contribuir a lo anteriormente expuesto, ya que en él se tratará de acumular -- de una forma sencilla y concisa los elementos embriológicos, histológicos y anatomofisiológicos de las principales y más-- importantes glándulas salivales, así como las enfermedades y alteraciones que puedan en un momento dado, llegar a afectar estas glándulas tan importantes en la Odontología.

II

EMBRIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

La región profaríngea del adulto normalmente se encuentra cubierta de pequeñas glándulas alojadas en su revestimiento mucoso, con excepción de la porción rostral media del paladar duro y las encías.

Hablando en términos generales, estas pequeñas glándulas son similares en su función y origen a las glándulas mayores de esta región, y se les denomina glándulas salivales menores.

Las glándulas salivales mayores tienen un valor muy importante y estas son; las parótidas, las submaxilares y las sublinguales. Todas tienen fundamentalmente el mismo origen, el cual se produce por el crecimiento interno del epitelio oral. Las glándulas mayores son consideradas en general como derivaciones del ectodermo del estomodeo.

El origen de la Parótida se halla cercano a la zona donde se rompe la placa oral, el ectodermo y el endodermo se continúan sin línea alguna de demarcación.

Las glándulas menores se originan tanto en el lado-ectodérmico como en el endodérmico de esta imprecisa zona -- de transición. Las glándulas pequeñas situadas más rostralmente, como las de los labios, tienen su origen en el ectodermo del estomodeo.

Muchas de las glándulas pequeñas, situadas muy lejos en la orofaríngea, alrededor de la base de la lengua y en la región de las fosas tonsilares, deben ser consideradas como derivadas del endodermo faríngeo.

Las glándulas parótidas son las primeras glándulas del grupo que aparecen, aproximadamente a mediados de la sexta semana, puede advertirse el comienzo de un crecimiento interno epitelial en la superficie interna de ambas mejillas. En los embriones de ocho semanas es claramente este crecimiento interno que se extiende por el mesénquima subyacente.

Progresa rápidamente en longitud y vuelve hacia la oreja, cuando ha llegado a la región cercana a la rama mandibular, el conducto principal empieza a ramificarse libremente en los cordones celulares primordiales que han de formar las divisiones del conducto excretor y sus alvéolos terminales.

Las glándulas submaxilares generalmente comienzan a aparecer a fines de la sexta semana como cordones celulares primordiales apareados.

Cada cordón, que presenta el conducto principal de la glándula tiene origen cerca de la línea media debajo de la lengua. El conducto se desarrolla hacia atrás a lo largo del piso de la boca, y cerca del ángulo de la mandíbula.

Luego crece hacia la superficie, empujando afuera el borde del músculo milohioideo antes de que comience a ramificarse libremente.

Las glándulas sublinguales se originan un poco más tarde que las submaxilares, sus esbozos generalmente se reconocen al finalizar la séptima semana. Las glándulas sublinguales son un conglomerado secundario de una serie de pequeñas glándulas.

Sus porciones secretoras se unen en mayor o menor grado dentro de una envoltura común de tejido conjuntivo, pero conservan sus conductos originales, presentando cada glán-

dula entre diez y doce conductos que se descargan en el piso de la boca a ambos lados de las raíces de la lengua.

En la formación de cualquiera de las glándulas acinosas más grandes, tales como las glándulas salivales, los procesos histogenéticos son iguales, la masa celular primordial destinada a dar origen a la porción epitelial (parequimatosa) de la glándula, se forma una proliferación de las células en la capa profunda del epitelio.

Las características específicas de las glándulas - en particular, dependen del carácter citológico y fisiológico de sus células secretoras.

III

HISTOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

En el cuerpo humano existen dos tipos de glándulas; las exocrinas y las endocrinas. Las glándulas salivales están clasificadas como exocrinas. Este tipo de glándulas mantienen la conexión epitelial entre la superficie y ellas mismas; las células epiteliales que reúnen la glándula a la superficie se diferencian para constituir el revestimiento de un conducto - por el cual la secreción elaborada por la glándula se vacía - en la superficie de la cual tomó origen dicha glándula.

Las células que forman a las glándulas salivales -- (exocrinas) pertenecen a una misma familia de células epiteliales, no todas se han diferenciado en idéntico grado ni -- siguiendo las mismas líneas. Las células más diferenciadas -- son las especializadas para segregar; las menos diferenciadas son las que revisten el conducto, simple o múltiple, que -- vierte la secreción en la superficie.

Las glándulas salivales generalmente se les ha clasificado como glándulas tubulares o tubuloalveolares (acinosas), dependiendo esto de la forma que adopten sus unidades secretoras. También se les ha denominado compuestas, y esto se debe a que el conducto secretor se ramifica en conductos -- cada vez más delgados y numerosos; en consecuencia las glándulas voluminosas tienen sistemas característicos de conductos -- muy ramificados.

Las grandes glándulas compuestas, por ser estructuras epiteliales, necesitan soporte conjuntivo; este soporte se lo proporciona una cápsula de tejido conectivo que rodea la glándula y las láminas conjuntivas que dividen la sustancia de la glándula en diversas áreas "tabicadas" en sus tres dimensiones por tejido conectivo.

En algunas glándulas, si la partición se ha producido de manera que las áreas tabicadas queden bastante separadas entre sí, se denominan lóbulos; pero si las áreas tabicadas no son muy grandes y se hayan en estrecho contacto se llaman lobulillos o lóbulos pequeños. Un tabique conectivo como el antes mencionado se le denomina septo, por lo tanto, los tabiques conectivos situados entre los lóbulos se llaman septos interlobulares, y los que se hayan entre los lobulillos, septos interlobulillares.

Existe otra clasificación de las glándulas salivales que es la que se basa en el carácter de su secreción de cada glándula, por esto se dividen en serosas, mucosas y mixtas. La palabra seroso significa "como suero", líquido claro y acuoso; las glándulas con secreción de este tipo se denominan glándulas serosas. El moco es un líquido algo más viscoso; las glándulas que segregan mucina, glucoprotido que al mezclarse con agua constituye el moco, se llaman glándulas mucosas. Toda glándula que produce una mezcla de líquido seroso y líquido mucoso se denomina glándula mixta.

El núcleo de una célula secretora serosa suele tener forma redondeada y casi siempre se haya más cerca de la base de la célula. En la base de la célula, el citoplasma contiene sustancia cromidial cuya naturaleza es el material citoplasmático.

Los gránulos de secreción se denominan de zimógeno, y son los precursores de las enzimas contenidas en las secreciones de las glándulas serosas, estos gránulos se observan como pequeñas esferas de sustancia sólida pero son de naturaleza semilíquida y se eliminan a través de las porciones apicales de las células secretoras hacia la luz de la unidad disolviéndose y por lo tanto perdiendo su forma.

Los núcleos de las glándulas secretoras mucosas son de forma diferente y ocupan otra posición en las células, generalmente su forma es aplanada, casi parecen discos y se encuentran reunidos contra las bases de las células, el citoplasma posee menor cantidad de sustancia cromidial en la base y la parte del citoplasma situada entre el núcleo y el vértice de una célula mucosa no contiene gránulos de cimógeno, sino un número variable de gotitas de mucígeno.

Las glándulas mixtas consisten en una combinación de ambos tipos de unidades secretoras, serosas y mucosas, esta combinación suele consistir en unidades mucosas rodeadas de agregados semilunares de células serosas denominadas medias lunas serosas.

GLANDULAS SALIVALES PAROTIDAS :

Las parótidas son el par más grande de las glándulas salivales mayores y están encerradas en una cápsula bien definida de tejido conectivo fibroso; se trata de una glándula tuboalveolar compuesta, de tipo seroso. Además de presentar las características que pueden observarse en cualquier glándula de este tipo, las parótidas se distinguen especialmente por la presencia de varios conductos intralobulares muy manifiestos. También son características de estas glándulas los acúmulos de células grasosas en los tabiques de tejido conectivo.

GLANDULAS SALIVALES SUBMAXILARES:

Se trata de glándulas alveolares o túbuloalveolares compuestas. Aunque de tipo mixto, la mayor parte de sus unidades secretoras son de la variedad serosa; las unidades mucosas, como ya se mencionó, suelen estar cubiertas de medias lunas serosas. Como la parótida, la glándula submaxilar posee una cápsula bien definida y sistemas de conductos muy manifiestos.

GLANDULAS SALIVALES SUBLINGUALES:

A diferencia de las demás glándulas salivales, las sublinguales no están netamente encapsuladas. Se trata de --- glándulas túbuloalveolares compuestas de tipo mixto; difieren de las submaxilares en que la mayor parte de sus alvéolos son de tipo mucoso. Su aspecto microscópico difiere según las partes de la glándula. En algunas zonas solo pueden observarse unidades secretorias de moco y unidades mucosas con medias lunas serosas, los tabiques de tejido conectivo suelen ser más manifiestos que en la parótida o en la submaxilar.

La secreción mezclada de todas las glándulas salivales recibe el nombre de saliva, es líquida y suele contener restos celulares, bacterias y leucocitos. En el hombre el volumen de saliva segregada en las veinticuatro horas varía entre 1000 y 1500 c.c. Puede ser muy fluída o de consistencia viscosa, su composición varía según el estímulo que inicia la secreción. Contiene 99.5% de agua, el resto está formado por sales, gases y productos orgánicos, entre estos últimos se hallan dos enzimas; la Tialina (amilasa salival y maltasa) y mucina.

IV

ANATOMIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Las glándulas salivales se extienden de una articulación témporo maxilar a la otra, siguiendo la curva de la mandíbula. Están colocadas por fuera de la mucosa y se comunican con la cavidad, por sus canales excretores. Son en número de tres para cada lado, las parótidas, las submaxilares y las sublinguales.

Las glándulas parótidas son más voluminosas de las glándulas salivales, se hallan situadas por debajo del conducto auditivo externo, por debajo de la apófisis mastoides y por detrás de la rama ascendente de la mandíbula. Están contenidas en una celda de paredes anfractuosas, formada por tejido conjuntivo que se condensa en algunas partes, tomando el aspecto de una aponeurosis.

La celda parótidea se considera como una dependencia de la aponeurosis cervical superficial, que hacia el borde anterior del esternocleidomastoideo se desdobra. La hoja superficial se dirige hacia la cara, insertándose en el ángulo del maxilar inferior, en el borde posterior de su rama ascendente y el arco cigomático.

La hoja profunda corre hacia adentro, alcanza el vientre posterior del Digástrico y toma adherencias en los elementos del ramillete de Riolano; se dirige después hacia afuera, alcanza la cara posterior del Pterigoideo interno y lo acompaña hasta su incursión inferior, donde se encuentra el ángulo del Maxilar con la hoja superficial. Esta hoja profunda se vuelve cada vez mas delgada a medida que se aproxima a la pared lateral de la farínge y se condensan nuevamente, cuando se refleja hacia afuera para alcanzar el Maxilar inferior o mandíbula.

Por abajo, las aponeurosis superficial y profunda - se unen y constituyen un puente aponeurótico que va del borde anterior del Externocleidomastoideo al ángulo mandibular. Este puente constituye el tabique Submaxiliparotódeo, formado - por la aponeurosis profunda y el ligamento Estilomaxilar que - cierra la celda parotídea por abajo y la separa de la celda - submaxilar.

Por arriba, la aponeurosis superficial se fija en - el borde inferior del arco cigomático y en la porción carti - laginoso del conducto auditivo externo, la hoja profunda as - ciende hacia la apofisis Estiloides, alcanza la roca y se fi - ja en su periostio. La celda parotídea es mas gruesa en su - parte externa que en la interna, donde se hace tan delgada -- y tenue que está reducida a una delgada capa de tejido con -- juntivo.

La Parótida presenta la forma de un prisma triangu - lar, con una base superior y otra inferior, una cara externa, otra anterior y otra posterior, un borde interno faríngeo y - dos bordes externos, uno anterior y otro posterior.

Por su cara externa que es ligeramente abombada, - está en relación con la aponeurosis cervical superior, con - el tejido celular subcutáneo y la piel. Se encuentra en el te - jido celular fibras del risorio de Santorini.

Por su cara anterior, la cual es acanalada vertical - mente, corresponde de afuera hacia adentro al borde posterior del Masetero. Tambien se relaciona con la membrana fibrosa que une a los ligamentos estilomaxilar y esfenomaxilar. De esta - cara con su unión en la cara externa, se desprende una prolon - gación anterior, aplanada trasversalmente y de forma cónica, y cuyo vertice está situado a la cara externa y parte media - del Masetero. De esta prolongación, emana por su cara profun - da el canal de Stenon.

Por su cara posterior corresponde de afuera hacia - adentro, al borde anterior del Esternocleidomastoideo. Al - vientre posterior del Digástrico, al Estilohioideo y al Es - tilogloso; unidos naturalmente por la aponeurosis profunda - de la celda Parotídea, que está reforzada a este nivel por -- los ligamentos Estilomaxilar y Estilohioideo.

De la cara posterior de la glándula Parótica, par - ten prolongaciones que se meten entre el Esternocleidomastoi - deo, el Digástrico y la Apófisis estiloides.

La extremidad superior de la glándula se relaciona - con la articulación temporomandibular, cuya cápsula articular cubre y aún toma adherencia en ella; mas adentro se halla en - relación con la porción cartilaginosa del conducto auditivo - externo.

La superficie o cara inferior descansa sobre el ta - bique externo Maxiloparotídeo, el cual lo separa de la glándu - la submaxilar. El borde interno se relaciona con el ligamento Estilomaxilar o con la pared lateral de la Farínge, cuando - existe prolongación Faríngea.

El borde anterior corresponde a la cara externa del Masetero y de él se desprende la prolongación maseterina que - en algunos casos es independiente del cuerpo de la glándula, - formando una parótida accesoria. El borde posterior correspon - de al borde anterior del Esternocleidomastoideo.

La masa parotídea está en relación directa con arte - rias, venas, linfáticos y nervios que atraviesan la celda pa - rotídea y se introduce en el parénquima glandular.

Las arterias que se encuentran en la parótida son; la Carótida externa, la cual emite en su trayecto intraparo - tídeo la Auricular posterior, la Maxilar interna y la Tempo - ral superficial.

Las venas que se observan en la Parótida son; la -- vena Yugular externa que tiene su origen en la confluencia de vena Maxilar interna y de la vena Temporal superficial, al - nivel del cuello del cóndilo, recibiendo en su trayecto la - Transversa de la cara y la Auricular posterior.

Los linfáticos intraparotídeos son ganglios de los- cuales unos son superficiales, situados en la cara externa de la Parótida, donde se forman un grupo superior; otro anterior y otro posterior; y otros profundos colocados en el trayecto- de la Carótida externa y de la yugular interna que reciben - la linfa del velo del paladar, del conducto auditivo externo- y de la parte posterior de las fosas nasales.

Los nervios en relación con la masa Parotídea son; el Facial, que sale del conducto Estilomastoideo, penetra en- la parótida, se divide en sus ramas terminales temporofacial- y cervicofacial, las cuales salen separadas de la masa paró - tidea. El nervio temporal ó temporal superficial nace del - tronco posterior del maxilar inferior, pasa por el ojal retro condíleo y penetra en la masa Parotídea.

Aquí emite un ramo que se dirige hacia arriba has - ta llegar a la Arteria Temporal Superficial, donde se anasto- miosa con el Facial y corto ramo que se origina multiples ra - mitas que se pierden en la Parótida anastomosándose con rami- tas procedentes del Facial.

La constitución anatomica de la Parótida, como la - Submaxilar, es una glándula acinosa cuyos acinos, de forma - tubular más o menos abultada en su origen se agrupan para for- mar lobulillos primitivos. De cada acino, parten conductos in- tercalares llamados también conductos de Boll, muy estrechos, revestidos en su interior de una capa epitelial que descansa- en una pared propia y que van a desembocar a los conductos in- terlobulillares reunidos entre si van a formar conductos de -

mayor calibre, que van a terminar al conducto excretor, el -
cuál en el caso de la Parótida es el conducto de Stenon.

El conducto de Stenon se halla constituido por la -
confluencia de los conductos interlobulillares que se reali -
za en la cara anterointerna de la Parótida o en el espesor --
mismo de está glándula. Está cubierto en su origen por la -
prolongación anterior de la Parótida y en el resto de su tra-
yecto por el tejido celular y la piel. Su dirección se halla-
definido por una línea que, partiendo del lóbulo de la oreja,
fuera a la comisura de los labios. El canal de Stenon esta -
constituido por una gruesa pared de tejido conjuntivo compac-
to y fibras elásticas, revestidas anteriormente por un epite-
lio de células cilíndricas. Los nervios de la Parótida proce-
den del auriculo temporal, del plexo cervical por intermedio-
de la rama auricular y de ramas simpáticas que acompañan a --
las Arterias Parotídeas.

La segunda glándula es la Submaxilar que está situa-
da en la parte lateral de la región suprahioidea, en la fose-
ta esculpida en la cara interna de la mandíbula. Se halla con-
tenida, como la Parótida, en una celda ósteofibrosa, la celda
ó compartimiento Submaxilar esta formada por la hoja interna-
del desdoblamiento de la aponeurosis cervical superficial que
va a fijarse a la línea milohioidea. En su parte posterior se
relaciona con el estilohioideo y con la pared lateral de la-
faringe.

La cara Inferoexterna esta constituida por la hoja
externa del desdoblamiento que al nivel del hueso Hioides su-
fre la aponeurosis cervical superficial. Está hoja va a fijar-
se al borde inferior del maxilar, quedando en relación con el
músculo cutáneo del cuello, el tejido celular y la piel.

La cara Súperoexterna se halla formada por la cara-
interna de la rama horizontal del maxilar inferior. Comprende -
de la faseta Submaxilar por abajo. La porción aponeurótica de

la celda Submaxilar está constituida por el desdoblamiento -- de la aponeurosis cervical superficial al nivel del hueso -- Hioides, cuya hoja profunda cubre la cara externa del Milo -- hioideo y va a fijarse a la línea Milohioidea en su parte pos -- terior se observa un orificio por donde pasa la vena Facial -- y otro para la Arteria del mismo nombre.

La relación de la Glándula Submaxilar puede consi -- derarse de forma prismatica triangular, con tres caras que co -- rresponde a las celdas y dos extremidades, anterior y poste -- rior. La cara externa se encuentran los ganglios Sumaxilares -- por dentro de la aponeurosis en número de seis o siete y en -- contacto directo con la masa glándular.

La cara interna está en relación con el plano pro -- fundo de la región Suprahioidea lateral y se halla en contac -- to por atrás con el triángulo de Beclard. También se relacio -- na está cara con el triángulo de Pirogoff, limitando por de -- lante por el borde posterior del Milohioideo, por abajo por -- el tendón intermedio del Digástrico y por arriba, por el Hi -- pogloso mayor; en el fondo se encuentra el músculo Hio -- gloso -- a través del cual la glándula se relaciona con la arteria -- lingual.

La cara interna de la Glándula Submaxilar se des -- prende una prolongación posterior, que a veces se extiende -- hasta el Pterigoideo interno y otra prolongación anterior que se dirige hacia arriba y hacia adelante, entre los músculos -- Hio -- gloso y Milohioideo, acompañado al canal de Wharton hasta -- la glándula sublingual. La superficie inferior o infero exte -- rna se relaciona con la vena facial, con la aponeurosis super -- ficial, con el músculo cutáneo y con la piel, es la mas exte -- sa de las tres.

La extremidad posterior se halla en relación con el -- vientre posterior del Digástrico y con el Estilohioideo, está

separado de la Parótida por el tabique intermaxiloparotídeo. La extremidad anterior está colocada un poco por detrás del - vientre anterior del Digástrico y se relaciona con la glándula sublingual.

El conducto de Wharton nace en la parte media de la cara interna de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro, hasta el borde inferior del frenillo de la lengua. En - donde cambia de dirección y corre hacia adelante para desembocar en el piso de la boca, en su parte mas anterior, el con ducto de Wharton corre por debajo de la mucosa del piso de la boca, adosada al del lado opuesto y desemboca a los lados del frenillo, en el Ostium umbilicale de Bordeu.

La glándula submaxilar es una glándula mixta, pues está constituida por acinos cerosos como la Parótida, y acinos mucosos, separados por tejido conjuntivo. Su secreción - se vierte por conductos excretorios que tienen la misma disposición que en la Parótida, está irrigada por arterias procedentes del facial y del submentoniano, y en sus redes capilares nacen venas que desembocan igualmente en la facial y en - la submentoniana.

Los linfocitos que nacen de los acinos caminan por los intersticios glandulares y desembocan en los ganglios - submaxilares, de donde parten troncos eferentes que van a los ganglios cervicales profundos.

Los nervios proceden del lingual, el cual se anastomosa con - la cuerda del tímpano, también derivan del ganglio submaxilar, situado entre la glándula y el lingual, que recibe varias ramas y emite numerosos filetes que abordan a la glándula por - su cara súper-interna, recibe ramas simpáticas que rodean a la arteria de la glándula.

LA GLANDULA SUBLINGUAL está situada en el piso de - la boca por debajo de la mucosa y por dentro del cuerpo de la

mandíbula, es la mas pequeña de las glándulas salivales mayores, posee una forma elipsoidal, aplanada transversalmente y con su eje mayor dirigido de atrás hacia adelante y de afuera hacia adentro, no tiene celda osteoaponeurótica y se haya envuelta por tejido conjuntivo, posee dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara externa es convexa y se encuentra en relación con la foseta sublingual labrada en la cara posterior del cuerpo de la mandíbula.

LA CARA INTERNA se relaciona con el conducto de Wharton, el nervio lingual y la vena ranina y con la cara externa de los músculos Geniogloso y Lingual inferior.

EL BORDE INFERIOR está en relación con los músculos Geniogloso y Milohioideo.

EL BORDE SUPERIOR se relaciona con la mucosa del piso de la boca, a la que levanta para formar los carúnculos sublinguales.

LA EXTREMIDAD POSTERIOR se encuentra en relación con la glándula submaxilar.

LA EXTREMIDAD ANTERIOR se encuentra en contacto con la del lado opuesto, y en relación con la apófisis Geni.

La glándula sublingual es una glándula mixta, compuesta de acinos serosos y acinos mucosos, cuyos productos de secreción son eliminados por conductos intraglandulares y extraglandulares. Los primeros están situados en el espesor de la glándula; los segundos, continuación de los primeros, son los conductos de Bartholin y de Walter.

El conducto de Bartholin o conducto de Rivinus nace de la parte posterior de la glándula, se dirige hacia adelante y adentro, al lado del conducto de Wharton, abriéndose por fuera de él en el vértice del carúnculo sublingual, es el mas voluminoso de los multiples conductos excretorios de la glándula sublingual.

A los lados de la glándula sublingual propiamente dicha, se encuentran formaciones glandulares llamadas glándulas sublinguales accesorias, las cuales poseen sus conductos excretorios propios llamados conductos de Walter, que corren por el borde superior de la glándula y desembocan en el carúnculo sublingual, aunque algunos de ellos pueden desembocar en el conducto de Wharton.

La glándula sublingual recibe arterias de la sublingual y de la submentoniana y en sus capilares nacen venas que van a la ranina.

Los linfáticos de la sublingual terminan en los ganglios submaxilares y su inervación procede del lingual y de la cuerda del tímpano, así como del gran simpático, el cual penetra en la glándula acompañando a las arterias que la irrigan.

FISIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Las glándulas salivales principales comunican con la boca mediante conductos con individualidad anatómica, lo que permite su caracterización para recoger sus productos de secreción, los conductos que provienen de las glándulas submaxilares y sublinguales que desembocan en el piso de la boca por debajo de la lengua, los conductos que provienen de las glándulas parótidas desembocan en la pared lateral de la boca.

Desde el punto de vista estructural hay tres tipos de glándulas salivales que son; las mucosas, las serosas y las mixtas. En las glándulas mucosas, las células que tapizan los alveólos, están dispuestas en una sola capa sobre la membrana basal y su citoplasma contiene gran cantidad de gotas de mucinógeno; en las glándulas serosas las células son más pequeñas, con citoplasma granulado llamados también gránulos de zimógeno, y núcleo bien teñido, la parótida es una glándula serosa, y las glándulas submaxilares y sublinguales son mixtas, predominando en la primera las células serosas y en la segunda las células mucosas.

La saliva es el producto de secreción de las glándulas mucosas es de tipo viscoso, contiene gran cantidad de mucina, en el hombre contiene una amilasa la Ptialina. El producto de secreción de las glándulas serosas es fluido cuatro veces más rica en Ptialina que la saliva segregada por las glándulas mucosas.

La aplicación de estímulos en la mucosa de la boca provocan la secreción salival, por ejemplo los estímulos térmicos como el calor o el frío, los estímulos mecánicos como la masticación, parafina, goma etc, o los estímulos químicos provocan aumento de la secreción salival. Hay también estímulos originados en el esófago o estómago. La discinsión del --

esófago y la introducción de alimentos en el estómago provocan la secreción salival.

Las irritaciones de la mucosa bucal por dientes en mal estado o piezas artificiales mal emplazadas y la sequedad de la boca causan salivación abundante. El flujo salival aumenta cuando por cualquier motivo aumenta la acidez de la sangre. Por último debe mencionarse los reflejos condicionados, como por ejemplo cuando se nos hace agua la boca en pensar -- en algo que nos gusta.

Los nervios aferentes de este reflejo son los nervios sensitivos de la mucosa bucal; el Glossofaríngeo en la parte posterior y base de la lengua; el nervio lingual en la parte anterior y punta.

El centro salival comprende la formación reticular del cuarto ventrículo entre el núcleo de Deiters y el núcleo del Facial; la porción frontal de esta región está en conexión con las glándulas submaxilares y la porción caudal con las parótidas.

La inervación de las glándulas salivales está a cargo del sistema nervioso visceral. Cada glándula posee una doble inervación; Simpáticas y Parasimpática. Las fibras parasimpáticas de las glándulas submaxilares y sublinguales provienen de la cuerda del tímpano, nacen estas fibras en el centro salival situado en el bulbo y siguen el trayecto del facial, separándose de éste para ingresar en su rama, la cuerda del tímpano que se irá a funcionar con el nervio lingual.

En el piso de la boca, las fibras parasimpáticas preganglionares abandonan el nervio lingual para dirigirse a la glándula submaxilar, terminando en pequeños ganglios situados en el hilio de la glándula; de las células de estos gan -

glios parten las fibras postganglionares amielínicas secretoras. Las fibras destinadas a la glándula sublingual hacen estación en el ganglio submaxilar, de donde proceden las fibras postganglionares secretoras.

Las fibras parasimpáticas de la glándula parótida, -nacen en el bulbo y siguen el trayecto del nervio glossofaríngeo y de su rama tímpanica, llamado también nervio de jacobson, para terminar siguiendo una de sus ramas petrosas (petrosa su per ficial menor), en el ganglio óptico. Allí hacen estación - en las células ganglionares de donde partirán fibras postganglionares siguiendo el trayecto de la rama aurículotemporal - del nervio maxilar inferior, rama del trigémino.

Las fibras simpáticas para las tres glándulas nacen en la médula dorsal en la D₂ a la D₆ y hacen estación en el - ganglio cervical superior, de donde parten las fibras posganglionares que siguen el trayecto de las ramas de la carótida-externa hasta llegar a su destino. Las fibras vasodilatadoras y constructoras siguen el trayecto de las fibras parasimpáticas y simpáticas respectivamente.

La excitación eléctrica de los nervios secretores, -provocan en la cuerda del tímpano una secreción abundante de -saliva por la glándula submaxilar. La concentración de la y - la cantidad segregada dependen de la intensidad de la corrien - te, al aumentar la intensidad de la estimulación se produce - un aumento del volumen de saliva segregada y también aumenta - la concentración de sus componentes inorgánicos y orgánicos.

La exitación del nervio aurículo temporal produce - efectos similares en la parótida. La estimulación de los ner - vios simpáticos produce, en las glándulas submaxilares u sub - linguales la secreción de una pequeñísima cantidad de saliva - viscosa, en la parótida no se obtiene secreción o se produce, además, una vasoconstricción acentuada en las tres glándulas.

La acción del parasimpático es debido a la liberación de acetil-colina en las terminaciones nerviosas. La pilocarpina produce también una salivación profusa, pero la saliva segregada no tiene los mismos caracteres que el acetil-colina o de la estimulación parasimpática. La acción del simpático sobre las glándulas salivales es debido a la liberación del simpátina.

La secreción salival del parasimpático produce una vasodilatación intensa de las glándulas salivales y que el caudal sanguíneo se hace cuatro u ocho veces mayor, también ocurren cambios histológicos, cuando la glándula está en reposo el citoplasma de las células aparecen más o menos llenos de gránulaciones según sea el tipo ya sea seroso o mucoso, se considera que estas gránulas representan sustancias precursoras de la ptialina en las glándulas mucosas, y se les denominan gránulos de Zimógeno y de Mucinógeno.

La secreción de una glándula salival privada de inervación simpática varía en volumen y en contenido de sustancias orgánicas según la intensidad del estímulo aplicado a las fibras nerviosas del parasimpático o según la naturaleza del estímulo reflejo, alimentos o sustancias sápidas aplicado sobre la mucosa sublingual. La aplicación de un estímulo de este tipo provoca una secreción de saliva cuyo composición y volumen varía en los distintos períodos en que puede dividirse la respuesta secretora.

La secreción paralítica es debido a la acción de la adrenalina y noroadrenalina, sobre células secretoras sensibilizadas por la sección de la cuerda tímpanica. La secreción paralítica en la glándula submaxilar, en lugar de permanecer en reposo funcional comienza a segregar en forma continua una pequeña cantidad de saliva fluida y turbia. La secreción de saliva en la glándula desnervada comienza a los dos a tres días y aumenta hasta llegar a un máximo entre los siete a

diez días. La sección del simpático no provoca secreción paralítica.

La secreción aumentada es la excitación de la cuerda es la persistencia del agente humoral transmisor de los impulsos nerviosos como el acetil-colina a nivel de las células secretoras. La estimulación previa de la cuerda del tímpano aumenta la respuesta secretora de una estimulación posterior del mismo nervio o del simpático.

La composición de la saliva produce una secreción salival rica en materias proteicas que ejercen una acción Buffer. Las sustancias comestibles como la carne y la leche provocan la secreción de una saliva rica en sustancias orgánicas como es la ptialina y la mucina, adaptadas para la lubricación del bolo saliva lubricante. Las sustancias más secas-comestibles o no como el polvo de carne, arena causan una secreción copiosa de saliva más fluida saliva de dilución.

Las principales funciones de la saliva son; a).- Diluir los alimentos y lubricar las superficies del paladar, lengua, carrillos y piezas dentales, b).- Humedece los alimentos secos y permite que se constituya en bolo con ellos, no solo para facilitar la masticación, sino también para facilitar el habla, c) Disuelve muchas sustancias, y por lo tanto les permite estimular los órganos receptores del gusto que se hallan en la lengua. d).- Digieren el almidón mediante su enzima ptialina.

El papel de las glándulas salivales es; a).- La saliva en la glándula submaxilar es estimulada principalmente por el sabor de los alimentos y es la saliva del gusto. b). En la glándula parótida sirve para humedecer la boca y diluir los alimentos facilitando la masticación. c).- En la glándula sublingual lubrica los alimentos favoreciendo la deglución.

VI

TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

En las glándulas salivales se desarrollan tumores Conjuntivos y Epiteliales, que por sus características Patológicas, Clínicas y Evolutivas pueden ser Benignos o Malignos.

TUMORES CONJUNTIVOS BENIGNOS:

- a).- Hemangioma.
- b).- Linfangioma.
- c).- Lipoma.
- d).- Neurilenoma.

TUMORES EPITELIALES BENIGNOS:

- a).- Adenoma Pleomorfo. (tumor mixto).
- b).- Adenoma Monomorfo.
- c).- Adenoma Simple.
- d).- Adenoma Oxifilio (Oncocitoma).
- e).- Adenoma de células basales.
- f).- Adenoma Sebáceo o Linfadenoma Sebáceo.
- g).- Cistoadenoma Papilífero Linfomatoso.
- h).- Adenolinfoma.
- i).- Adenoma Canalicular.
- j).- Linfoepitelial.

TUMORES CONJUNTIVOS MALIGNOS:

- a).- Sarcoma Fusocelular.
- b).- Melanosarcoma.

TUMORES EPITELIALES MALIGNOS:

- a).- Adenoma Pleomorfo (Tumor Mixto).
- b).- Carcinoma Adenoide Quístico.
- c).- Adenocarcinoma de células acinosas.
- d).- Carcinoma Trabecular y Adenoma Papilar Productor de Moco.
- e).- Carcinoma Anaplásico.
- f).- Carcinoma de células escamosas.
- g).- Carcinoma de células acinares.
- h).- Carcinoma Mucoepidermoide.
- i).- Carcinoma Epidermoide.

TUMORES CONJUNTIVOS BENIGNOS:

Hemangioma y Linfangioma;

Son formaciones congénitas que se manifiestan en los primeros meses o años de vida. Se originan en el tejido y elementos mesodérmicos que circundan la glándula o forman los tabiques interlobulares.

Es un tumor indoloro, mal delimitado, blando, parcialmente reducible, que aumenta de tamaño con los esfuerzos, gritos y con la compresión de la base del cuello. La piel que los cubre es azulada, y se encuentran a menudo venas dilatadas o formaciones angiomasos. El tumor se transforma frecuentemente en cavernoso, pudiendo simular un aneurisma cirsoide.

TRATAMIENTO:

La radioterapia tiene buen éxito, en especial en los niños que pueden llevar la placa radiactiva sin los inconvenientes de la inmovilidad a que tienen que ser sometidos para la aplicación de la Roentgenterapia. La extirpación quirúrgica del angioma junto con la de la glándula, puede llevarse a cabo, especialmente cuando se trata de la submaxilar. En los angiomas parotídeos la operación es más cruenta y resulta difícil respetar los importantes elementos de la región. Por esta razón se operará con ligadura previa de la carótida externa y lazo de seguridad en la carótida primitiva o interna.

NEURILEMOMA:

Es denominado también Glioma periférico, Lemoma y con frecuencia simplemente Neurinoma o Neuroma, suele desarrollarse en el seno del parénquima parotídeo a espensas de la vaina nerviosa del facial. Son extraordinariamente raros pero el conocimiento de su existencia, naturaleza y evolución es de importancia quirúrgica para evitar errores que puedan significar una parálisis facial definitiva.

El neurilemoma se presenta como un tumor mixto generalmente asintomático que crece con lentitud y alcanza moderado tamaño y al intentar la extirpación del nódulo o del lóbulo superficial de la parótida, se comprueba que es imposible separarlo del facial o de sus ramas principales con las cuales se confunden íntimamente.

El diagnóstico de esta variedad tumoral no se establece clínicamente, aunque puede sospechársele, lo cual es de suma importancia en el acto quirúrgico; es durante la operación a veces después de inferido un daño difícilmente reparable, cuando se le reconoce por sus conexiones con el facial, siendo luego confirmado por el resultado por el estudio histopatológico.

TRATAMIENTO:

En lo referente al tratamiento, digamos que el sacrificio del facial no se justifica en el neurilemoma, por haberse comprobado que no sufre la transformación maligna y que no suele recidivar aunque haya sido imperfectamente extirpado. La biopsia por congelación intraoperatoria será una excelente ayuda para el cirujano que encuentra un tumor intraparatídeo sospechoso de neurilemoma.

LIPOMA:

Son raros los lipomas de la celda parotídea y no se han registrado en las otras glándulas salivales. Se pueden distinguir tres variedades;

I).- LIPOMA SUBAPONEUROTICO SUPERFICIAL:

Se encuentra entre la glándula y la aponeurosis superficial, que en esta región es delgada. El diagnóstico es posible por la consistencia del tumor, propio del tejido adiposo, por la prominencia aplanada que forman aunque haya llegado a tener cierto tamaño y, además, por ser completamente indoloro. La diferenciación con el tumor mixto se establece por que este es de consistencia más sólida, mejor delimitado y sobresale más pronunciadamente del tejido glandular.

2).- LIPOMA INTRAGLANDULAR:

Este tumor es sumamente raro, y se encuentra situado en el espesor de la parótida y puede ser difuso o encapsulado. No adquiere gran tamaño y es perfectamente tolerado, manifestando su presencia únicamente por la deformidad que produce.

3).- LIPOMA SUBGLANDULAR:

Este tumor tambien es poco frecuente, está situado profundamente entre la farínge y la prolongación faríngea de la parótida y como no produce síntomas estos son sumamente discretos, el diagnóstico clínico no es posible.

TRATAMIENTO:

Por ser sumamente raro no tiene tratamiento específico, pero cuando se presenta se recomienda la cirugía.

TUMORES EPITELIALES BENIGNOS:

Adenoma pleomorfo:

Es el tumor más frecuente en las glándulas salivales corresponde al 70 u 80% de los tumores parotídeos y se observa con escasa frecuencia en la glándula submaxilar y raramente en la sublingual, así como en las palatinas y labiales se presentan entre los veinte y cuarenta años de edad y afecta a ambos sexos.

El diagnóstico solo podrá ser establecido con seguridad después de un minucioso exámen de la pieza extirpada y luego de desechar la posibilidad de atipia celular. Por lo tanto la denominación del tumor mixto maligno debe ser eliminada, por la razón de que todos ellos corresponden al carcinoma.

Los tumores mixtos forman nódulos esféricos de su superficie lisa y a veces lobulada. Están provistos de una cápsula definida de espesor muy variable, la consistencia del tumor es firme y elástica, con variaciones que dependen de la proporción en que participan sus elementos constitutivos: células epiteliales, tejidos mixomatoso y pseudocartilaginoso. Las dimensiones oscilan entre dos y cinco centímetros, aunque

se han visto tumores enormes. El tumor mixto residivante suele presentar modificaciones morfológicas significativas, con frecuencia no forman una masa única, sino que aparece multicéntrico; es abollonado y en ocasiones hasta consta de varios nódulos independientes y agminados.

Este tumor es de crecimiento lento e intermitente, es de localización superficial redondeada y liso y por ello resulta fácilmente extirpable. Su consistencia es variable pero habitualmente elástico, no existe dolor al principio aunque a veces existe una sensación de presión como dolor de oído, el tumor posee un diámetro promedio de 2 a 5 cm, pero puede alcanzar proporciones enormes.

TRATAMIENTO:

La repetición es rarísima en los tumores mixtos de la submaxilar, en los que la total extirpación de la glándula, facial y sin riesgos, suele efectuarse como tratamiento.

Es evidente la superioridad del resultado logrado con la parotidectomía total o subtotal en los tumores pleomorfos de la parótida, en relación con el que proporciona la remoción extracapsular.

El carácter multicéntrico comprobado en casi todos los tumores residivados, estos están constituidos, por nódulos múltiples por lo general ajustadamente confluentes, pero en ocasiones separados entre sí, lo que sugiere que se deban a diseminación de células tumorales durante la intervención quirúrgica.

ADENOMA MONOMORFO:

El sialodenoma puro, constituido principalmente por células monomorfas, constituye aproximadamente del 8 al 10% de todos los tumores de las glándulas salivales y se pro-

duce en la glándula parótida, se distinguen del adenoma pleomorfo por una estructura celular regular y uniforme, la presencia de una membrana basal y una notable estructura lobular.

Esté tumor se clasifica según su forma de crecimiento y pueden ser; sólidos, acinar, tubular, quístico, y papilar. La proporción de elementos linfoides que contiene el tipo principal de células como son; las células basales, anacíticas, sebáceas.

TRATAMIENTO:

Para esté tipo de tumor su tratamiento es la extirpación quirúrgica.

ADENOMA SIMPLE:

Los adenomas son muy raros, en las glándulas salivales y se presentan casi exclusivamente en la parótida. El adenoma simple es semejante al tumor mixto por la edad en que aparece y por su cuadro clínico. Esté tumor deriva de las células acinosas de la parótida, es esférico u ovoide de superficie lisa y de color blanco grisáceo. Está provisto de cápsula continua y bien definida y su parenquima constituido por células epiteliales regulares, ordenadas en formaciones glanduliformes con áncinos que suelen contener secreción mucosa o estructuras solidas.

TRATAMIENTO:

Para esté tipo de tumor su tratamiento es la extirpación parcial de está neoplasia.

ADENOMA OXIFILIO (ONCOCITOMA) :

Es una lesión benigna, de crecimiento lento, compuesto por células que tienen el citoplasma acidófilo y un pequeño núcleo marginal como pignocitos u oncocitos. La mayoría de los oncocitosas se hallan en la glándula parótida y la glándula tiroides, pero se han observado también en la tráquea, en la glándula submaxilar y las glándulas salivales menores, es más frecuente en mujeres que en hombres y se aparece a la edad de 66 a 70 años.

Esté tumor es duro, bien delimitado y desplazable - está bien encapsulado, es sólido al corte, rojo grisáceo y - está dividido en lóbulos, por finas láminas de tejido conectivo fibroso. Está compuesto por bandas de células de epiteliales poligonales, sólidas u tubulares. Las células tienen un núcleo pequeño oscuro en la periferia, el citoplasma contiene granulaciones de mitocondrias ricas en enzimas. El tumor se origina en el epitelio estriado del conducto, por su eosinófilo, el número de oncocitos aumenta con la edad en la glándula parótida normal.

TRATAMIENTO:

Es la extirpación quirúrgica, y el tumor no tiende a recidivar ni a experimentar transformación de malignidad.

ADENOMA DE CELULAS BASALES:

El adenoma de células basales llamado también, adenoma sólido, tubular, canalicular o basófilo. Es una variante del adenoma pleomorfo, está compuesto integramente por células epiteliales, faltando las células mioepiteliales. El tumor parece incidir en individuos de más de sesenta años de edad, la mayoría de las lesiones se han observado en las glándulas parótidas y se han producido algunos en las glándulas-

salivales menores.

TRATAMIENTO:

Para este tipo de neoplasias la terapéutica adecuada es la extirpación quirúrgica parcial del tumor.

ADENOMA SEBACEO O LINFADENOMA:

En este tumor existen bastantes células sebáceas — en los conductos de las glándulas salivales mayores, especialmente en la glándula parótida, a partir de ellas se desarrollan raramente una verdadera neoplasia. Se han descrito algunos linfadenomas sebáceos en las glándulas parótidas de pacientes de mediana edad o mayores, de ambos sexos.

El linfadenoma sebáceo está compuesto por glándulas sebáceas y conductos, dentro de su estroma linfoide que contiene a menudo folículos reactivos, en algunas lesiones se han hallado quistes llenos de lípidos delimitados por un epitelio escamoso poliestratificado plano. El tumor presenta inclusiones metaplásicas proliferativas de conductos salivales dentro de los nódulos linfoides que están incorporados a menudo a las glándulas parótidas.

Muchos de estos tumores han tenido un diámetro de varios centímetros, de consistencia dura, encapsulados y al corte presentan una coloración gris-amarillento y un exámen minucioso describe numerosos quistes pequeños.

TRATAMIENTO:

El tratamiento a seguir se basa en la extirpación quirúrgica de este tumor.

CISTOADENOMA PAPILIFERO LINFOMATOSO:

Esta deformación también se denomina tumor de Warthin y se trata de un tumor poco frecuente en la parótida, y no se presenta en ninguna otra de las glándulas salivales pero que puede encontrarse fuera del sistema salival. Este tipo de tumor se origina en el tejido saival heterotópico incluido en los ganglios linfáticos vecinos a la parótida.

Este tumor se encuentra compuesto por una mezcla de estroma linfoide y de tejido epitelial, lo que le da un aspecto característico; el estroma está formado por linfocitos-reunidos en centros germinativos. El tejido epitelial está constituido por células de protoplasma acidófilo o finamente-granuloso, que bordean espacios quísticos o proyecciones papilares intraquísticas centradas por un eje conjuntivo vascular.

Este tipo de tumor aparece, por lo general en la quinta o sexta década de la vida y afecta con preferencia al sexo masculino. Son tumores redondeados o lobulados, de superficie lisa y de consistencia blanda y elástica, provistos siempre de una cpápsula definida que raramente sobrepasa los cinco centímetros de diámetro.

TRATAMIENTO:

Por ser un tumor bastante raro no tiene terapéutica específica, pero cuando llega a presentarse lo más recomendable es la extirpación quirúrgica.

ADENOLINFOMA:

El adenolinfoma es llamado también cistadenolinfoma papilar, el cual es sólido, quístico o papilomatoso, presenta tres características peculiares: 1).- El componente epitelial está siempre rodeado por tejido reticular y linfático 2).- Es el único tumor de glándulas salivales que se produce con frecuencia bilateralmente, 3).- El cistadenolinfoma es más frecuente en los hombres. El adenolinfoma está formado por compuestos epiteliales y linfocitos. Las células epiteliales están dispuestas en dos hileras, la hilera interna está formada por células alargadas con citoplasma acidófilo y núcleos picnóticos y la hilera externa está formada por células cuboides o poligonales y descansan sobre la membrana basal.

El adenolinfoma se caracteriza por su crecimiento lento, estos tumores a medida son bilaterales, se hayan sobre todo en las regiones superficial o marginal de la glándula parótida. Se han descrito tumores esporádicos en otras glándulas salivales, por ejemplo las submaxilares, también en el labio superior, en labio inferior, la pared de la farínge posterior, el seno maxilar, el paladar, la laringe. Los Cistadenolinfomas localizados en las glándulas salivales menores suelen carecer de componente linfocítico.

TRATAMIENTO:

En este tipo de afecciones se impone la extirpación quirúrgica.

ADENOMA CANALICULAR:

Es un tumor glandular benigno, se compone de largos cordones de células epiteliales, casi invariablemente dispuestos en doble hilera, con espacios quísticos de tamaño variable que suelen estar llenos de un coagulo eosinófilo.

Esta lesión se origina casi exclusivamente en el te jido de las glándulas salivales accesorias intrabucales y - en la gran mayoría de los casos se presenta en el labio superior, el tumor es más frecuente en personas mayores de sesenta años, suele presentarse como un nódulo firme, bien circoscrito, de crecimiento lento particularmente en labio, no es - fijo y puede desplazarse hasta cierta distancia.

TRATAMIENTO:

El tumor debe ser tratado por extirpación quirúrgica, su residiva es bastante rara.

TUMOR LINFOEPITELIAL:

Esta lesión de las glándulas salivales es bastante rara pero muy interesante en el sentido de que presenta carac terísticas inflamatorias y tumorales. Esta lesión presenta la hiperplasia de los ganglios linfáticos de origen infeccioso - local, en algunos casos se extiende y deforma la arquitectura normal de las glándulas salivales y produce sialolinfadenitis.

Histológicamente es una infiltración linfocitaria - ordenada del tejido de las glándulas salivales, que destruye o reemplaza los acinos, con persistencia de células epitelia - les que probablemente son restos de conductos glandulares.

Este tumor se manifiesta, como un agrandamiento -- unilateral o bilateral de las glándulas parótida y submaxilar, asociado en algunos casos con malestar local, leve dolor y - xerostomía ocasional. Con frecuencia hay agrandamiento difu - so, de contornos irregulares de las glándulas salivales. La duración de la masa tumoral puede ser de algunos meses o aún - de algunos años.

TRATAMIENTO:

La terapéutica va encaminada a la extirpación quirúrgica y la radioterapia con rayos "X".

TUMORES CONJUNTIVOS MALIGNOS:**SARCOMA FUSOCELULAR**

Este tipo de tumores se caracterizan por estar bien encapsulados, por ser indoloros, de consistencia firme, de crecimiento lento, móviles y que permanecen sin fijarse en la piel durante largo tiempo, invaden los ganglios y producen metástasis viscerales tardíamente.

MELANOSARCOMA:

Se caracteriza por su extremada malignidad, invade con rapidez la glándula, se fija a la piel tempranamente y produce la muerte por caquexia en breve tiempo.

TRATAMIENTO:

En los sarcomas el tratamiento a seguir es la erradicación quirúrgica a la radioterapia, y la recidiva no se hace esperar en casi la totalidad de los casos.

FIBROSARCOMA:

Esté tumor crece rápido y voluminosamente y tiene una consistencia predominante dura, la piel suprayacente es delgada y está tensa, presentando muchas telangiectasias pequeñas, se producen precozmente metástasis a los ganglios linfáticos regionales, no presentan síntomas al cabo de cinco años de tratamiento.

TRATAMIENTO:

En esta neoplasia es el tratamiento a seguir es la extirpación total del tumor, radioterapia y quimioterapia.

TUMORES EPITELIALES MALIGNOS:

ADENOMA PLEOMORFO (MIXTO) :

Este tumor presenta zonas citologicamente malignas, estas lesiones afortunadamente no son frecuentes, no hay diferencia entre el adenoma pleomorfo benigno y el maligno, el tamaño de los dos es muy variable.

Para reconocer un tumor mixto maligno se debe observar los cambios nucleares que son indicadores de malignidad el hiper cromatismo y pleomorfismo nucleares, aumento y anormalidad de la mitosis y aumento de la relación del núcleo y citoplasma, invasión de vasos sanguíneos linfáticos o nervios, necrosis focal e infiltración periférica obvia y destrucción del tejido normal.

TRATAMIENTO:

Es esencialmente quirúrgico, aunque a veces algunas lesiones que manifiestan una tendencia a la recidiva local son tratadas mediante la terapéutica combinada de cirugía e irradiación.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO:

Llamado también cilindroma es frecuente correspondiendo al 10% de los tumores parótideos, es un cancer de evolución lenta, pero inexorable, caracterizado por su manifiesta tendencia a producir metastasis ya recidivar, luego de ser extirpado.

Se compone de pequeñas células uniformes intensamente teñidas, que se asemejan a células basales y que se suelen disponer en cordones o estructuras ductiformes, cuya porción central puede contener un material mucoso, lo cual le da un aspecto típico de panal de abejas. Es característico que el tejido conectivo se hialinice y rodee las células tumorales, para formar estructuras cilíndricas. A veces las células proliferan en masas compactas y entonces puede haber un patrón glandular quístico típico reducido, en otros casos solo se observan cordones anastomosantes delicados de células neoplásicas dispersos en un extremo abundante.

Las glándulas salivales atacadas con mayor frecuencia por este tumor son parótida, submaxilar y accesorias del paladar y la lengua. Es más común entre la quinta y sexta década de la vida, presenta dolor local temprano, parálisis del nervio facial, y en caso de tumores parótideos fijación a estructuras profundas e invasión local, algunas de estas lesiones como las intrabucales, tienen ulceración de la superficie.

TRATAMIENTO:

Es fundamentalmente quirúrgico aunque a veces se ha complementado con la irradiación.

ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS:

Es un tumor de crecimiento lento moderadamente maligno, la mayoría de los tumores de las glándulas salivales nacen del epitelio del sistema de conductos, pero parecen originarse en las células acinosas propiamente dichas, este tumor está esencialmente limitado en la glándula parótida, el 70% se observa en mujeres entre los 50 y 60 años de edad. Este tumor con frecuencia está rodeado de células acinosas con una capa delgada que se compone de células, que guardan estrecha-

semejanza con las células acinosas normales, dispuestas en estructura glándular. El citoplasma de estas células contienen granulos similares a los granulos de cimógeno de las células normales y con frecuencia vacuolas intercelulares.

TRATAMIENTO:

La mayoría de los casos son quirúrgicos aunque las recidivas de estos tumores es de una frecuencia alarmante.

CARCINOMA TRABECULAR Y ADENOPAPILAR:

El carcinoma trabecular corresponde al carcinoma simple de la nasofaringe, la designación de trabecular implica que faltan las estructuras acinares, se trata de tumores muy malignos, la relación entre las incidencias del adenocarcinoma trabecular en las glándulas parótidas, submaxilares y glándulas salivales menores, constituye aproximadamente el 1% de los tumores de las glándulas salivales, como el carcinoma adenopapilar productor de moco.

Se caracteriza por sus células polimorfas con grandes núcleos centrales hipercromáticos que presentan numerosas mitosis. Las células están dispuestas según una pauta trabecular fina, los carcinomas adenopapilar productor de moco se caracteriza por la alteración de zonas sólidas y quísticas así como de estructuras adenopapilares. Estas últimas están delimitadas por células bastante polimorfas que tienen un citoplasma pálido, es característico la presencia de células cilíndricas productoras de moco.

Estos tumores afectan a hombres y a mujeres con la misma frecuencia y se producen entre las edades de 50 y 60 años. Habitualmente transcurre menos de un año entre la aparición del tumor y su tratamiento, lo cual indica que esta

noplasia produce dolor. No es frecuente la parálisis del nervio facial, existen metástasis regionales o ha distancia.

TRATAMIENTO:

Esta neoplasia su tratamiento a seguir es la extirpación total de este tumor y la radioterapia por sus metástasis.

CARCINOMA ANAPLASICO:

Es uno de los tumores más malignos de las glándulas salivales, y se le denomina también adenocarcinoma indiferenciado o sólido o carcinoma de células de transición. Constituye aproximadamente el 1% de los tumores salivales; es tan frecuente en las glándulas salivales mayores como en las menores.

El tumor esta formado por pequeñas células pleomorfas con grandes núcleos, están agrupadas en bandas anchas o grupos redondeados sin observar una pauta característica. Es difícil diferenciarlas de las células epiteliales, densos cordones de tejido conjuntivo colagénico y con menor frecuencia hialino, penetran en las masas epiteliales malignas. Con frecuencia se observan crecimientos destructivos en el interior de los tejidos circundantes.

La edad máxima de incidencia de estos tumores, es entre los 50 y 70 años de edad. Las recidivas son comunes y se producen con frecuencia metástasis a distancia mas de la mitad de los pacientes padecen parálisis del nervio facial que no se recuperan tras la radioterapia, como la mayoría de los otros tumores salivales.

TRATAMIENTO:

Por ser uno de los tumores más malignos, su tratamiento es la extirpación quirúrgica total, y la radioterapia.

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS:

Es uno de los sialodenas más malignos, constituye cerca del 2% de los tumores de las glándulas salivales, este carcinoma de células escamosas es similar al mismo tumor de otras localizaciones. Este tumor incide con mayor frecuencia en los varones, la edad máxima de incidencia es de 60 a 70 años, son característicos, el dolor es intenso, su consistencia es dura, la adherencia a la piel suprayacente y los tejidos circundantes hay con frecuencia ulceraciones y hay ruidos de metástasis.

Aproximadamente las dos terceras partes de estos tumores se originan en la glándula parótida y otra tercera parte en la glándula submaxilar. Los pocos carcinomas que hay en las glándulas salivales son siempre carcinomas de células escamosas.

TRATAMIENTO:

Esta neoplasia es esencialmente quirúrgica, aunque a veces su tratamiento es combinado de cirugía e irradiación por su tendencia a las metástasis.

CARCINOMA DE CELULAS ACINARES:

Es un tumor de crecimiento lento, moderadamente maligno. Su estructura se asemejan tanto a los de los ácinos glandulares que hasta se le considera un tumor benigno, sin embargo, la gran frecuencia de recidivas es más del 50%, el

tumor está esencialmente limitado a la glándula parótida y - constituye aproximadamente el 2% de todos los tumores salivales. También se ha descrito en la glándula sublingual y en el piso de la boca.

La mayoría de los carcinomas de células acinares - son capsulados, bien por una cápsula fibrosa diferenciada, - o bien por una capa de condensación del tejido circundante, - el tumor está constituido esencialmente por laminales epiteliales sólidas, pero en algunos casos existen espacios vacíos, - que dan al tejido una apariencia cribiforme. Las células son habitualmente poligonales parecidas a las de los ácinos serosos, su citoplasma es granular y casi siempre basófilo dando por ello la impresión errónea de que las células son productoras de moco.

Es un tumor pequeño, redondo y capsulado, solo raramente produce dolor o parálisis del nervio facial. Es habitualmente duro y puede ser desplazable o estar firmemente adherido. En un corte el tumor es amarillo-grisáceo, pero sin componentes mixomatosos se observan muchos focos necróticos a consecuencia de la mala irrigación sanguínea.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de este tumor es la extirpación quirúrgica, y la radioterapia.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDES:

Este se define como un tumor de origen ductal que - contiene células mucosecretoras y otras con propiedades epidermoide, se consideran en formas de balas y su grado de malignidad, cuando hay predominio de diferenciación epidermoide -

des aun cuando son frecuentes las células mucosecretantes y - de alta grado de malignidad, en los cuales las perlas córneas son mas raras. El carcinoma mucoepidermoide especialmente el último tiene una particular agresividad y son frecuentes las metástasis generalizadas.

La forma menos maligna se caracteriza por un epitelio escamoso cubierto por una capa celular mucoquística. Existen tres principales tipos de células, que son las células secretoras de moco, las células escamosas, y las células intermedias, su citoplasma es claro y sus núcleos relativamente grandes. Puede compararse con la capa espinosa del epidermis pero no poseen puentes intercelulares, ni estan estratificados.

El tumor mucoepidermoide muy maligno muestra claramente focos carcinomatosos en algunas zonas las células escamosas y mucosas son menos numerosas y predominan las células epidermoides intermedias y poco diferenciadas. Abundan más - las fibras de mitosis y se observan ocasionalmente crecimiento perineural e intraneural.

La mayoría de los carcinomas mucoepidermoides de las glándulas salivales principales, se originan en la glándula parótida, aunque también se puede asentar a otras glándulas principales y especialmente a los accesorios intrabucales El tumor de alto grado de malignidad, crece con rapidez y produce dolor, como síntoma temprano la parálisis facial es frecuente en los tumores parótideos. El tumor no es encapsulado sino que tiende a infiltrarse en los tejidos vecinos a metastatizar a los ganglios linfáticos regionales.

TRATAMIENTO:

Es fundamentalmente quirúrgico, aunque en algunos -

casos han respondido a la irradiación con rayos "x".

CARCINOMA EPIDERMÓIDE:

Este tipo de neoplasia que se origina en las glándulas salivales tienen mal pronóstico, puesto que los tumores poseen propiedades infiltrativas y dan metástasis y recidivan con facilidad se presenta en glándulas parótidas y submaxilares, aunque puede presentarse en el tejido de las glándulas salivales accesorias.

Este tumor se observan estados transitorios desde las células francamente queratinizadas, con conformación de glóbulos córneos. Este carcinoma es sumamente severo por malignidad, es duro de superficie blanco-grisáceo al corte y carece cápsula, infiltra pronto la piel ulcerándola, la parálisis facial y la cancerización de los ganglios linfáticos es muy frecuente.

TRATAMIENTO:

La cirugía y la radio terapia es la más indicada para este tipo de tumores.

VII

DIFERENTES PATOLOGIAS.

I).- TRANSTORNOS DEL FLUJO SALIVAL.

- a).- Sialorrea (ptialismo).
- b).- Xerostomia.
- c).- Síndrome de Sjogren.
- d).- Quistes Salivales verdaderos.
- e).- Quistes Salivales falsos
- f).- Quistes de la papila palatina.
- g).- Quiste parotideo.
- h).- Mucocele.
- i).- Mucoso.
- j).- Ranula.

2).- ANOMALIAS DEL DESARROLLO.

- a).- Glándulas aberrantes.
- b).- Diverticulos.
- c).- Malformaciones.
- d).- Traumatismos de las glándulas y conductos salivales.
- e).- Fístulas Salivales.
- f).- Fístula glándular.
- g).- Fístula de la glándula parótida.
- h).- Fístula del conducto de Stensen.
- i).- Fístula de la glándula submaxilar.
- j).- Cuerpos extraños de los conductos salivales.
- k).- Calcúlos salivales.
- l).- Litiasis salival.

3).- TRASTORNOS INFLAMATORIOS.

- a).- Sialodoquitis.
- b).- Neumatocele o enfermedad de los sopladores de vidrio.
- c).- Inflamación toxica de las glándulas salivales
- d).- Paperas o Parotiditis epidémica.
- e).- Infección de las glándulas parótidas y submaxilar.
- f).- Infección crónica.
- g).- Parotiditis y Submaxilitis reflejas.
- h).- Parotidítis aguda por cocos en la primer infancia.

- i).- Parotiditis crónica recidivante.
- j).- Submaxilitis aguda.
- k).- Parotiditis crónica recidivante de los adultos
- l).- Parotiditis crónica recidivante de la infancia
- m).- Enfermedad y síndrome de Mikuliez.
- n).- Infección de las glándulas sublinguales y glándulas mucosas de la boca.
- ñ).- Inflamación específica.
- o).- Sífilis de las glándulas salivales.
- p).- Tuberculosis de las glándulas salivales.
- q).- Diagnóstico diferencial.
- r).- Enfermedad por arañazo de gato.
- s).- Actinomicosis de las glándulas salivales.

4).- SIALADENITIS ALERGICA.

- a).- Sialadenitis aguda alérgica.
- b).- Sialadenitis colagenóticas.
- c).- Sialadenitis sarcoidótica.
- d).- Síndrome de Melkersson - Rosenthal.

TRANSTORNOS DEL FLUJO SALIVAL:

SIALORREA O PTIALISMO.

Es el aumento del flujo salival, que puede ser consecuencia de muchas causas, el caso más frecuente se asocia a la inflamación aguda de la cavidad oral, tal como la estomatitis herpética o aftosa y con la aparición de la dentición.

Se le observa en individuos retrasados mentales, en los pacientes esquizofrénicos con deterioro y en los pacientes con trastornos neurológicos con afectación lenticular.

La intoxicación por mercurio, la acridina, el pénfigo, el embarazo, la rabia, la epilepsia, las náuseas y las prótesis dentales mal ajustadas pueden acompañarse de un aumento de la salivación. El aumento de secreción gástrica se acompaña también de un aumento de secreción salival.

En la sialorrea periódica, se puede afectar un solo par de glándulas o todas ellas en la mayoría de los casos la parótida, aumenta de tamaño o intervalos regulares. La enfermedad es más frecuente en las mujeres y puede heredarse como un rasgo autosómico dominante.

TRATAMIENTO:

Puede inhibirse la salivación por medio de sulfato de atropina, generalmente basta 1/1500 o 1/1000 de grana aplicada subcutáneamente, para contener el flujo salival. Durante la anestesia, también pequeñas dosis de irradiación con rayos X dirigidos a las glándulas.

XEROSTOMIA:

Es la disminución del flujo salival, y también se asocia a muchas enfermedades, raramente existe una ausencia congénita de una o varias glándulas mayores o de sus conductos excretores. En la xerostomia temporal, puede ser causada por factores psicológicos, tales como miedo, angustia, enojo y excitación o puede ser debido a neurosis que alteran la regulación de las glándulas salivales.

La formación de sialolitos puede obstruir el flujo de la saliva, otras causas de alteración pueden ser las en -

fermedades como la diabetes insípida, la nefritis crónica sin edema, diarreas muy profundas, afecciones febriles, y la diabetes sacarina.

Esto puede ser ocasionado por la digestión, que esté alterada y produce la atrofia de la mucosa, está se reseca y agrieta y puede infectarse, esto ocurre en los labios, la lengua se hace gradualmente lisa por atrofia de la capa papilar, los dientes se hacen frágiles y las caries pueden aumentar, por que es más probable la retención de alimentos.

TRATAMIENTO:

Los colutorios glicerizados tienen alguna utilidad en la xerostomia y también puede administrarse el clorhidrato de pilocarpina al 0.3 g en 15 cc de agua destilada, cinco gotas tres veces al día después de los alimentos, la dosis puede aumentar una gota cada tercer día hasta que se tomen ocho o diez gotas.

SINDROME DE SJOGRÉN:

Esté trastorno está formado por la adición de numerosos síntomas referidos a diversos aparatos. Se presentan principalmente en mujeres de edad media de la vida y se manifiesta por tumefacción parótidea bilateral; disminución y luego desaparición de la secreción salival; queratoconjuntivitis seca, debida a las glándulas lagrimales, la disminución de la secreción salival, que en algunas ocasiones es muy acentuado, produce notable sequedad de la boca, labios, y lengua se presenta apergaminada, se han mencionado también la aparición de faringitis y laringitis seca que agravan las molestias, xerodermica de la región anogenital, anorexia y en ocasiones es teatorrea.

TRATAMIENTO:

Se utiliza la administración de vitaminas A, B₂, B₆, pero en casos de alteración endocrina está indicado la cortisona y antibióticos.

QUISTES SALIVALES VERDADEROS:

Se forman por lo común en plena glándula y están provistos de una pared fibrosa bien diferenciada y cubierta por un revestimiento constituido por una sola capa de células epiteliales aplanadas, el quiste contiene líquido citrico comúnmente fluído. Está quiste se manifiesta como un tumor redondeado, de pequeña o mediana dimensión, remitente o casi-duro e indoloro, crece lentamente, pero algunos casos presentan aumento brusco de tamaño acompañandose de moderado dolor.

TRATAMIENTO:

Es la extirpación por enucleación, cuando se presenta a ello y el diagnóstico es seguro. En caso contrario es preferible extirpar la glándula cuando asienta en la submaxilar o efectuar la exéresis del lóbulo en que se ha desarrollado la neoformación cuando el quiste es parótideo.

QUISTES SALIVALES FALSOS:

Se producen por dilatación de los conductos excretorios o de una parte de la glándula debido a procesos inflamatorios o litiásicos. Se manifiestan clinicamente por un tumor que evoluciona durante largo tiempo y que en ocasiones se evacua espontaneamente o por compresión.

Los pseudoquiste salivales son formaciones benignas que molestan por su presencia y por la deformación que ocasionan, requieren tratamiento unicamente por esas causas o cuando producen dolor o se infectan.

TRATAMIENTO:

Es quirúrgico y consiste en la extirpación de la glándula.

QUISTE DE LA PAPILA PALATINA:

Se forma por retención de moco formado por las glándulas mucosas asociadas con el conducto nasopalatino. Se presenta en la parte media del paladar y no es traslúcido, como los quistes del labio y de la lengua, por que la mucosa palatina está formada por tejido conectivo denso, forma un abultamiento redondo, como la mitad de una cereza, que cuando se presiona deja salir una o dos gotas de moco de las ranuras, que son las salidas del conducto nasopalatino, parcialmente ocluido, situado a cada lado de la papila palatina.

QUISTE PAROTIDEO:

Los quistes parotídeos son raros y generalmente se encuentran localizados en la glándula, puede formarse quistes de retención en la glándula parótida, si se obstruye una rama del conducto con un cálculo. En otros casos el quiste se forma por lesión de la glándula.

Los quistes de la parótida, no pueden palpase fácilmente, puede formar una tumefacción visible debajo de la piel en la región de la glándula que es fluctuante y elástica o firme. Si se encuentra debajo del angulo del maxilar debe hacerse el diagnóstico diferencial del quiste branquial.

TRATAMIENTO:

La eliminación del cálculo puede dar alivio generalmente se requiere la extirpación, debe conservarse la intacto el nervio facial.

MUCOCELE :

Es un quíste que contiene mucus, aparece en las -- regiones de las glándulas salivales de la mucosa bucal. Se -- presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada, translúcida, y azulada; si se localiza -- profundamente la palpación pone de manifiesto una formación -- circunscrita que se desplaza con facilidad.

Con excepción de la mitad anterior del paladar duro que carece de glándulas salivales, puede producirse en cual -- quier lugar de la cavidad bucal, los labios y la lengua constituyen los sitios preferidos. Las lesiones superficiales se -- abren frecuentemente y luego de descargar una sustancia mucoi de viscosa se colapsan, apenas parecen haber curado, recidi -- van. Esta secuencia de ruptura descarga y recurrencia puede -- durar meses. La lesión plenamente desarrollada consiste en -- una cavidad quística llena de un material homogéneo levemente basófilo que es mucus, dispersas por estas sustancias pueden -- observarse células redondas tumefactas al aparecer en degeneración.

El revestimiento del quíste habitualmente está for -- mado únicamente por tejido de granulación y en circunstancias extremadamente raras por epitelio. Las glándulas salivales -- así como el tejido conectivo en la vecindad del mucocele -- muestran infiltración de neutrófilos, linfocitos y plasmoci -- tos. En un estadio temprano del mucocele como en uno que se -- ha abierto y descargado no resulta posible recorrer ninguna -- cavidad quística nitidamente delimitada y la lesión consiste -- en una infiltración difusa de la zona afectada con mucus.

Los mucocelos se forman como consecuencia de una -- ruptura traumática del conducto excretor de una glándula sali -- val y la posterior acumulación de saliva en los tejidos.

TRATAMIENTO:

Consiste en la extirpación de la superficie externa del quiste y así se deja la superficie epitelial inferior que contiene el conducto. En los casos de reproducción se recomienda la extirpación completa incluyendo la glándula subyacente.

MUCOSO:

Se caracteriza por una cavidad quística llena de mucus revestida por un epitelio cúbico o cilíndrico que consiste en células mucosas. Esta lesión se diferencia del mucocelo en que su causa no radica en la ruptura de un conducto, en que está revestido de epitelio y en que no se asocia por lo general con glándulas mucosas.

RANULA:

Es una tumoración grande en el piso de la boca de consistencia blanda y llena de mucus, revestido de tejido de granulación. Se puede originar dentro de las glándulas mayores donde producen un agrandamiento poco definido que puede levantar la lengua y dificultar el habla se relaciona con las glándulas submaxilar y sublingual.

En su formación la ránula es idéntica al mucocelo, salvo que está asociado con glándulas de mayor tamaño razón por la cual su dimensión es mayor, se produce como consecuencia de un defecto en el conducto de Wharton en la glándula submaxilar, o en el de Bartholin en la glándula sublingual mayor.

TRATAMIENTO:

El tratamiento difiere, según la gravedad del caso y va desde la excisión de la glándula o conductos, a la extir

pación completa del órgano.

ANOMALIAS DEL DESARROLLO:

Se tendrán en cuenta dos tipos de anomalias del desarrollo. 1).- Las glándulas salivales aberrantes, que son consecuencia de la separación de los botones germinales de células y lóbulos glandulares individuales. 2).- Agenesia, hipoplasia o malformación total o parcial de una glándula salival, o del sistema excretor.

GLANDULAS ABERRANTES:

Cuando se desarrolla tejido glándular salival en lugares en los que no se le halla normalmente, región cervical, ganglios linfáticos intraparotídeos y paraparotídeos o si el tejido glándular salival, está aislado y no tiene conducto excretor, hablamos de glándulas salivales aberrantes o heterotópicas.

En las glándulas salivales aberrantes se descubren a menudo por casualidad en el curso de intervenciones quirúrgicas (en casos de quistes o tumores salivales) o por la formación de una fístula salival. Dado que la porción incisal del tubo digestivo contiene gran cantidad de tejido linfático submucoso, no es sorprendente que se detecten a menudo glándulas salivales aberrantes en los ganglios linfáticos. Se ha hallado tejido glándular salival en las amígdalas de 0.2% a un 1% y está heterotopia intraganglionar linfática se halla en casi todos los recién nacidos. Se ha descrito tejido glándular salival heterotópico en el interior del cuerpo del maxilar inferior y esto se describe como una alteración quística estática o latente del maxilar inferior.

Y se describe también tejido glándular salival ectópico en la base del cuello, el oído medio, la articulación esternoclavicular, el conducto tirogloso, la mastoidees ósea,

y la hipófisis.

DIVERTICULOS.

Los divertículos son probablemente malformaciones verdaderas cuando existen en un recién nacido o en un niño pequeño, tales divertículos se rudimentarios se hallan muy a menudo en el sistema excretor salival de forma generalizada. Se considera que el megastenon de los adultos es una malformación rudimentaria.

El paciente suele consultar al médico por las parotiditis recidivantes y purulentas. La sialografía descubre conductos de Stensen muy anchos, casi siempre en ambos lados, con una dilatación cilíndrica del conducto principal, dentro de la zona de los ácinos la dilatación es sólo de poca importancia.

MALFORMACIONES:

Las glándulas salivales pueden ser hipoplásicas o hiperplásicas. Se ha observado raramente la aplasia total de una o de todas las glándulas salivales. En el síndrome del primer arco bronquial puede no haberse formado una glándula parótida, y se describieron la agenésia familiar del conducto parotídeo, también se ha referido a otros casos de agenésia o atresia de las glándulas salivales o de sus conductos, hasta la fecha, no sabemos con certeza si la hipoplasia de los dos parótidas que se observan con frecuencia en el síndrome de Melkersson-Rosenthal representa una verdadera malformación.

Las malformaciones es verdaderamente una atrofia secundaria a la disregulación parasimpática. Se puede encontrar también los conductos accesorios en un 55%, en las glán-

dulas salivales que son 45%, se puede encontrar en una, un -
 conducto parotídeo accesorio, que se localiza por encima del -
 conducto de Stensen, que va bastante adelante del borde ante -
 rior del masetero.

TRAUMATISMOS DE LAS GLANDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES:

1).- Las heridas de la parótida y de su conducto ex -
 cretor son importantes. La situación de la glándula, la densi -
 dad de elementos vasculonerviosos importantes y la posibili -
 dad de fistulización indican la necesidad del tratamiento in -
 mediato y apropiado. 2).- Las heridas del submaxilar, son me -
 nos frecuentes e importantes, si bién la lesión del nervio -
 lingual o del hipogloso mayor modifican el pronostico.

No se observa tendencia a la formación de fístulas -
 y si está se produce y muestra rebeldia al tratamiento, puede
 remediarse con la extirpación glándular, que es de realiza -
 ción sencilla e inofensiva. 3).- La lesión del conducto de -
 Stensen debe sospecharse cuando la herida cruza una línea ima -
 ginaria que une el lóbulo de la oreja con el ala de la nariz,
 línea que corresponde al trayecto del conducto. Como éste es -
 muy superficial, resulta lesionada muy fácilmente en las heri -
 das de la región.

El diagnóstico se establece por el flujo salival -
 atravez de las heridas, la lesión del conducto salival puede -
 ocurrir en una herida extrema que comprende parcialmente el -
 espesor del carrillo o una que abra la cavidad bucal.

En éste último caso, la fistulización hacia la boca,
 que es una forma de remediarla, se favorece suturando las pla -
 nos superficiales y dejando abierta la herida de la mucosa.

FISTULAS SALIVALES:

Las fístulas salivales adquiridas son internas cuan

do se abren en la cavidad bucal y externas cuando lo hacen -- en la superficie cutánea. Estas últimas tienen mayor significación patológica, puesto que las primeras no ocasionan trans tornos importantes, excepto en raras circunstancias. La fís tula salival puede originarse en la glándula - fístula glán dular o prevenir del conducto excretor principal fístula caná licular.

FISTULA GLANDULAR:

No se origina en el parénquima secretante, sino que lo hace en los conductos secundarios intraglandulares, ya que no existen fístulas que nazcan del parénquima glándular. La - mayoría de las veces son secundarias a heridas accidentales - o quirúrgicas, mientras que son raras las espontáneas, producidas ordinariamente por abscesos; también pueden deberse a - mastoiditis, procesos específicos, sífilis, tuberculosis, o a tumores pero en estos casos la fistulización constituye un -- epifenómeno de la enfermedad.

El diagnóstico de la fístula glándular es sencillo -- es el derrame de la saliva es continuo o casi continuo y más-abundante durante las comidas. La saliva, por lo común poco - viscosa, el orificio de la fístula es pequeño; a veces difí - cilmente visible, con mayor frecuencia rodeado de fungosida - des, a la vez que la piel vecina aparece enrojecida y cubier - ta de formaciones costrosas.

FISTULA DE LA GLANDULA PAROTIDA:

Es de mayor importancia patológica que la de las -- otras glándulas salivales, por los trastornos que produce y -- por las dificultades que su tratamiento plantea. Este debe - comenzar con los pequeños medios, consistentes en compresión- prolongada, excisión del trayecto fístuloso y sutura por pla - nos super puestos, raspado y cauterización, inyección perifis - tulosa de sustancias esclerosantes, para alcanzar buen resul -

tado deberá asegurarse un correcto flujo salival, por la vía principal. En las fístulas que coexiste con la lesión del nervio facial, es aconsejable la parotidectomía, que las suprime, a la vez que permite intentar la reparación del nervio.

FISTULA DEL CONDUCTO DE STENSEN:

Son más frecuentes, rebeldes y severas que las glán

du
lares, debido a que su totalidad de la saliva se vierte al exterior. Son de origen traumático en el 60% de los casos, - secundarias o litiasis, rara en la parótida o a la abertura - de abscesos que pueden ser de origen dentario.

Se asientan en cualquier parte del conducto, aun - que con mayor frecuencia en su porción premaseterina. El ori

ficio es pequeño, a veces con un mamelón carnososo. El derrame-salival es intenso, especialmente durante las comidas y el lí

quido es claro, transparente y fluído.

Los procedimientos de su tratamiento procuran resta

blecer la continuidad ductal por anastomosis de cabo a cabo - o derivar el flujo salival hacia la cavidad bucal, mediante - la formación de un nuevo camino, es decir, transformando la - fítula externa a interna.

FISTULAS DE LA GLANDULA SUBMAXILAR :

Es rarísima y más aún, la de la sublingual. Su tra

tamiento es la de lograr extirpar la glándula.

CUERPOS EXTRAÑOS DE LOS CONDUCTOS SALIVALES:

Con excepción de los cálculos, es muy raro encon

trar otra clase de cuerpos extraños en los conductos saliva -

les; espinas de pescado, cerdas de cepillos de dientes, briznas de paja, los cuerpos extraños se encuentran con mayor frecuencia en el conducto Wharton, posiblemente por estar en una situación más declive que el conducto de Stensen y por la mayor dilatabilidad de su orificio excretor.

Los síntomas producidos por los cuerpos extraños -- endoductales son similares a los de la litiasis; dolor, tumefacción glándular y retención de saliva. A veces se configura un síndrome agudo, que rara vez alcanza gran intensidad y rebeldía o termina en supuración. La persistencia del cuerpo extraño y la rémora consiguiente de la excreción terminan por inflamar al conducto, produciendo supuración.

Los síntomas se pronuncian más y la glándula llega finalmente a la esclerosis, con focos de supuración, al rededor del cuerpo extraño puede formarse un cálculo; el conducto se dilata irregularmente por delante de él, su pared se engruesa y su contenido se hace puriforme, encontrándose pequeñas concreciones. El tratamiento es semejante a la litiasis salival.

LITIASIS SALIVA:

La litiasis de las glándulas y conductos es relativamente frecuente. La formación de cálculos se observan con mayor frecuencia en la submaxilar y su conducto, que en los de más componentes del sistema salival. Esto se debería a que está glándula queda a más bajo nivel que su conducto excretor a la mayor longitud del conducto. Lo cual retarda el flujo salival y a la viscosidad y contenido proteico de la saliva de la submaxilar, que es mayor que el de las otras glándulas.

La litiasis salival se puede dividir en, 1).- Canalicular que afecta al conducto de Wharton en un 80% y el conducto de Stensen en un 5%. 2).- En glándular que afectan a la glándula parótida que es muy rara y a la glándula submaxilar en un 15%. Esta enfermedad parece ser más frecuente en el hombre y en la edad media de la vida, aunque se manifiesta en cualquier edad. El predominio en los varones no es aceptado en forma unánime, puesto que encontraron litiasis más frecuente en la mujer.

Puede existir un solo cálculo o haber múltiples, estos últimos, cuando ocupan los conductos, son alargados y poseen a menudo un canal o ranura tallada longitudinalmente, para dar paso a la saliva.

Los cálculos únicos son ordinariamente esféricos, las dimensiones suelen ser reducidas y su peso no mayor de tres a cuatro gramos, aun cuando se han referido algunos de más de 50g. grises o blanquecinos, son estratificados al corte y están formados por carbonato y fosforo calcico, de la presencia del cálculo derivan una serie de fenomenos, entre los que es la estasis e infección, que conduce a modificaciones acentuadas del sistema salival.

Se observa dilatación de los conductos, esclerosis y atrofia de los áncinos glandulares y finalmente, fibroesclerosis cintroglandular que se manifiesta clinicamente por una glándula dura y compacta, a veces de consistencia leñosa y sensible a la presión. Los síntomas de la litiasis salival varía según los cálculos si se encuentran en los canales o en las glándulas y en el primer caso, según produzcan obstrucción parcial o total.

Puede permanecer silenciosa durante muchos años y a menudo es la complicación inflamatoria lo que pone de manifiesto la afección. La litiasis canalicular produce la ránula aguda, cuando la obstrucción es completa, caracterizándose — está por dolor de aparición brusca, otodinia, trismo, a veces dificultad para la fonación, justamente con tumefacción de la región sublingual y suprahiodea.

Por ser la glándula submaxilar la que presenta esta afección, al producirse la desobstrucción del conducto, los — síntomas remiten rápidamente; pero si el cuadro se prolonga — puede llevar a la complicación inflamatoria, con instalación — de submaxilitis o aun de uno o varios abscesos glandulares.

TRATAMIENTO:

En general el tratamiento es quirúrgico, los cálculos del conducto de Wharton deben ser extraídos por vía bucal, con anestesia local o troncular del nervio lingual. La litiasis de la glándula submaxilar requiere la submaxilectomía que se efectuará con la más completa exeresis del conducto, a — fin de evitar la inflamación persistente del segmento no extirpado, o una recidiva litiásica en el fondo de saco que él — forma.

Los cálculos del conducto de Stensen se extirpan — por vía bucal de modo similar al del conducto de Wharton. La litiasis de la parótida es en verdad excepcional y se manifiesta corrientemente por sus complicaciones infecciosas, con — siste en drenar algún absceso, pero en determinadas circunstancias será conveniente procurar la extracción de los cálculos intraglandulares, en los casos graves se procederá a la — extirpación de la glándula pero conservando el nervio facial.

TRANSTORNOS INFLAMATORIOS:

SIALODOQUITIS:

La inflamación afecta principalmente al conducto de la parótida y con menor frecuencia al conducto submaxilar. Su causa es, probablemente, la infección ascendente en los individuos con mala higiene o infección de la garganta. Se facilita por cualquier cosa que aumente la presión del aire de la boca, como sucede cuando un músico toca un instrumento musical de aliento o con los sopladores de vidrio. La infección del conducto puede causar descamación y la formación de un trombo salival o un tapón purulento que con frecuencia causa expansión.

En otros casos la inflamación puede ser debido a un cálculo salival que se ha formado en el conducto o que es retenido en éste, procedente de la glándula. El resultado de tales procesos en la estenosis con retención de saliva. Está -- inflación se reconoce por el abultamiento, el enrojecimiento del orificio del conducto y una descarga mucopurulenta. El paciente se queja de la tumefacción de la glándula, especialmente notable antes y en el momento de la comida, y está -- acompañada de sensación sorda de presión. Los síntomas desaparecen con la descarga de la saliva acumulada, que se facilita presionando y golpeando la glándula.

TRATAMIENTO:

Consiste en la dilatación del conducto en inyecciones de lipiodol, que por sus propiedades antisépticas que -- contiene yodo, tiene un gran efecto terapéutico. El yodoclorol da resultados semejantes. La penicilina debe inyectarse -- en el conducto, pero la administración parenteral de terramicina y aureomicina es eficaz.

NEUMATOCELE O ENFERMEDAD DE LOS SOPLADORES DE VIDRIO:

Los elementos describen una inflamación de los sopladores de vidrio. Los fabricantes de objetos de vidrio emplean sopladores que, al soplar, introducen aire en los conductos - parotídeos, y éste aire entra en las pequeñas ramas de la -- glándula. Lo mismo sucede en el caso de los músicos que tocan instrumentos de aliento. Puede presentarse la inflamación del conducto.

Está inflamación presenta notable agrandamiento -- temporal, al que puede dársele el nombre de neumotocele. La - inflamación se ve en él area periauricular y detrás del ángu- lo de la mandíbula. El carrillo vuelve gradualmente a su tama ño normal. La palpación produce un sonido característico de - chasquido. Los pacientes que sufren por primera vez está al - teración pueden sentir considerable dolor en la región de la- glándula parótida y del oído. Mas tarde, cuando la inflama - mación se ha presentado varias veces, no se siente ya dolor a no ser que se inicie la infección, entonces puede resultar la sialododuitis, el efecto sobre la mucosa bucal puede producir una queratinización que se parece a la leucoplasia o se - transforma en ella.

TRATAMIENTO:

Puede extraerse el aire por masaje de la glándula. Si el dolor continúa debe interrumpirse el hábito que produ-- ce está condición.

INFLAMACION TOXICA DE LAS GLANDULAS SALIVALES:

Es la parotiditis toxica en su primer período produ ce síntomas semejantes a los del tipo infeccioso. Puede estar

afectadas todas las glándulas salivales. Generalmente hay -- otros síntomas que ayudan a hacer el diagnóstico. La alteración tóxica de las glándulas salivales puede ser debido a diversos factores. La medicación puede causar inflamación aguda o crónica. Un ejemplo es el uso del mercurio en el tratamiento de la sífilis, que está asociada con inflamación y salivación abundante.

La inhalación de vapores de mercurio da resultados semejantes. Es rara la intoxicación por cobre; pero el envenenamiento por plomo se presenta en los pintores y algunas veces por beber agua que contiene ese metal, lo que produce con línea de plomo y anemia asociadas con inflamación de las glándulas parótidas. Algunas enfermedades del metabolismo pueden producir inflamación de las glándulas salivales.

La diabetes sacarina produce a veces una inflamación compensatoria, generalmente en las glándulas submaxilares; la infección del riñón con uremia produce también la inflamación de las glándulas salivales. La inflamación de las de naturaleza crónica en la mayoría de los casos. No hay fiebre ni supuración, los síntomas son semejantes a los de la inflamación simple de las glándulas, generalmente con secreción acelerada que la distinguen de otras condiciones causadas por obstrucción.

PAPERAS O PAROTIDITIS EPIDÉMICA:

Es la inflamación de una o de las dos glándulas parótidas que se le puede llamar también parotiditis epidémica. Se han observado casos que afectan a las glándulas submaxilares. Las paperas son una enfermedad infecciosa aguda y contagiosa, causada por un virus, y tiene un período de incubación de dos a tres semanas.

Es una enfermedad de la niñez y se transmite fácilmente de una persona a otra; pero también puede afectar a los adultos. La enfermedad se inicia con dolor de cabeza, escalofríos, malestar y fiebre moderada. Después de lo cual aparece la inflamación, alcanza su tamaño máximo en unas 48 hrs. Algunas veces hay edema general en la región adyacente, de manera especial en el cuello, debajo de la glándula, que empuja al oído hacia afuera. Puede iniciarse en una glándula para afectar después a otras. También pueden afectarse las glándulas submaxilares, sublinguales y lagrimales. Asimismo puede haber complicaciones metastásicas, en otras partes del cuerpo, se han observado complicaciones del sistema nervioso central (meningo encefalitis), la orquitis es la complicación más importante de las paperas después de la pubertad.

TRATAMIENTO:

Debe aislarse al paciente, pero requiere poco cuidado pues la enfermedad se limita por sí misma. Los paños calientes en torno a la cara, puede intentarse la administración de aureomicina, por efectos sobre las infecciones causadas por virus.

INFECCION DE LAS GLANDULAS PAROTIDAS Y SUBMAXILARES:

La inflamación de las glándulas salivales puede afectar a una sola glándula o a todas.

La enfermedad puede ser causada por infección ascendente originada en la garganta o por infección dental. Primero hay sialodquites y más tarde, infección de la glándula. El origen hematógeno es raro, pero ocasionalmente se ve después de la neumonía, tifoidea, disentería y piemia. Hay que diferenciar las inflamaciones causadas por el envenenamiento con plomo o por el uso prolongado de yaduro potásico y del

mercurio. Los tapones orgánicos y los cálculos salivales, -- como factores irritantes, predisponen a la infección.

Los microorganismos más comunmente hallados son el estafilococo aurea, streptococo viridans, streptococos hemólicos, bacteria tífica y el diplococo de la neumonía. El abultamiento temporal a veces resulta de la obstrucción del conducto por el uso del dique de caucho en las operaciones dentales o por la presión prolongada de los rollos del algodón. Estos abultamientos se presentan mientras el paciente está en el sillón y desaparecen en cuanto la glándula se descarga del exceso de saliva.

INFECCION AGUDA:

El abultamiento repentino es característico de la infección aguda de las glándulas. La supuración se origina de pequeños abscesos, que pueden unirse y formar un absceso de mayor tamaño.

PAROTIDITIS AGUDA:

Hay notable inflamación de la cara, fiebre, dolor y trismo del músculo masetero acompañan a la enfermedad. Hay exudación purulenta del conducto, y finalmente puede formarse una fístula en la cara si el drenado natural es insuficiente, puede resultar una extensa necrosis del parénquima glandular en la infección aguda de la glándula submaxilar, los síntomas clínicos son muy semejantes. La glándula está bien delimitada en el cuello, justamente debajo del maxilar.

INFECCION CRONICA:

La infección crónica con exacerbación recurrente --

es una enfermedad bien reconocida especialmente cuando afecta a la glándula parótida; pero también se ve en la glándula submaxilar. Puede ser subsecuente a la infección aguda si está no es tratada eficazmente, o de tener principio insidioso por infección con bacterias subpiógenas o por la presencia de cálculos.

PAROTIDITIS AGUDA:

Hay una ligera tumefacción permanente que solo varía poco cuando se come, pero persiste durante un período irregular; después desaparece casi completamente y más adelante se reproduce en forma más o menos brusca.

La ligera incomodidad se alivia prontamente por el masaje de la glándula por la presión se obtiene un exudado mucopurulento de mal olor, que no fluye libremente a causa de la constricción de los conductos submaxilares, por la inflamación.

TRATAMIENTO:

Puede ser útil, la dilatación del conducto con sondas graduadas en los casos en que hay estenosis en los casos agudos y crónicas la aureomicina puede dar pronto alivio. Deberá prescribirse la vitamina A. se ha encontrado que es beneficiosa la inyección de yodoclorol o penicilina de 5000 unidades por centímetro cúbito, en los casos crónicos se trata con instalaciones de penicilina por el conducto, cada uno de ellos de 50,000 unidades en 1 a 2 cc de solución salina.

PAROTIDITIS Y SUBMAXILITIS REFLEJAS:

Se han descrito procesos caracterizados por acentuada y a veces notable tumefacción glándular y por gran dilatación de los conductos excretorios, que atribuye a fenómeno

nos reflejos similares a los observadas en otros órganos. Se supone que un estímulo en el territorio del trigémino, originado en un foco séptico o de otro orden, puede determinar la contractura refleja del esfínter del conducto excretor, de la cual derivan las demás alteraciones. El bloqueo facilita la estasis y la infección, las que a su vez, mantienen el bloqueo. Se explican así, la formación y el origen de algunas parotiditis postoperatorias.

TRATAMIENTO:

Es la infiltración anestésica del simpático periarterial con novocaína; el de la arteria facial para la submaxilar y el de la temporal superficial para la parótida.

PAROTIDITIS AGUDA POR COCOS EN LA PRIMERA INFANCIA

La cavidad oral es estéril en el recién nacido, sin embargo, aparecen en ella bacterias al cabo de pocas horas. La defensa contra la infección en el recién nacido, la llevan a cabo los anticuerpos maternos y la membrana basal de la mucosa; si faltan ambos sistemas de defensa; puede sobrevenir también una parotiditis aguda.

La formación de anticuerpos por parte del propio organismo se inicia después del tercer mes y alcanza su máxima hacia la edad de 2 a 3 años. El momento de hiperergia fisiológica puede dar lugar, en determinadas circunstancias, a una tumefacción de la glándula parótida. Puede existir una eosinofilia acompañante. Las formas más leves pueden dar lugar a casos prolongados de sialodentitis recidivante, probablemente en relación con el estado hiperrérgico del segundo al cuarto año. La adolescencia, con sus desequilibrios hor

monales es una nueva edad propicia para la sialadenitis.

PAROTIDITIS CRONICA RECIDIVANTE:

El curso de la inflamación crónica recidivante de la parótida es totalmente diferente del de la glándula submaxilar. En esta última, la causa son casi exclusivamente los cálculos salivales. Por el contrario, debe diferenciarse el curso y la patogenia de la parotiditis crónica de los adultos de la de los niños.

SUBMAXILITIS AGUDA:

Es por lo regular secundaria a la presencia de cuerpos extraños en el conducto de Wharton, siendo raro que aparezca en el curso de infecciones generales. Suele comenzar bruscamente con dolor y tumefacción de la región submaxilar a la palpación, la glándula está dura y muy dolorosa. El piso de la boca está levantado por la tumefacción glándular, los movimientos de la lengua son dolorosos, y suelen haber trismo. La compresión glándular da lugar a la salida de pus por el orificio del conducto de Wharton, y la exploración de éste permite a veces, descubrir la presencia de un cálculo u otro cuerpo extraño. Las submaxilitis agudas postoperatorias y las que complican procesos infecciosos generales, son de ordinario bilaterales, a diferencia de las litiasicas unilaterales.

PAROTIDITIS CRONICA RECIDIVANTE DE LOS ADULTOS:

La hiposialia de la glándula parótida es el requisito previo más importante de la parotiditis crónica recidivante puesto que, experimentalmente ni las inyecciones de bac

terias virulentas en el conducto parotídeo de una glándula - normalmente secretante puede producir parotiditis.

La parotiditis crónica recidivante unilateral es - aproximadamente dos veces más frecuente que la bileral. Puede existir dolor asociado en la región preauricular y retromaxilar. Toda la glándula está moderadamente aumentada de tamaño. El orificio del conducto parotídeo esta a menudo enroje-cido, raramente existe fiebre. Se basa en una historia de tumefacción recidivante, algo dolorosa, de la glándula parotída.

La saliva tiene un aspecto turbio o purulento y se afirma que tiene sabor salado. Habitualmente, sale pus al exprimir el conducto parotídeo. En los frotis de saliva se aprecian estafilococos y streptococos hemolíticos. El flujo salival se halla muy disminuido, el sistema excretor salival de - los adultos presenta casi siempre una ectasia del conducto - principal en la inflamación crónica recidivante sin embargo-- puede producirse sialodoquiectasia por otras causas.

Está reacción inespecífica se observa también tras- la ligadura del conducto principal, en los cálculos salivales y en distintos procesos inflamatorios.

PAROTIDITIS CRONICA RECIDIVANTE DE LA INFANCIA:

El curso, el pronóstico y probablemente la patoge - nia de la parotiditis recidivante inespecífica en los niños - son diferentes de los de la enfermedad de los adultos. Aparece con menor frecuencia en la infancia, aun cuando puede producirse desde la edad de 1 mes a los 13 años, es más frecuente entre los 3 y 6 años de edad.

Es unilateral dos veces más a menudo que bilateral - existe aumento de volumen y dolor prolongado de aparición brusca. Es rara la formación de abscesos, que da lugar a menudo a fístulas, aparece con frecuencia tumefacción durante la ingesta y se produce a menudo la curación espontánea durante la pubertad.

Varias características distinguen la parotiditis crónica recidivante de la primera infancia de la edad adulta.

1).- La sialografía describe habitualmente en los niños un conducto parotídeo normal y en los adultos un conducto irregular con múltiples estenosis dilataciones.

2).- El curso de la parotiditis en la infancia se caracteriza por la curación espontánea en el 80% y al 90% de los pacientes entre los 13 y 15 años edad.

3).- Los muchachos se afectan más a menudo que los muchachos - en una proporción aproximadamente de 3:2. La herencia y la raza puede tener un papel en la enfermedad.

ENFERMEDAD Y SINDROME DE MIKULIEZ:

Está es una enfermedad rara, en la cual todas las glándulas, parótidas, submaxilares, sublinguales, lagrimales y aun las palatinas y linguales pueden estar inflamadas, en el síndrome de Mikuliez los ganglios linfáticos también están afectados. La causa de esta enfermedad varía mucho. Se han visto casos en varios miembros de una misma familia, en dos generaciones.

La enfermedad de Mikuliez suele ser parte de un complejo de síntomas asociados con desordenes graves, tales como la enfermedad de Hodg - Kin, leucemia linfática, tuberculosis, sarcoidosis y sífilis y también se ha observado en el

envenenamiento por plomo y por yodo. Está asociada con la --
linfadenopatías periférica y la alteración de órganos distan-
tes, como los pulmones y el corazón.

La enfermedad produce el agrandamiento bilateral --
indoloro de las glándulas lagrimales, seguido del agrandamiento
de las salivales. No hay dolor, ni siquiera a la palpación
ni alteración de la función. En algunos casos la enfermedad --
se limita por sí solo, como en las paperas, mientras que en --
otros (síndromes de Mikuliez) tiene un curso rápido y fatal.

La enfermedad de Mikuliez se ve el cuadro de la --
inflamación crónica que afecta a los acinos y a los conductos.
En el síndrome hay gran aumento de elementos linfoides en las
glándulas. Los acinos de las glándulas se separan mucho y se-
atrofian y finalmente resulta la hiperplasia del tejido conecti
tivo.

TRATAMIENTO:

Depende de la causa subyacente. En el síndrome el --
pronóstico es grave, se recomienda la terapéutica por irradiaci
ción con rayos "X".

INFECCION DE LAS GLANDULAS SUBLINGUALES Y LAS GLANDULAS MUCOSAS DE LA BOCA:

Las glándulas mucosas del suelo de la boca (glándu-
las sublinguales mayores y menores), del carrillo que son las
glándulas bucales, del labio que son las glándulas labiales,
las del paladar que son las glándulas palatinas y las de la-
lengua las cuales son las glándulas anteriores de la lengua.

Pueden inflamarse siendo pequeñas, los síntomas no se reconocen fácilmente.

La etiología de la inflamación no varía grandemente de la causa, la infección de las glándulas salivales grandes, en los casos crónicos la hiperplasia de la glándula puede producir abultamiento en el paladar, en el carrillo o en el labio.

El abultamiento es fijo en las glándulas que se encuentran entre la mucosa y el hueso, como las del paladar. En los tejidos blandos la tumefacción es movable, blanda, fácilmente palpable, y en algunos casos producen notable agrandamiento de la parte que está localizada. Esto ocurre especialmente en el labio. El tejido extirpado en un caso de hiperplasia glándular mostrada notable infiltración de células redondas, localizadas en la vecindad inmediata de los acinos. El tejido conectivo intersticial estaba aumentado a las células mucosas estaban completamente desarrollada y con disposición nodular.

TRATAMIENTO:

La terapéutica con vitamina A, suele ser beneficiosa, así como la penicilina administrada parenteralmente, en los casos pertinaces se aconseja la extirpación.

INFLAMACION ESPECIFICA:

Las glándulas salivales mayores sufren raramente trastornos inflamatorios específicos. En algunos casos se localizan con ellos trastornos granulomatosos, tales como tuberculosis o sífilis y otras enfermedades bacterianas.

SIFILIS DE LAS GLANDULAS SALIVALES:

Las glándulas salivales son raramente atacadas por el treponema pálido, pero el diagnóstico de sífilis es de gran importancia ya que puede confundirse fácilmente con procesos tumorales, la sífilis se localiza fácilmente con procesos tumorales, la sífilis se localiza en las glándulas salivales en cualquiera de sus periodos. Siendo afectada la parótida, las tres cuartas partes de las veces y la submaxilar y el cuarto restante.

SIFILIS SECUNDARIA:

Es una manifestación temprana que se presenta en sujetos debilitados. En este período, el contagio puede efectuarse por la saliva. Se distinguen las formas clínicas. La forma banal es relativamente frecuente; consiste en una tumefacción glándular indolora. Acompañada de sialorrea, que pasa inadvertida, fácilmente. La forma subaguda es rara. Aparece en las primeras semanas o meses de la enfermedad, a menudo bilateral y caracterizada por hinchazón glándular difusa, firme y sensible a la palpación.

SIFILIS TERCIARIA:

La sífilis terciaria ataca tardíamente, después de tres o once años de comenzar la enfermedad, se describe tres formas clínicas y son; a).- Forma difusa, b).- Forma gomosa, y c).- Forma esclerogomosa.

FORMA DIFUSA:

Es la más rara y simula a veces la enfermedad de Mikuliez. Comprende con mayor frecuencia ambos parótidas, caracterizándose por tumefacción progresiva, indolora que llega a adquirir gran dureza, la piel permanece normal y sin adherirse a la glándula. El diagnóstico se puede hacer mediante una biopsia o mediante la terapéutica específicas, aunque se trate de una forma rebelde al tratamiento, tardando meses en curar o costa de la atrofia de la glándula.

FORMA GOMOSA:

Interesa solamente una de las glándulas. Consiste en la formación de una goma, que se manifiesta como un tumor regularmente circunscrito, de tres a diez centímetros de tamaño, redondeado, que se hace cuerpo con la glándula y es de consistencia muy dura en su periodo inicial, luego, sin dolor alguno, la piel se adhiere al goma y adquiere coloración roja y después el tumor se reblandece y ulcera, pudiendo originar una fístula salival.

FORMA ESCLEROGOMOSA:

También llamada pseudoneoplásica por sus características singulares, compromete una sola glándula. Comienza como un pequeño tumor que crece lentamente y sin dolor; carece de límites precisos; es irregular; se fija a los planos profundos o a la piel; adquiere consistencia leñosa y se acompaña de adenopatía. Puede producir parálisis facial cuando asienta en la parótida, resultado sumamente difícil, su diferenciación con el tumor maligno.

TRATAMIENTO:

Su terapéutica es antilúético sirve igualmente para el diagnóstico, dado que, a pesar de sus características, el tumor retrocede con él.

TUBERCULOSIS DE LAS GLANDULAS SALIVALES:

En la tuberculosis, la glándula parótida se afecta más a menudo que la submaxilar y que la sublingual y las glándulas salivales menores. La tuberculosis de las glándulas salivales mayores se produce de dos formas las cuales son; 1).- Forma infiltrativa diseminada y 2).- Forma circunscrita nodular.

FORMA INFILTRATIVA DISEMINADA:

Tiene un origen hematógeno y un curso muy leve, no existen ni dolor, ni fiebre y a veces, ni siquiera tumefacción. Los conductos secretores no contienen pus. En general, se afecta sólo una glándula. Los trastornos de la secreción pueden ser pronunciadas o faltar del todo, cuando predominan las reacciones fibróticas, la sialografía muestra un sistema-excretor normal.

En la forma casiosa, existen zonas irregulares con contornos policíclicos, además de estenosis y dilatación que también aparecen en la inflamación crónica. Las acumulaciones muy grandes de medio de contraste son bastantes características de la tuberculosis.

FORMA CIRCUNSCRITA NODULAR:

Suele diagnosticarse como tumor de la glándula saliu

val. Se caracteriza por la existencia de un tumor más o menos voluminoso, que se reblandece lentamente hasta formar un absceso frío intraglandular. No hay dolor espontáneo y es excepcional que aparezcan neuralgias, trismo y parálisis facial.

TRATAMIENTO:

Con antibióticos, las medidas de orden general y ciertos procedimientos quirúrgicos menores como las incisiones parciales, apertura y avenamiento de abscesos, son útiles coadyuvantes o tienen valor paliativo. El tratamiento por elección es la ablación de la glándula a pesar de la seria responsabilidad que implica, se complementará con la terapéutica antibiótica y reconstitutiva general.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se observa hinchamiento en la región de la parótida en las siguientes casos; 1).- absceso dentoalveolar, 2).- parotiditis séptica, 3).- crecimiento asintomático de las glándulas parótida, 4).- hinchamiento recurrente de las parótidas.

ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDA:

Es un ataque de paperas unilaterales que afecta la parótida y submaxilar puede confundirse con un absceso dentoalveolar, si existe también del lado afectado un molar enfermo es preciso indagar si se presentan antes síntomas dentales o si fue tratado el diente posterior. En el absceso dentoalveolar, el dolor no aumenta por efecto de estimulantes del flujo salival, y persiste aunque la región esté en reposo. No se puede palpar el borde anterior de la parótida, la piel que

cubre la zona, puede ser un poco más caliente.

PAROTIDITIS SEPTICA:

El crecimiento de la glándula debido a cálculos salivales u obstrucción de otro tipo del sistema de conductos - se caracteriza por hinchamientos dolorosos intermitentes, en general relacionadas con la ingestión de alimentos o algun - otro estímulo de la secreción salival. En general puede establecerse el diagnostico por sondeo cuidadoso del conducto y - estudios radiográficos, con o sin inyección de lipiodal.

CRECIMIENTO ASINTOMATICA DE LAS GLANDULAS PAROTIDAS

Puede encontrarse crecimiento asintomático de las - glándulas parótidas en varios transtornos generales, pues -- éstas glándulas salivales guardan cierta relación con las - glándulas de secreción interna. Puede haber crecimiento asintomático de las parótidas en pacientes que ingieren muchos - almidones o que sufren deficiencias nutricionales, en espe - cial de vitamina A, también puede observarse en la diabetes - y durante la menstruación el hinchamiento no se modifica al co mer, y no se presenta dolor.

HINCHAMIENTO RECURRENTE DE LAS PAROTIDAS:

Es frecuente observar hinchamiento recurrente de - las parótidas en lactantes y niños y a su vez en adultos. Las glándulas crecidas vuelven a su tamaño normal en pocos - días, el fenómeno suele ser bilateral, en ocasiones está ma - yor actividad de las glándulas salivales acompañan a la mens-

truación. Durante la fase aguda del crecimiento glándular, - existe una secreción purulenta que se transforma durante los periodos de remisión en un líquido blanco floculoso ligeramente turbio.

Los sialogramas pueden mostrar dilataciones quísticas en racimos de uvas a nivel de las ramas terminales del sistema del conducto. En general la abertura del conducto de Stenon está dilatada. Cabe encontrar parotiditis alérgica, - con saliva espesa y pegajosa, mostrando tapones y gran riqueza de eosinófilos. Los cambios que se observan en el conducto terminal puede ser el resultado de factores anatómicos de desarrollo (siolodoquectasia congénita), más que una secuela de inflamación crónica.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO:

Esta enfermedad puede ser causada relativamente común de adenitis submaxilar cuyo origen no depende de los dientes ni de la boca. Las úlceras indoloras suelen seguir al arañazo de un gato o a un traumatismo semejante. El gato es el portador y el inocular habitual del agente causal. Puede haber supuración en los ganglios afectados, pero el pus es bacteriológicamente estéril. La adenopatía puede durar de dos a seis meses, no responde a los antibioticos. El diagnóstico se establece a partir de una reacción positiva a las inyecciones intradérmicas de antígeno de arañazo de gato.

ACTINOMICOSIS DE LAS GLANDULAS SALIVALES:

La localización de la actinomicosis en las glándulas salivales es muy rara, siendo la submaxilar la glándula más -

frecuentemente afectada. La actinomicosis primitiva se manifiesta como un tumor que no puede ser diferenciado del tumor mixto hasta que llega al periodo de supuración y fitulización.

La infección parece realizarse por vía canalicular, lo cual explicaría su mayor frecuencia en la glándula submaxilar, cuya situación en el piso de la boca crea mejores condiciones para esa forma de infección.

Se encuentran unos gramos actinomicóticos en la secreción o en el tejido glándular, rodeados de células inflammatorias que se depositan en forma difusa, afectando las diversas estructuras glándulares, se observa también bandas de tejido conjuntivo que penetran más o menos en el parénquima.

TRATAMIENTO:

Esté tratamiento consiste en la extirpación de la glándula, que de ser la parótida, se efectuará conservando el facial.

SIALADENITIS ALERGICA:

La sialadenitis alérgica suele diagnosticarse erróneamente. La tumefacción de las glándulas salivales, sobre todo de la parótida, es a menudo difícil de diferenciar de la sialadenosis y de la inflamación inespecífica recidivante-crónica.

La presencia de linfocitos y células plasmáticas -- es un requisito esencial para que se produzcan reacciones defensivas inmunoquímicas e inmunoserológicas. Sabemos que la submucosa en la que penetran los esbozos de los conductos salivales durante el desarrollo de las glándulas parótidas y submaxilares es rica en tejido linfático y que el tejido conjuntivo sialadenal conserva su capacidad embrionaria de formar lífocitos, células plasmáticas, histiocitos etc.

Por lo tanto, no es sorprendente la frecuencia ocurrencia de procesos alérgicos y autoinmunes, sobre todo en la glándula parótida. Las sialadenitis alérgicas pueden clasificarse en cuatro grupos, atendiendo a su patogenia y su curso clínico: 1).- Sialadenitis aguda alérgica. 2).-- Sialadenitis colagenóticas. 3).- Sialadenitis sarcoidótica (enfermedad de Heerfordt). 4).- Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Estas formas pueden diferenciarse por la historia clínica y sus pruebas serológicas, y la biopsia.

SIALADENITIS AGUDA ALERGICA:

La tumefacción alérgica localizada de una glándula salival es relativamente rara. Y se encuentran varios tipos de alérgia, las cuales se clasifican en: a).- La alérgia ali-

mentaria. b).- Alérgia farmacológica. c).- Alérgia infecciosa. d).- Alérgia por metales pesados. e).- Y la parotiditis por rayos "X".

ALERGIA ALIMENTARIA:

Los alergenos alimentarios pueden producir, además de trastornos intestinales, tumefacción de las glándulas salivales.

ALERGIA FARMACOLOGICA:

Pueden observarse alergias farmacologicas después de la sialografía en pacientes sensibles al yodo (parotiditis por yodo).- La sensibilidad a diversos antibióticos puede dar lugar a hipersecreción y a la hiposialia resultante. El clo - ramfenicol y la oxitetraciclina (terramicina), producen este fenómeno en un 1% de los pacientes. Otros medicamentos que tienen una acción sialotrópica son el tiouracilo, que puede producir tumefacción parotídea.

ALERGIA INFECCIOSA:

Puede esperarse una reacción alérgica particularmente tras el padecimiento de sialomicosis y polinosis. En algunos casos aparece una polinosis de las glándulas salivales.

ALERGIA POR METALES PESADOS:

Los metales pesados pueden producir sialodocitis excretoras debido a su efecto tóxico.

PAROTIDITIS POR RAYOS "X":

En la parotiditis por rayos "x" en los que también participan los mecanismos autoinmunes, pueden ser causadas — por la irradiación de órganos alejados. El aumento de tamaño — se interpreta como una respuesta alérgica a los catabolitos — que se forman por efecto de la irradiación.

SIALADENITIS COLAGENOTICAS:

Hasta hace poco, se clasificaban las sialadenitis — colagenóticas con el síndrome de Sjogren. Esto es sin embargo, incorrecto, puesto que las sialadenitis colagenóticas difieren de él desde los puntos de vista patogenético, morfológico y — hematológico, pueden darse aisladamente o con mayor frecuen — cia, asociadas a colagenosis generalizada. Las manifestacio — nes clínicas, tales como los síntomas de sequedad, fiebre, — manifestaciones reumatoideas y mal estado general, así como — un discreto aumento de tamaño de ambas glándulas parótidas, — no bastan para llegar al diagnóstico, ya que los signos clíni — cos son demasiado inespecíficos y pueden darse en otras alte — raciones alérgicas de las glándulas salivales.

Deben realizarse biopsias para distinguir cuál es — la colagenosis subyacente. En la mayoría de los casos, ésta — es el lupus eritomatoso disseminado. En otros casos menos fre — cuentes es la esclerodermia generalizada. La frecuencia de la sialadenitis colagenóticas es poca entre aquellas personas — que padecen colagenosis.

La enfermedad se produce sobre todo en mujeres de edad comprendida entre los 30 y 40 años. En aproximadamente el 50% de ellas, el aumento de tamaño de las parótidas, habitualmente bilateral, es el primer signo clínico de la enfermedad subyacente que suele diagnosticarse varios años más tarde. El diagnóstico se basa en la detección de células LE en la sangre en el caso del lupus eritomatoso.

En la esclerodermia y la dermatomiositis, faltan a menudo los anticuerpos antinucleares. El carácter inflamatorio de las sialadenitis colagenóticas se hace evidente con el análisis químico de la saliva; la concentración de sodio, que es habitualmente de cerca de 7 mEq/l, aumenta hasta los 20 ó 30 mEq/l. Los cloruros aumentan también al doble de su valor normal, pero el contenido en potasio no varía. Por lo tanto, parece existir un trastorno de la resorción de sodio en la región de las células canaliculares epiteliales estriadas.

SIALADENITIS SARCOIDOTICA:

La sialadenitis sarcoidótica no es más que una parte de una enfermedad generalizada cuyos procesos inmunológicos tienen un curso crónico lento y conducen a la formación de granulación. La sarcoidosis de la glándula parótida se produce sólo en cerca del 4% al 6% de todos los pacientes afectados de sarcoidosis generalizada.

Una forma aguda de sarcoidosis que afecta a las glándulas parótidas y a los ojos simultáneamente (uveoparotiditis) se designa como síndrome de Heerfordt. Se produce en sólo el 2% al 3% de los pacientes con sarcoidosis. Se aprecia una tumefacción lenta, dura e indolora en un paciente que, por lo demás, parece tener un buen estado general.

Pueden afectarse otras glándulas salivales al cabo de un período de semanas o meses. Existe también un tipo agudo de sialadenitis sarcoidótica. La tumefacción es bilateral en más del 60% de los pacientes, pero no es necesariamente simétrica. A veces están afectadas las glándulas salivales menores; pero en ocasiones, las glándulas están menos aumentadas de volumen y difieren en cuanto a su grado de dureza y por la ausencia de dolor, pero no en cuanto a su tamaño, de las de las sialadenitis alérgicas o sialodenois.

A veces, la glándula parótida afectada no presenta aumento de tamaño, sino puramente induración. No es infrecuente que exista asialia en la glándula afectada y puede existir signos asociados de sequedad de primer y segundo grado, conjuntivitis y caries dentales. La mayoría de los pacientes se encuentran en la cuarta década de su vida. Se afectan tanto a hombres como las mujeres. En algunos casos la enfermedad se observa en niños.

La anatomía patológica descubre numerosos granulomas epitelioides sin caseificación. Los granulomas se localizan inicialmente alrededor de los canalículos, pero pronto desplazan al parénquima y tienen tendencia a hialinizarse. En los granulomas pueden hallarse células gigantes multinucleadas y, a veces, células gigantes de cuerpo extraño alrededor de microlitos, que se forman quizá a consecuencia del espesamiento y la detención de la secreción en el sistema canalicular periférico. Dado que este granuloma de células epitelioides puede también desarrollarse en los ganglios linfáticos intracapsulares y extracapsulares, es posible que proceda del tejido linfático pericanalicular.

SINDROME DE MELKERSSON - ROSENTHAL:

Las manifestaciones clínicas del síndrome de Melker_sson - Rosenthal, se asocia a ellas una pronunciada hiposilia especialmente de la glándula parótida. Puede existir incluso-asialia. El análisis químico de la saliva no aporta pruebas - ni de inflamación ni de sialadenosis (es decir, los niveles - de sodio y potasio son normales). El examen histológico descu_bre una atrofia definida, no siempre compensada por lipomato-sis.

Se caracteriza por un aumento de volumen tenso, a - menudo en forma de tronco, del labio superior y raramente del labio inferior. A veces, el paciente presenta parálisis fa - cial, y la lengua fisurada.

C O N C L U S I O N

Al finalizar la presente tesis he podido constatar, basandome en la compilación de todos los datos anteriormente expuestos, de la gran importancia que tienen las glándulas -- salivales para la perfecta función del aparato masticatorio, y en general del aparato digestivo.

Es importante para el cirujano dentista saber que algunas patologías y/o alteraciones que afectan las glándu -- las salivales pueden causar sintomatología en algunas otras -- partes del organismo, es por esto impresindible saberlas distinguir, para poder realizar un diagnóstico lo más acertado -- posible, pudiendo así establecer una terapéutica mucho más -- específica.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, puedo concluir señalando que todo odontólogo debe tener una conciencia profesional para acumular conocimientos acerca de todas -- las estructuras que componen la cavidad bucal y no solamente de los dientes, puesto que cada una de estas estructuras tienen una gran importancia para el óptimo equilibrio, no solamente del medio bucal, si no de todo el organismo en general.

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

HISTOLOGIA.

ARTHUR W. HAN.

EDIT. INTERAMERICANA.

EMBRIOLOGIA HUMANA.

BRADLEY M. PATTEN.

EDIT. "EL ATENEO".

ANATOMIA HUMANA.

DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.

TOMO III.

FISIOLOGIA HUMANA.

BERNARDO A. HOUSSAY.

EDIT. "EL ATENEO".

PATOLOGIA BUCAL.

KURT H. THOMA.

EDIT. UNION TIPOGRAFICA HISPANO-AMERICANA.

PATOLOGIA ORAL.

R. J. GORLIN Y H. M. GOLDMAN.

EDIT. SALVAT S.A.

MEDICINA BUCAL - DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

DR. LESTER W. BURKET.

EDIT. INTERAMERICANA.

MEDICINA INTERNA.

HARRISON.

EDIT. LA PRENSA MEDICA MEXICANA.

MEDICINA INTERNA.

DR. PEDRO FARRERAS VALENTI.

EDIT. MARIN S.A.

PATOLOGIA QUIRURGICA.

JOHN HOMANS.

EDIT. LA PRENSA MEDICA MEXICANA.

PATOLOGIA QUIRURGICA.

JUAN R. MICHANS.

EDIT. "EL ATENEO".

TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO.

DR. PALACIOS.

EDIT.

TRATADO DE PATOLOGIA.

RABBINS.

EDIT. INTERAMERICANA.