

14°
87



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**Cirugía de Glándulas Salivales
Mayores.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Norberto David Avalos Dávalos



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.

C O N T E N I D O

PROLOGO

CAPITULO I : ANATOMIA

- I.- Parótida
 - a) Conducto de Stenon
- 2.- Submaxilar
 - a) Conducto de Wharton
- 3.- Sublingual
- 4.- Anatomía Microscópica

CAPITULO II: DEBILIDADES ANATOMICAS

CAPITULO III: FISILOGIA

- I.- Regulación de la secreción

CAPITULO IV: PATOLOGIAS

- I.- Sialadenitis
 - a) Agudas
 - b) Crónicas
- 2.- Sialodooquitis
- 3.- Parotiditis Epidémica
- 4.- Parotiditis Quirúrgica
- 5.- Parotiditis Crónica

CAPITULO V : TUMORES

- I.- Generalidades

CAPITULO VI: TUMORES BENIGNOS

- I.- Cistadenoma Linfomatoso Papilar
- 2.- Hemangioma , Linfangioma
- 3.- Adenomas
- 4.- Lesión Linfepitelial Benigna
(Enfermedad de Mikulicz)

5.-Sindrome de Siögren

6.- Sindrome de Mikulicz

**CAPITULO VII : DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS TUMEPAC-
CIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES**

1.-Establecimiento del Diagnostico

- a) Histeria
- b) Duración
- c) Rapidez de Crecimiento
- d) Estados Asociados

2.- Examen Físico

- a) Examen Bimanual
- b) Localización de la Lesión
- c) Consistencia de la Lesión
- d) Reacción Subjetiva

3.- Valoración Radiográfica

4.- Sialograma

- a) Material
- b) Método

5.- Procedimientos de Laboratorio

CAPITULO VIII: TUMORES MIXTOS

1.-Localizados en las Glándulas Mayores

2.-Localizados en la extremidad Cefálica

3.-Localizados fuera de la extremidad Cef.

PATOGENIA .-

- a) Teoría Embriogenica
- b) Teoría Mesenquimatica
- c) Teoría Ectodermica
- d) Teoría Epitelial

5.-Estudio Clínico

6.-Motivos Anatomopatológicos para la extirpación de Tumores Mixtos

- a) Tumor Mixto Benigno que interesa la capsula
- b) Tumor Mixto situado cerca de un tumor mayor pero completamente - por fuera de la capsula
- c) Tumor Mixto sin Capsula
- d) Tumores Mixtos Múltiples

CAPITULO IX : TUMORES MALIGNOS - NEOPLASIAS

I.- Tumores Mucocutaneos

2.- Carcinoma Epidermoide

3.- Adenocarcinoma

CAPITULO X : SIALOANGECTASIAS

CAPITULO XI : QUISTES DE RETENCION

CAPITULO XII : ATROFIA

CAPITULO XIII : FISTULAS PAROTIDAS

I.- Técnica

CAPITULO XIV ; LIBERACION DEL ORIFICIO Y DEL TRAYECTO PISTULOSO

I.- Técnica

CAPITULO XV : INVAGINACION DEL COLLARETE Y DRENAJE POR HILO INTRABUCAL

I.- Técnica

CAPITULO XVI : DRENAJE DEL CONDUCTO DE STENON EN LA CAVIDAD BUCAL POR CATETER

I.- Técnica

CAPITULO XVII : SIALOLITIASIS

I.- Síndrome

- a) Sialolitiasis de la Parótida
- b) Sialolitiasis del conducto Submaxilar
- c) Sialolitiasis de la glándula Submaxilar
- d) Sialolitotemia intrabucal del conducto Submaxilar
- e) Sialolitotemia intrabucal del conducto parotídeo

CAPITULO XVIII : EXTIRPACION DE LA GLANDULA SUBMAXILAR

I.-Causas y Técnica operatoria

CAPITULO XIX : PAROTIDECTOMIA

I.- Conservadora

2.- Radical

- a) Unión de los párpados para evitar la ulceración de la córnea

CONCLUSIONES :

BIBLIOGRAFIA :

P R O L O G O

- El problema que implica , el padecimiento de alguna afección de tipo glandular , es muy amplio ya que - puede variar desde un simple mucocèle , hasta un padecimiento de tipo neoplásico siendo este último de con secuencias sumamente graves.

-Siendo el echo en sí, que este pequeño trabajo, tiene por objeto , el de demostrar de la forma mas didáctica posible : tanto las causas , como su prevención - y en casos mas avanzados , su tratamiento mediante - un correcto diagnóstico en el campo de la Cirugía .

-Siendo en nuestra sociedad que resulte sumamente di ficil el practicar lo anterior , a causa de la negligencia del paciente a sus problemas , debido a la fal ta de educación en este plano ; aunada a la falta de medios e impericia en ocasiones del medico operador - Son factores a los que debemos enfrentarnos y tratar de resolver desde sus raices , para así tratar todo - este tipo de afecciones con el mejor exito posible.

-Es de hacerse notar que en su mayoria , el tipo de - afecciones que vamos a tratar son de caracter progresivo , por lo que un buen diagnostico y tratamiento - son de vital importancia ; ya que una falla en cual-quiera de los dos , puede acarrear hasta la muerte - del paciente en una forma lenta o larga u en el menor de los casos a una lesión de tipo permanente con un - cuadro de secuelas sumamente grave .

CAPITULO I ANATOMIA.-

PAROTIDA-

Glándula par , bilobular , de secreción serosa sobrepuesta al músculo masetero . Se extiende hacia arriba hasta el conducto auditivo y hacia abajo hasta el borde inferior de la mandíbula , frecuentemente más allá del mismo . Por su parte posterior se pliega sobre sí misma alrededor del borde posterior de la mandíbula y por su parte anterior se extiende dentro de la bola adiposa de Bichat en la cual se desprende su conducto excretor . Dentro de la sustancia adiposa , generalmente existe un pequeño lóbulo de la glándula que se fija al conducto . El lóbulo superficial y el lóbulo profundo están unidos por un istmo en el borde posterior de la glándula . La porción matriz del nervio facial emerge del agujero estilomastoideo y pasa por fuera y por delante del istmo , en donde se divide en dos ramas principales .

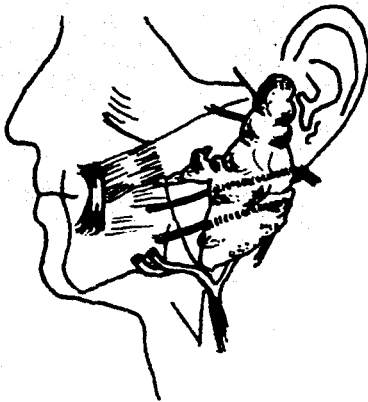
Estas ramas pasan por encima y por debajo del istmo entre los lóbulos ramificandose y volviendo a reunirse a lo largo de su curso. Por lo tanto , el nervio Facial se encuentra colocado profundamente con relación al lóbulo superficial de la Parótida , y pasa entre los lóbulos y no por el parénquima glandular . Basandose en este , es posible extirpar el lóbulo superficial sin seccionar el nervio .

- El conducto Parotideo o de Stenon .- Se desprende en la parte anterior e interna de la glándula , a lo largo del borde externo del músculo masetero y se dobla en el ángulo recto al rededor del borde anterior del mismo músculo.

Después atraviesa el músculo bucinador y la mucosa bucal y desemboca al nivel del cuello del segundo molar superior, en una pequeña cárdcula. Por lo tanto, una porción del conducto que varía entre 1.5 y 3 cm es accesible desde la boca. La disección a través de la boca después de la curvatura en ángulo recto en el borde anterior del músculo masetero es bastante difícil: implica cierto riesgo, ya que hay -- perciones del nervio facial a este nivel.

SUBMAXILAR.-

Glándula par, de secreción serosa, que se encuentra en el espacio submaxilar -- se extiende hacia abajo -- hasta el músculo digástrico, por su parte superior hasta el músculo Milohiideo, anteriormente hasta la mitad del cuerpo de la mandíbula y por su parte posterior hasta el ángulo -- del maxilar inferior. Se en



cuentra limitada hacia afuera por el borde interno -- de la mandíbula, y hacia adentro por el músculo higloso. La parte inferior y externa está cubierta -- por piel y músculo cutáneo del cuello.

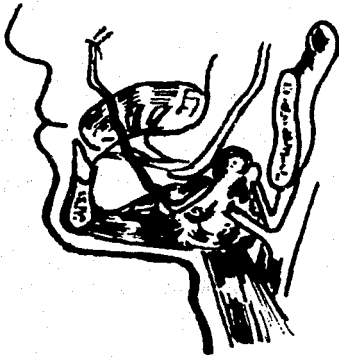
-A nivel del borde posterior del músculo Milohiideo la glándula Submaxilar se dirige hacia arriba y hacia adelante penetrando en el espacio submaxilar y -- emitiendo su conducto o de Wharton. Este tiene di-- rección anterosuperior, entra en el espacio sublingual y se abre dentro de la boca, por debajo de la porci

én anterior de la lengua , e una carúncula lateral al frenillo lingual . El conducto sigue un trayecte de -- afuera -dentre y de abajo-arriba , cruzande por debaje del nervio Lingual a nivel del tercer melar y despues -- per encima del nervio Lingual a nivel del segundo melar Per lo tante en una intervencián intrabucal para extirpar un calcule el nervio Lingual pedra encontrarse por encima del conducto en la parte posterior , y por debaje de el , e ne encontrarse del tede en la perción que comprende del segundo melar hacia adelante .

-La arteria maxilar externa pasa de atras y adentre de la glándula hacia arriba y per encima de la misma emerge del espacio submaxilar hacia el lado externo y se -- continua en la cara a nivel del borde del músculo mase-tere ; per lo tante ne se encontrara en la incisión para extirpar la glándula , sine tendra que identificarse por disección .Su situación suele ser indicada per la -- presencia de dos ganglios linfáticos ,prevascular y retrevascular , que están per encima de ella a nivel del borde inferior de la mandíbula. En la parte superior y profundamente en relación con estos ganglios se encuentra la rama mandibular marginal del nervio Facial , y -- per detras de los ganglios se halla la vena facial . Como la vena facial está por fuera de la glándula -- puede certarse en la incisión y ne puede dependerse de ella como punto de referencia una vez que se ha lesiona de . Exactamente per dentro del curso de la arteria maxilar externa , en el polo superior de la glándula y en el borde posterior del musculo milohioideo ,se encuen-- tran diversas conecciones del nervio Lingual . El gan-

glie submaxilar se incluye en el plexo pero rara vez se identifica durante la intervención .El nervio Lingual - puede identificarse por encima de estas conexiones ; si ge una dirección anteroexterna en el espacio sublingual cerca del conducto de Wharten .

-El nervio Hiegleso y la vena sublingual cruzan la superficie externa del músculo Hiegleso en la pared interna del lecho submaxilar. Se encuentran separados de la



capsula de la glándula por una delgada capa aponeurotica a travez de la cual pueden identificarse ; por ello no necesitan ser teñidos .

El nervio Hiegleso y la vena sublingual junto con el borde posterior del músculo Milohioideo y la pelea del músculo Digástrico , forman un triangulo que tiene como base al músculo hiegleso --

Separando las fibras del músculo hiegleso en este punto puede descubrirse la arteria Lingual.

SUBLINGUAL.-

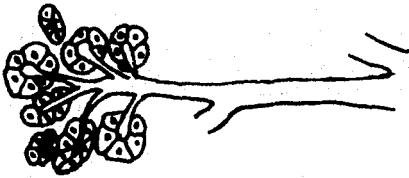
-Es una glándula par , cuya secreción es mucosa , y que se encuentra en el espacio sublingual , por encima del músculo Milohioideo , y en una línea paralela al trayecto de conducto de Wharten . Su punto de referencia es un puente llamado "plica sublingual" , que corre en dirección anteroposterior en el piso de la boca. Secreta principalmente moco de una serie de pequeños conductos cortos

los cuales varían de número de persona a persona y rara vez participan en los trastornos de la submaxilar y la Parótida. En ocasiones, hay glándulas que ocupan la posición anatómica de la glándula Sublingual y se unen en el conducto Submaxilar abriéndose dentro de él en vez de terminar en la boca.

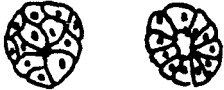
ANATOMIA MICROSCOPICA.-

Todas estas glándulas tienen constitución semejante -- están compuestas de acinos mucosos, serosos o combina-

dos ambos; La diferencia principal en determinado fragmento de tejido es el número relativo de acinos mucosos o serosos; la glándula Parótida es casi por completo serosa.



La glándula Sublingual es un sistema muy sencillo, sus conductos excretores recubiertos de epitelio son pequeños y cortos; en tanto que



los sistemas de conductos de la Parótida y submaxilar -- están formados de una serie de conductos muy pequeños -- que drenan un solo acino, y se unen para formar conductos de mayor calibre (ver figura superior).

Los principales elementos tisulares vistos microscópicamente son: Epitelio glandular, representativo de la -- percepción secretora de la glándula, Epitelio Cuboide que reviste los conductos, compartimientos de tejido conectivo que dividen los lobulillos individuales y capsula de tejido conectivo.

CAPITULO I I

DEBILIDADES ANATOMICAS

-El estudio anatomico demuestra ciertas deficiencias est truc tur ales ; en el caso de las glándulas salivales me no res y Sublinguales , tienen una estructura de sistemas de conductos cer tes , rectos y sencillos y son muy rara vez afectados por alteraciones inflamatorias , pero exi sten factores que ocasionan la obturación del conducto ex cre ter ; dando por resultado un absceso , y habiendo transcurrido tiempo de que su obstrucción es total , nos da por resultado una atrofia de la glándula . En el caso de las glándulas mayores , especificamente la Submaxilar que es la que mayormente se afecta ,ya que su sistema de conductos ,se encuentra en una posición de declive, que predispone una invasión retrograda por microorganismos bu cales ; a su vez tanto la parotida , como la submaxi-- lar presentan en su conducto un calibre algo mas grande en su trayecto , que en su desembocadura ; permitiendo la ac um ul ación de secreciones ,que permiten verterse de inmediato como respuesta a un estímulo , sin esperar al proceso secretor .Este reservorio relativamente estático permite la acumulación de celulas epiteliales y el espesamiento de la saliva , lo que tiende a formar obstruc-- ciones y crea nichos apropiados para la actividad bacteriana . Además los conductos de ambas glándulas están sumamente ter tuesas . Ambas glándulas estan supeditadas a un se le m ec an is mo para eliminar los liquidos secretados ; y cualquier etiología que tienda a disminuir el flujo salival , tambien alterara la composicion y función de las -- glándulas.

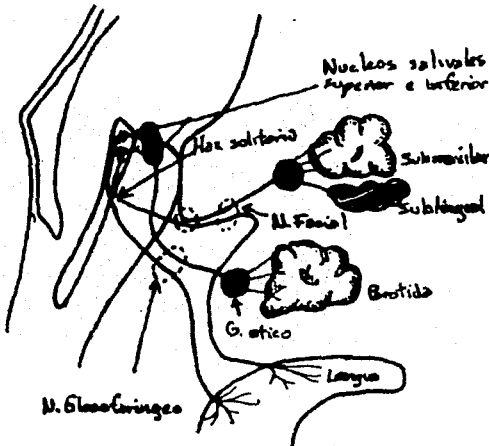
CAPITULO I I I

FISIOLOGIA

-Las glándulas mayores , secretan la saliva ,que es una solución que consta aproximadamente de partes iguales - de moco y una enzima llamada Pتيالina o Amilasa Salival la función del moco , es la de facilitar la deglución - siendo tal su función que para igualarla se necesitarían de 10 volúmenes de agua ; la función de la Pتيالina es la de comenzar la digestión de los carbohidratos y almidones , la comida no suele permanecer el tiempo suficiente en la boca para que se digieran mas de 5 al 10% de los almidones .Sin embargo la mezcla de saliva y alimentos suele almacenarse en el fondo del estomago de unos treinta minutos a una hora , tiempo suficiente para que la saliva pueda digerir incluso el 50% de los almidones .

REGULACION DE LA SECRECION SALIVAL.-

-Los núcleos salivales superior e inferior del tallo -- encefálico, rigen la secreción de las glándulas salivales A su vez , son regulados por impulsos gustativos y sensitivos de otra índole que nacen de la boca. Los alimentos de sabor agradable suelen causar salivación abundante, en cambio , algunos de sabor desagradable disminuyen la secreción salival en tal medida que dificultan la deglución . Así mismo la sensación de alimentos blandos dentro de la boca aumenta la salivación , y la aspereza la disminuye. -Es muy posible que este efecto permita que se traguen -- con facilidad los alimentos que no lesionaran la mucosa y oblige a rechazar los muy ásperos. Facetas de secreción salival .- Además de escurrir cuando el alimento está en la boca , suele haber salivación ---



antes de llevarse el a limento a la boca , al pensar en un alimento agradable o al olerlo la salivación continúa incluso después de - que se a tragado el a- limento. Así pues la - secreción salival tie- ne tres fases ; Psiqui- ca, gustativa y gastro-

intestinal. Es posible que la fase Psíquica prepare a la boca para el alimento, y ayude a la secreción de saliva cuando se comienza a comer . La fase Gustativa , prepara la saliva que se mezcla con los alimentos al masti- carlos , y la fase Gastrointestinal, continúa la secreci- ón de la saliva incluso después de que el alimento es -- almacenado en el fondo del estómago. La secreción durante la fase gastrointestinal tiende a ser especialmente abundante cuando se han tragado alimentos cáusticos . Al deglu- tir la saliva , ayuda a neutralizar la sustancia caustica y de esta manera ayuda a aliviar la posible irritación - del estómago.

CAPITULO I V

PATOLOGIAS

Sialadenitis .- es una afección que se caracteriza por la inflamación de las glándulas salivales ; ocasionadas debido a adenopatías inespecificas , que no guardan re- lación con otra alteración ; pueden ser agudas o volver se crónicas .

Agudas .- La sintemateología presenta una tumefacción -

de comienzo rápido, se vuelve sensible y tensa generalmente unilateral, apreciándose pues en el conducto y se excreta exprimiendo el sistema de conductos la temperatura del paciente puede estar elevada y se aprecia toxicidad sanguínea debida a la infección. Entre los microorganismos predominantes encontramos; Estreptococo salival, Ver de Neumococo, Estafilococos, piegenes dorado y blanco.

Tratamiento.--Se realiza un cultivo, cuidando de obtener secreciones del conducto, y se muestran de la flora bucal. Están indicados antibióticos o sulfonamidas, una vez que cede la fase aguda el conducto puede dilatarse con una sonda roma para favorecer el drenaje. Es de gran importancia el uso de sialogegos, la hidratación del paciente y el uso de seluciones yodadas que poseen efecto antimicrobiano.

Cronicas.--Es frecuentemente detras de una obstrucción que ha producido largos periodos de estasis. Los conductos se dilatan y ejercen presión contra la glándula adyacente. La obstrucción y la estasis aumentan la presión y producen atrofia y fibrosis de la glándula. Esta se torna firme y dura, y puede estar dolorosa a la palpación o no estarlo, según la fase de alteración inflamatoria y el grado de cronicidad. Pueden aparecer abscesos y quistes en el parenquima y exigir drenaje, o bien permanecen durante años con una serie de remisiones y exacerbaciones.

El tratamiento conservador, que consiste en eliminar la obstrucción, dilatar el conducto y efectuar sialografía

diagnóstica y terapéutica , puede curar la enfermedad. -- Desgraciadamente la residiva es frecuente y puede necesitar la extirpación quirúrgica de la glándula . En tanto que Sialadenitis , es la inflamación de la glándula; ---- Sialoductitis comprendera unicamente la inflamación del - conducte excretor . Solo en un pequeño porcentaje , se -- ven involucradas en relación , organos como riñones , ve- giga urinaria o vesicula biliar.

Paretiditis Epidémica.--

-A pesar que el odontologo no tratara unas paperas , debe ra estar familiarizado con esta enfermedad , causa muy -- frecuente de tumefacciones , se presentan regularmente -- entre los cuatro y cuarenta años de edad , con un periodo de incubación desde ocho dias hasta un mes , los sintomas son : malestar , fiebre , dolorimiento de la zona parotídea a la presión ; su evolución comienza de manera unilateral y a los pocos dias puede llegar al lado opuesto , a los - tres dias llega a su grado maximo , y comienza a declinar los dias siguientes pudiendo afectar la Submaxilar y Sub- lingual.

Parotiditis Quirúrgica.--

-Esta en realidad es de caracter agudo y se presenta post- quirúrgicamente , y se le considera pasajera gracias a la acción de los antibioticos* ; Es causada por el Estafilococo y es el que se observa en la mayoría de los casos . Suele estar condicionada a pacientes con mala higiene bucal

* La reaparición de esta complicación quirúrgica depen- de de la existencia de cepas de Estafilococos resistentes coagulasa positivo en salas de hospital o quirefanos.

II

boca y faringe secas y dientes cariados . La vía de afec-
ción suele ser acendente desde la boca por el conducto de
Stenen , hasta los conductos menores y lobulillos paroti-
deos . La patología suele ser una celulitis difusa e loca-
lizada , un absceso localizado , e una supuración generali-
zada puede ser de caracter bilateral , empezando unilate-
ral y extendiendose al cabo de dos o tres dias . Típica-
mente la glándula Parótida se hincha y se pone dolerosa -
al cabo de 4 a 8 dias despues de efectuada la intervenci-
ón ; pulso y temperatura elevados el paciente semeja cua-
dro de intoxicación ; la glándula aumenta de volumen y la
piel que la recubre , se vuelve roja y edematosa . La -
palpación revela dolor intenso a nivel de la Parótida , y
la abertura del conducto de Stenen puede estar agrandada
y vaciar material purulento a medida que el proceso evolu-
ciona pueden desarrollarse zonas de supuración localizadas
que se unan para afectar toda la glándula .

-Tratamiento.- antibióticos del tipo de la Eritromicina -
Lincomicina , Cloromicetín ; efectuando un cultivo para -
determinar la sensibilidad de los germenés ; Esta indicado
el drenaje quirurgico si no hay respuesta con terapéutica
conservadora . Es importante favorecer la descompresión --
para evitar la formación de absceso y salvar la vida de pa-
cientes gravemente enfermos .

Parotidítis Crónica.-

-También se le denomina Parotiditis Sialectática Crónica
se caracteriza por la inchazón intermitente de una e am-
bas glándulas : tiene importancia quirurgica ya que es di-

facil distinguirle de un tumor .Su etiología es desconocida En ocasiones , hay obstrucción del conducto parotídeo por cálculos e estenosis de la ampolla , pero en muchos casos no puede demostrarse .Anatomopatológicamente hay dilatación de los conductos intralobulillares e infiltración linfocítica intensa de los lobulillos .

Clínicamente , se observa hinchazón dura y dolorosa de 4 a 8 cm de diámetro que se desarrolla en la glándula y después de unas semanas cede espontánea y gradualmente , para repetir con intervalos de varios meses o años . En ocasiones la hinchazón persiste haciéndose dolorosa e invalidante .Los sialogramas suelen demostrar dilatación difusa e segmentaria de los conductos parotídeos y son útiles para el diagnóstico .Si hay obstrucción manifiesta del conducto , debe suprimirse . La estenosis de la ampolla se corregirá por dilatación o meatotomía , pueden darse antibióticos al mismo tiempo e por separado durante varias semanas . Cuando la hinchazón persiste , e no puede establecerse diferenciación con un tumor , está indicada la parotidectomía subtotal conservando el nervio Facial .

CAPITULO V

TUMORES

- Las tumefacciones o hinchazones , que tienen una historia de remisiones y exacerbaciones, sugieren un proceso inflamatorio , mientras que las que presentan un crecimiento lento pero seguro indican la presencia de un tumor - Casi el 90 % de los tumores de la glándulas salivales ---

entran dentro de los denominados benignos , mixtos bien - encapsulados , firmes y sin diseminaciones .Se sitúan muy a menudo en el polo inferior de la glándula Parótida , y se pueden palpar como masas móviles ; pueden ser lo mismo superficiales que profundos .Aparecen con una frecuencia diez veces superior en la glándula Parótida que en la submaxilar y ocasionalmente en el paladar y glándulas sublinguales . No distinguen edades pero la mayoría de las veces se presentan en la tercera y cuarta décadas de la vida.--

CAPITULO V I

Tumores Benignos .-

-Cistadenoma Linfomatoso Papilar .

-Son neoplasias denominadas también "Tumores de Warthin"- solo se observan en la glándula Parótida ; macroscópicamente aparecen en el polo inferior o codo de la glándula. Al corte , el tumor presenta muchos espacios quísticos de dimensión variable llenos de líquido turbio ; Histológicamente esta formada por una masa de linfocitos rodeando espacios de revestimiento epitelial .

Clinicamente , estos tumores parecen mixtos , pero suelen demostrarse mas quísticos por palpación . En forma característica se observan en pacientes de cierta edad , generalmente varones en la quinta o sexta década de la vida - a diferencia de los tumores mixtos que suelen observarse en personas mas jóvenes , pueden ser bilaterales .

El tratamiento del Cistadenoma Linfomatoso , es similar - al de los tumores mixtos ;pero no resulta necesario extirpar una zona tan amplia de tejido parotideo normal a su -

alrededor . Si bien la recidiva despues de la enucleación no es frecuente , se observa a veces .No se a infernado - de un cambio maligne en estos tumores .

Hemangioma o Linfeangioma .-

- Los tumores vasculares de la glándula Parótida aparecen típicamente al nacer o en la primera infancia ,Anatemopatológicamente son hemangiomas cavernesese , Linfeangiomas ,hemangiendotelomas , e variedades mixtas . Ayaces equi-
vacadamente se diagnostican de angiosarcomas .

El diagnostico debe sospecharse cuando la parótida de un recién nacido aumenta gradualmente de volumen el agrandamiento puede producirse cuando el niño llora .El tumor es de consistencia típicamente elástico y compresible .En ecaciones hay en la región parotídea angiomas visibles, con tinte púrpura de la piel. Si bien estos tumores son benignos , frecuentemente aumentan de volumen con rapidez e invaden estructuras cervicales vecinas .El tratamiento es - quirúrgico ,debe de extirparse todo tumor , junto con la parte afectada de la Parótida .Es particularmente imper-- tante extirpar el tumor lo mas completamente posible, ya que cualquier porción residual puede sufrir crecimiento - activo con recidiva. Debe respetarse el nervioFacial.

Adenomas .-

-Los adenomas de la Parótida son muy raros .Anatemopatológicamente hay dos tipos ; el Adenoma de células axifilas u oncocitoma , y el Adenoma de células Acínicas . El pró-

mero es completamente benigno , mientras que el último se comporta como un adenocarcinoma . Los adenomas son más -- frecuentes en la mujer ; Son masas bien circunscritas en la glándula , de crecimiento lento y constante . Al igual que los tumores mixtos , no tienen capsula verdadera, se- le una pseudocapsula formada por compresión de tejidos -- vecinos . Se tratan con extirpación amplia incluyendo una porción de tejido sano circundante con protección del ner vie Facial y sus ramas .

Lesión Linfoepitelial Benigna (Enfermedad de Mikulicz).--
 -Mikulicz; Describió , un agrandamiento benigno y difuso de las glándulas lagrimales y salivales , que en la actua lidad se le conoce como la enfermedad que lleva su nombre Al comienzo es unilateral , volviéndose mas tarde bilate- ral y siendo de larga duración , clínicamente puede pre-- sentarse como una masa bien circunscrita , en el tipo di- fuse, pueden estar complicadas porción superficial y pre- funda de la Parótida : Histologicamente se observa una in filtración linfocítica difusa con acumules y tiras disper- sas de células epiteliales . El componente linfocitario puede indicar Linfoma maligno . Si la infiltración de la Paró- tida es difusa , puede haber recidivas despues de la ciru- gía , las cuales pueden controlarse con dosis de radiación bajas .

Síndrome de Sjögren.--

-Cuando las lesiones Linfoepiteliales vistas en la enfer-

medad de Mikulicz se acompañan de Artritis Reumatoidea - se produce un estado especial de queratoconjuntivitis seca . El aspecto macro y microscópico de las glándulas salivales son idénticos en ambos casos ; Ambas alteraciones asientan sobre todo en mujeres adultas menopáusicas; comúnmente se aprecia boca seca , ojos secos , ocasionalmente febrícula y a veces malestar .

Etiología -Descubierta , existen varias teorías , que invocan un proceso de autoinmunidad basadas en que se nota una marcada hiperglobulinemia y en la presencia de anticuerpos en el suero contra el tejido parotídeo normal de estos pacientes .

Síndrome de Mikulicz.-

-Consiste en un agrandamiento de las glándulas salivales con fiebre , frecuentemente acompañado de adenitis lagrimal y uveítis ; ello puede presentarse en enfermedades -- generales tales como Linfoma , Leucemia , Enfermedad de Hodgkin , Tuberculosis , Sarcoidosis , Amiloidosis y Lupus Eritematoso diseminado : De ordinario la tumefacción es bilateral . Las glándulas Parótidas , se afectan diez veces - mas que las Submaxilares . El comienzo puede ser rápido y seguir durante semanas y meses , aunque normalmente no es doloroso .

-El tratamiento de cualquier enfermedad de las glándulas salivales en las que se advierta un aumento en la viscosidad e de la Estasis , consiste junto con la antibioterapia en aumentar el flujo salival , ya sea con sialogogos en caso de que se encuentre reducida e fármacos parasimpaticomiméticos , para aumentar el flujo normal ; como la Pilo-

carpina y el Mestinon (bromuro de piridestigmina); Este último es de empleo delicado, ya que está contraindicado en pacientes con afecciones gastrointestinales, y una desulfación desencadena fibrilación muscular; la dosis normal es de 60 mg una o dos veces al día por vía oral.

CAPITULO V I I

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA TUMEFACCIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES .-

- Es importante establecer un diagnóstico diferencial de las hinchazones de las glándulas salivales producidas por otras causas. Los tumores normalmente afectan sólo una parte de la glándula, de forma que una porción de esta suele aparecer normal. En los casos de infección suele ser difusa y afectar a la totalidad de la glándula. La dureza y consistencia del triángulo submaxilar y de la zona Parotídea puede ser debida a la afectación del abundante tejido linfóideo; Los ganglios linfáticos de esta zona constituyen una vía de drenaje, no sólo para las infecciones de las glándulas salivales, sino para las demás infecciones que pueden producirse en la cavidad oral, dientes, piel, y ojos para las enfermedades neoplásicas. Una enfermedad comúnmente llamada fiebre por arañazo de gato, produce también hinchazón de los ganglios de esta zona de la misma forma que un absceso localizado en el interior de la propia glándula. Cuando existe una dificultad o una interferencia en la apertura de la mandíbula, a veces dificulta la distinción entre

infecciones recurrentes de larga duración con fibrosis -- y los tumores localizados en la glándula Parótida . En estos casos la Sialografía puede tener un gran valor . Entre otras causas de afecciones de las glándulas salivales tambien suele producirse , aunque es muy rara , la tumefacción que coincide de una forma asintomática con una -- sirsis de Laennec e incluso con enfermedades carenciales Hemangiomas con Flebecitos .-- En muy raras ocaciones nos podemos encontrar con pacientes con tumefacciones en la zona Parotídea o Submaxilar y que radiograficamente presenta unas pequeñas radiopacidades semejantes a la Sialolitiasis. Ni obstante , al realizar un sialograma se observa que estas radiopacidades no se encuentran en el interior de la glándula , sino a su alrededor . Estas concreciones pueden ser flebecitos situados dentro de un tumor vascular del tipo hemangioma.

Uno de los principales problemas relacionados con el tratamiento de las lesiones de las glándulas salivales es la decisión del clínico respecto al tipo de lesión que se esta tratando y su localización anatómica en las diversas estructuras . El examen citológico se esta volviendo cada vez mas importante al formular un diagnóstico , debido a las mejoras de técnica y comprensión de los ejemplares -- obtenidos . La validez de este examen y de la biopsia con aguja depende en gran parte de la exactitud de técnica -- con que se obtuvieren los tejidos , así como el entrenamiento y capacidad del patologo responsable de analizar -- éstos . Se puede depender de las biopsias verdaderas, pero implican certer la cara y esten contraindicadas en las lesiones inflamatorias . El clínico debe decidir con los medios no quirurgicos a la mano , cuales , si son necesarios

son los pasos indispensables para lograr un diagnóstico exacto. Los medios de que se dispone son principalmente La Historia Clínica, Examen Físico y Examen Radiográfico. Con esto puede determinarse un curso de tratamiento lógico e bien otros estudios de diagnóstico. A veces los exámenes clínicos de laboratorio ayudan a tomar una decisión.

Historia.-

-Una historia de la lesión es un factor importante; ya que si la lesión es vieja y tiene una historia de remisiones y exacerbaciones es probablemente de naturaleza inflamatoria. Si es vieja y tiene historia de crecimiento lento y continuo generalmente es un tumor benigno y de escasa malignidad. Si es una lesión nueva con síntomas agudos se sugiere una inflamación. Una lesión nueva con aumento de volumen, indolore, sin embargo, sugiere malignidad desde un principio.

Forma de Iniciación.-La forma de comienzo puede dar alguna clave. Si el comienzo es gradual e indolore, pero continuo, sugiere tumor. Si es repentino y doleroso, el diagnóstico de inflamación es el adecuado aunque no puede descartarse el tumor de crecimiento rápido con infección agregada.

Rapidez de crecimiento.- Es un punto de diagnóstico importante que indica el grado de malignidad. Una lesión de crecimiento lento pero continuo es rara vez de carácter inflamatorio e de un grado avanzado de malignidad. Una lesión de crecimiento rápido puede ser una u otra, Sin em-

barge , el dolor , el exudado , la fiebre o las alteraciones hemecitológicas con tendencia a la inmadurez suelen acompañar a las inflamaciones . Debe de recordarse que -- los tumores no son dolerosos hasta que invaden los tejidos vecinos sensitivos o se infectan. Las lesiones de crecimiento rápido con historia de resolución y remisión son frecuentemente inflamatorias . Las lesiones de crecimiento lento con historia de remisiones generalmente son quistes o algún otro fenómeno de retención . No es típico que ningún neoplasma desaparezca o disminuya ; sin embargo , algunos tienen periodos de inactividad biológica.

Estados Asociados.-- La historia de otros estados asociados al sintoma actual con frecuencia ofrece una clave u explicación del problema ; Una historia de tuberculosis juvenil o de tuberculosis en la familia puede explicar la presencia de un cuerpo calcificado en alguna región de la glándula salival cuando no puede demostrarse alguna conexión con la glándula ; La historia de Neumonia per Neumococo u otra enfermedad febril aguda puede señalar el comienzo de una Sialadenitis crónica, especialmente de la glándula Parótida.; Las anestesiias generales prolongadas generalmente con empleo de antisialogogos , son datos importantes al igual que cualquier otro estado caquético o de deshidratación .

Examen Físico.--

-Es el factor individual mas importante en el diagnostico diferencial de cualquier transtorno ; Ademas del examen fisico general para determinar los factores generales que

puedan intervenir , debe de llevarse a cabo un examen -- cuidadoso de las glándulas anexas . Es importante recordar que tanto las glándulas submaxilares como las parótidas tienen ganglios linfáticos adyacentes y dentro de la estructura glandular misma . Las infecciones adyacentes o los tumores situados en las áreas de drenaje de estos -- ganglios ocasionan con frecuencia aumentos de volumen -- que parecen ser primarios de las glándulas . Ejemplos típicos de estos son las infecciones oculares que producen hipertrofia de los ganglios parotídeos , e las de los dientes que ocasionan agrandamiento de los ganglios submaxilares . Los tumores de la piel de la cara , como el Melanoma, de la cavidad bucal y de las estructuras faciales -- que pueden producir agrandamientos de los ganglios linfáticos de la cabeza y cuello .

Las metastasis distantes son relativamente raras , aunque la invasión de estos ganglios por los linfomas malignos es frecuente .

Examen Bimanual .-

-En estas lesiones es necesario ya que puede recogerse -- mucha información con el dedo examinador . El examen manual se efectúa correctamente colocando un dedo dentro de la boca y la mano opuesta sobre la lesión . La manipulación cuidadosa con ambas manos puede proporcionar los datos -- que a continuación se dan.

Localización de la Lesión.-

-Las lesiones de los conductos se palpan mejor dentro de la boca cuando la lesión se encuentra en el conducto sub

maxilar o en el tercio anterior del conducto parotídeo.-- Las lesiones del hilio de la glándula Submaxilar inmediatamente por delante del punto en que pasa por debajo del -- músculo milohioideo también se palpan mejor por dentro de la boca . La mayoría de los cálculos salivales corresponden a esta categoría . Las lesiones situadas por fuera - de la musculatura de la boca pueden ser desplazadas hacia afuera por el dedo intrabucal y palparse con mas facilidad con la mano extrabucal. Pueden desplazarse porciones de la glándula misma y su contextura apreciarse fácilmente. Los ganglios y tumores pueden sujetarse e identificarse . Las lesiones que no son palpables e móviles desde el interior de la boca se juzgan en relación con su localización . Exprimir la glándula y el conducto bimanualmente permite estimar la naturaleza de la secreción y , por lo tanto, de la localización de la lesión . Las lesiones situadas fuera de los conductos rara vez producen pus dentro del sistema canalicular a menos que esten tan avanzadas que les escluyan por presión .

Consistencia de la Lesión .--Las lesiones circunscritas - tales como los tumores mixtos , ganglios inflamados y --- schwannomas* se mueven y pueden desplazarse fácilmente . De este fenómeno se saca en conclusión que la lesión no - ha invadido los tejidos vecinos y no está rodeada de exudado inflamatorio difuso.

* schwannomas ; tumores benignos nacidos de vainas nerviosas

Áreas inflamadas en forma aguda , abscesos , tumores malignos invasores e sus extensiones linfáticas no se sueven - fácilmente , por haber infiltrado la enfermedad tejidos - circundantes .

Una excepción es el ganglio linfático invadido por metástasis tempranas y que todavía no ha perdido su integridad - capsular .

Las lesiones duras tienen peor pronóstico; aunque el signo diferencial primario entre una lesión maligna y una lesión inflamatoria leñosa es la presencia e ausencia de - dolor , no se puede depender de este signo ya que puede - haber infección en cualquier neoplasia maligna avanzada.

En general la induración del área en cuestión es un signo grave , específicamente si faltan los signos cardinales - de infección e no se encuentran en proporción con la historia del transterne . La induración es típica de las lesiones invasoras malignas y este signo debe considerarse como diagnóstico hasta que no se pruebe lo contrario. ---

La consistencia del resto de la glándula es muy importante - Las lesiones malignas rara vez abarcan la totalidad de la glándula a menos que estén infectadas o muy avanzadas. Por lo tanto una percepción de la glándula aparece normal a la mano examinadora . Las infecciones por el contrario , - generalmente producen tensión en toda la glándula , lo -- mismo que la obstrucción de los conductos .

La separación de la glándula de las lesiones que en realidad no la afectan es también muy importante .

En muchas ocasiones la tumefacción corresponde aparentemente a la glándula , pero la palpación y sujeción digital de la glándula e de la lesión , demuestran que esta solo tiene una relación anatómica y no histologica con la glándula. Esto es particularmente cierto en el quiste branquial , en los quistes dermoides , en las hipertrofias ganglienares y en los aumentos de volumen inflamatorios primarios de los dientes . En estos casos la consistencia de la glándula no afectada es normal .

- Muchas lesiones tienen consistencia típica . Los abscesos son generalmente fluctuantes ; Los quistes dermoides y otros quistes de pared gruesa generalmente tienen consistencia pastosa ; Los cálculos duros y pueden ser estreñidos ; La glándula afectada u obstruida generalmente es firme y tensa . Es evie que la consistencia de la lesión es un signe diferencial importante .

- Reacción Subjetiva.-

-La respuesta subjetiva del paciente es muy importante ya que con frecuencia varia de acuerdo según la naturaleza de la enfermedad. Los estados inflamatorios por lo general se acompañan de dolor , que aumenta con la manipulación - debe recordarse que los tumores que se han infectado e que han invadido estructuras sensoriales pueden tambien ser dolorosos , pero este dolor generalmente es un signe de malignidad tardie y no temprano . Los tumores benignos, - los de poca malignidad , y los malignos que comienzan raras veces son dolorosos . La manipulación puede llevarse a cabo sin queja del paciente a menos que se prolonge lo --

suficiente para preveer molestias . Por otro lado los tejidos que recubren un cálculo salival casi siempre son sensibles a la palpación debido a la incompresibilidad del cálculo, a los procesos agudos algunas veces presentes y a la inflamación de los conductos vecinos .

Valoración Radiográfica.-

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

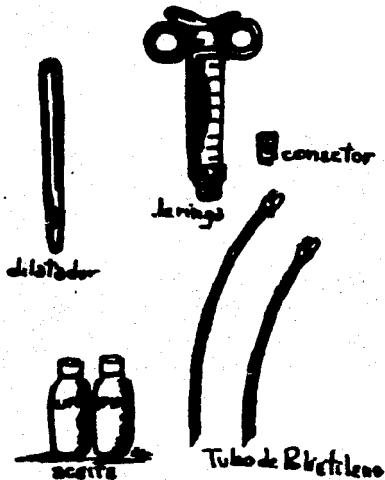
Por esta razón la radiografía común puede ser emitida a menos que el examinador tenga una razón para sospechar estas alteraciones . Cuando se sospecha un cálculo salival , las placas oclusal y lateral oblicua de la mandíbula son de gran valor para localizar los cálculos submaxilares . Las radiografías posteroanterior y lateral de la cara con placa oclusal colocada en las paredes bucales y con exposición muy breve (1/2 a 3/4 de seg) pueden ser de valor para localizar cálculos de la Parótida . La radiografía occipitosubmentoniana que limite el arco cigomático también puede ser útil. El sialograma da más información diagnóstica .

Sialograma.-

-Es un estudio especial que se realiza inyectando aceite radiopaco en el sistema de conductos de la glándula y tomando las radiografías que estén indicadas . Se han descrito numerosas técnicas y equipos para realizar este estudio ; pero la más usada es la siguiente;

Material .-

I tubo de polietileno de diferentes calibres y aprox. de



46 cm de largo , uno de cuyos extremos tiene -- bisel agudo .

Un conector Luer-Lok de tipo utilizado en la anestesia raquidea continua.

Una jeringa con mango - de anillos de tipo Luer -Lok de 3 cm³.

Un dilatador remo

Cualquier aceite radiopaco Metode.-- Se toma un tubo

de polietileno de calibre adecuado y se adapta al conector. Se llena la jeringa con la sustancia de contraste y se fija al conector . Se saca todo el aire del sistema . El aceite sobrante sirve de lubricante . Se quita la jeringa y el conducto en cuestión se canaliza . Si se produce dolor se aplican unas gotas de anestésico local alrededor de la caránula. Si la colocación de la cánula se dificulta , se hara uso del dilatador . Los factores que originan dificultades en la colocación de la cánula son los siguientes ;

- Un tubo de calibre exagerado
- Un bisel aspero del tubo
- Bisel corto y muy remo del tubo
- Falta de lubricación del tubo.

El tubo se inserta bien dentro del conducto. En el conducto de la Parótida, generalmente se encuentra un obstáculo en el punto en el que el conducto se dobla en rededor del borde anterior del músculo masetero. En el conducto submaxilar suele bastar una distancia de tres o cuatro cm. Se pide entonces al paciente que cierre la boca, y el tubo puede mantenerse en su lugar con cualquier fijación sin comprimirlo; vuelve a conectarse la jeringa y se instruye al paciente que la sostenga contra su pecho. De este modo puede moverse el paciente y colocarlo como quiera el radiologo. Cuando el radiologo ha colocado al paciente satisfactoriamente, se inicia la inyección del medio de contraste. Se instruye al paciente para que levante su mano cuando sienta presión y nuevamente cuando experimente dolor. Las cantidades de solución estan sujetas a variación individual, y puede dependerse mas del llenado sintomatico que de cantidades predeterminadas. Se mantiene la presión por diez seg. despues de aparecer el dolor y se toma entonces el sialograma. Se mantiene ligera presión durante la colocación del paciente para radiografias adicionales. Las radiografias posteroanterior y lateral del craneo pueden tomarse como quiera el operador. Despues de tomar todas las radiografias, el tubo puede retirarse y se instruye nuevamente al paciente para que ayude a vaciar la glándula por masaje. El aceite residual en la glándula y sistema de conductos no es dañino y puede ser benefico en algunas ligeras afecciones inflamatorias. El sialograma puede proporcionar bastante informa-

ción , especialmente si esta se relaciona con los signos clínicos . Sin embargo , no todas las lesiones tienen --- datos sialograficos típicos y en muchos casos el diagnóstico final depende de la biopsia . Afortunadamente la mayoría de las lesiones inflamatorias tienen manifestaciones típicas cuando se relacionan con el curso clínico, en tanto que los tumores con frecuencia se caracterizan por la ausencia singular de signos sialograficos . La interpretación sialográfica se hace mejor, integrado todo el conjunto de datos sialograficos que anteriormente citamos.

Precedimientos de Laboratorio.-

- Hay varios procedimientos de laboratorio útiles en el diagnóstico diferencial de lesiones de las glándulas salivales ; Las Paperas , La Mononucleosis infecciosa y la -- Sialadenitis aguda, que tienden a semejarse en sus primeras etapas , pueden diferenciarse por el examen de sangre y del plasma .La Mononucleosis Infecciosa , suele tener - elevado porcentaje de linfocitos atípicos , así como número aumentado de linfocitos . La Sialadenitis , si es aguda puede revelar aumento de leucocitos polimorfonucleares inmaduros en sangre. La prueba de aglutinación heterófila - del plasma sanguíneo es útil para identificar la mononucleosis infecciosa .

- La mayoría de los patólogos estiman que no puede dependerse de los frotis Papanicolaou para diferenciar las lesiones de las glándulas salivales . Las biopsias por aspiración o con aguja son difíciles de interpretar debido a las pequeñas cantidades de tejido disponibles .

Las secreciones por congelación y las biopsias corrientes aportan datos de los que puede dependerse plenamente y completan los exámenes de laboratorio generalmente empleados. La cuenta completa y diferencial de los glóbulos sanguíneos pueden indicar la toxicidad relativa de la enfermedad; sin embargo, no son de ningún modo específicas ya que solo muestran efectos de una infección en la sangre. Pueden realizarse los exámenes citológicos si se sospecha de una afección maligna del sistema de conductos; debe recordarse sin embargo, que la saliva simple de la boca no es una muestra útil y que el material para este examen debe obtenerse del conducto de la glándula sospechosa por medio de canalización. La utilidad de este examen es limitada y cuando los resultados son negativos, no son por ningún motivo definitivos.

Los frotis, cultivos, y pruebas de sensibilidad a los antibióticos son de valor cuando hay que emplear el antibiótico específico. La muestra debe tomarse también del conducto canalizado para evitar la contaminación bucal.

CAPITULO V I I I

TUMORES MIXTOS

-Se denominan tumores mixtos a los procesos neoplásicos que se originan en las glándulas salivales; son tumores de naturaleza epitelial, porque de tal histología son las glándulas salivales; se desarrollan en las glándulas mayores, Parótida, Submaxilar, Sublingual; y se presentan con relativa frecuencia en las glándulas menores. Constituyen según varios autores, el 5 % de todos los -

tumores de la cavidad bucal y el 2 % de todos los cánceres del hombre . La opinión de la mayoría de los autores sostiene que estos tumores son malignos e potencialmente malignos . Los de la cavidad bucal son procesos asintomáticos que constituyen hallazgos clínicos en el examen de la cavidad bucal ; cuando han adquirido cierto volumen -- los tumores palatinos producen trastornos en la fonética y en la masticación . Según Joel y Terzi podrían clasificarse según el siguiente cuadro;

- I.- Tumores Mixtos Localizados en las glándulas salivales : Parótida , Submaxilar y excepcionalmente en la Sublingual.
- 2.- Tumores Mixtos Localizados en la extremidad Cefálica -- pero fuera de las glándulas salivales : tumores de paladar y labio superior.
- 3.- Tumores Mixtos Localizados fuera de la extremidad Cefálica .

Patogenia.-

- Se acepta el origen de los tumores según las siguientes teorías

A) Teoría Embriogénica .- Estos tumores tendrían origen -- en los restos embrionarios de la formación de las glándulas salivales.

B) Teoría Mesenquimática.- Estos tumores se formarían originándose en el estroma fibroso y en la capsula de la --- glándula aunque no hay explicación para la presencia de -- restos epiteliales en el tumor.

C) Teoría Ectomesodérmica .--Estos se forman por inclusiones del mesenquima ectodérmico que puede presentarse en la cabeza y arcos branquiales del embrión.

D) Teoría Epitelial .-- Según esta teoría , los tumores mixtos se originarian del ectoderme de la cavidad bucal primitiva.

Estudio Clínico .--

-Los tumores mixtos de las glándulas salivales son tratados según su origen , Thoma dice "derivan de restos celulares enclavados , que revisten dos formas de tejido germinativo, derivados del epitelio y mesenquima " en tanto Cahn " Tal tejido conectivo proliferado puede más tarde involucionar a su estado embrionario haciendose mesenquimático y mixomatose y puede transformarse en cartílago" .

Motivos Anatómopatológicos para la extirpación de Tumores Mixtos.--

-Para extirpar estos tumores con un amplio margen de tejido salival se debe de verificar que dichos tumores no estén rodeados de una capsula bien definida que los separe de las estructuras vecinas . Por lo contrario puede no haber cápsula ninguna , • ser extremadamente delgada • incompleta . Además puede haber tumor dentro de la capsula o fuera de ella .

A) Tumor Mixto Benigno que interesa la Capsula.--Tal situación requiere extirpar el tumor con amplio margen de tejido normal a su alrededor ; Al efectuar la enucleación , - fácilmente puede quedar parte de la cápsula , susceptible

de contener células tumorales .

B) Tumor Mixto situado cerca de un tumor mayor pero completamente por fuera de la cápsula .-- Willis demostró que la formación tumoral suele observarse en el tejido salival cerca de un tumor mixto bien establecido . La presencia - de estos tumores satélites permite concluir que esta indica la extirpación amplia .

C) Tumor Mixto sin Cápsula .-- Muchos tumores mixtos recurrentes , y algunos primarios benignos , no poseen cápsula , o están incompletamente encapsulados ; solo la extirpación amplia puede combatirlos .

D) Tumores mixtos múltiples .-- Suelen provenir de "siembra" - después de una enucleación local cuando el tumor se difunde por ruptura de la cápsula ; nuevamente solo una extirpación amplia puede suprimir con éxito los tumores recurrentes de este tipo .

CAPITULO I X

TUMORES MALIGNOS NEOPLASIAS

- Tumores Mucopidermoides .-

- Son tumores malignos que pueden crecer rápidamente o -- con lentitud ; Rara vez presentan dolor a menos que se presenten acompañados de infección o invasión de estructuras sensitivas . Son mas frecuentes en la glándula Parótida , pero pueden aparecer en cualquier sitio donde existe tejido salival . Per palpación se sienten : firmes , indurados y fijos a los tejidos vecinos . Ya que los tumores mucopidermoides abarcan acinos y conductos de la glándula -- pueden observarse alteraciones en el sialograma .

Puede haber signos de cavidades en los sitios donde se ha producido necrosis , de hiperplasia glandular con formación de nuevos conductos , e bien de constricción ocasionada al llenarse un conducto por tejido neoplásico . Como cualquiera de estos signos puede ser típico de una enfermedad inflamatoria , debe tenerse cuidado de relacionar - les datos clínicos y sialográficos cuidadosamente antes - de arriesgar un diagnóstico. En última instancia el examen histológico es el único método que permite el diagnóstico exacto .

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico . A veces - la resección debe ser mas radical que en los tumores mixtos , por la extensión del tumor . El tratamiento conservador del nervio Facial no debe de considerarse importante por el contrario el cirujano debe de guiarse por la extensión en que la lesión ha invadido tejidos adyacentes . Este implica que el nervio deba de ser siempre sacrificado . Si conservar el nervio pone en peligro la cura quirúrgica , la extirpación del nervio esta indicada . Las - disecciones radicales del cuello no suelen ser necesarias , a menos que existan signos de metastasis en los ganglios regionales sin embargo , algunas escuelas consideran - la disección profiláctica del cuello durante la operación original como el método de elección.

La irradiación puede ser beneficiosa para controlar la metastasis e como procedimiento paliativo , pero no se considera curativa ni indicada como medio profiláctico post-operaterio .

Carcinoma Epidermoide .-

-Al igual que los tumores mucoepidermoides , este se origina del revestimiento epitelial de las glándulas salivales y sus conductos . Sin embargo , a diferencia de los anteriores , no hay duda respecto a la malignidad de los carcinomas , sino solo acerca del grado relativo de la misma . Se acepta que estos tumores probablemente se originan dentro de los conductos , aunque la invasión de los tejidos glandulares vecinos es temprana . Las metastasis a los ganglios de la región pueden ser tempranas e tardías , dependiendo del comportamiento individual del tumor .

- El síndrome y la prueba sialográfica de estos tumores - son semejantes a los anteriores no habiendo una diferencia clínica neta . El tratamiento es similar en todos los aspectos , disección radical del cuello como parte importante del mismo según la mayoría de los cirujanos .

La irradiación tiene un efecto apreciable contra esta lesión y sus metastasis ; y en especial contra los tipos más anaplásticos . Alivio , más que cura , es el principal objetivo de la irradiación .

Adenocarcinoma.-

-Este nombre abarca varias lesiones entre las que encontramos : Carcinoma Basocelular seudeadenomatoso , Tumor Mixto basaloide Adenoquistico o Cilindroma , Adenocarcinoma de células serosas , Adenocarcinoma de células mucosas , Oncocitoma maligno , y al Tumor Mixto Maligno . Todas ellas de carácter maligno por tanto en su tratami-

ente requieren de cirugía e irradiación radical para curarlas . La sintomatología de todas ellas a excepción del cilindroma , es igual a la del mucoepidermoide .

El Cilindroma: suele ser una lesión de crecimiento lento, sus características histológicas y su crecimiento de aspecto benigno , pueden hacer que el cirujano las confunda con una afección de tipo benigno ; cuando en realidad tiene una poderosa tendencia a la recurrencia y a la extensión invasora con destrucción local , dando origen con frecuencia a sucesivas operaciones y finalmente , a la producción de metástasis distantes en la fase final de la enfermedad ; Otros adenocarcinomas pueden crecer con gran rapidez y ser tan anaplásticos en sus caracteres microscópicos que dificultan su clasificación . La identificación histológica de un adenocarcinoma es dudosa , ya que el aspecto de su estructura interna puede ser similar al de cualquier otra lesión que produzca necrosis central. Sin embargo , en algunos de los tumores de crecimiento más lento , los intentos del tumor para formar tejido morfológicamente semejante al tejido original producen estructuras acinosas anormales capaces de recibir el aceite yodo y simular la sustancia glandular hipertrófica. El tratamiento de elección suele ser la cirugía radical . Puede hacerse disección radical del cuello cuando este indicada. La irradiación es eficaz en algunos casos individuales pero de ninguna manera en todos ; El cilindroma en particular es muy radiorresistente . Si el tumor es accesible a la radiación eficaz, generalmente lo es también a la ciru-

gía , por esta razón la irradiación suele reservarse para control, como medio paliativo, y profilactico, teniendo en cuenta el estado del paciente , su perspectiva de vida , así como el tamaño , grado y localización de la lesión .

CAPITULO X

SIALOANGECTACIAS.-

-La palabra denota dilatación intensa de la glándula y -- su sistema de conductos , es un hallazgo característico -- de las enfermedades inflamatorias crónicas de la parótida es la dilatación de las porciones terminales del ductus -- debida a estasis de la secreción salival ocasionada por -- obstrucción . La causa mas frecuente es un sialolite. aun -- que puede depender de una simple constricción . Esto puede observarse unicamente con un medio de contraste como el lipidel. Es relativamente frecuente una larga historia de infección crónica sin causa aparente en casos con dilatación extensa de este tipo. El pronóstico para estas glándulas es malo ya que su evolución natural es la de ataques repetidos agudos que finalmente llevan a extirpar la glándula.

CAPITULO X I

QUISTES DE RETENCION.-

-Resultan de la rotura de un conducto dentro del parénquima de la glándula . La rotura se llena con secreción salival y eventualmente se encapsula con tejido conectivo fibroso . Puede haber un revestimiento epitelial completo-- o parcial o puede no haberlo .

Como estos quistes se excluyen espontáneamente del sistema de conductos , no se llenan con la sustancia radiopaca de contraste en el sialograma; por lo contrario se manifiestan radiográficamente como espacios radiolúcidos en el parénquima glandular . Pueden tener una abertura pequeña hacia el conducto , la cual les permite vaciarse y llenarse periódicamente pero que no admite el aceite radiopaco . Por esta razón , tiende a agrandarse y a desaparecer siendo características que los distingue de los tumores mixtos , los cuales no desaparecen . En la palpación generalmente son blandos que pueden tener consistencia fluctuante o pastosa ; a veces duelen al palparlos (los tumores mixtos son duros y rara vez dolerosos)

Tratamiento.- La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección ; Esta , es necesaria no solo para eliminar la lesión , sino para establecer el diagnóstico. La incisión y el drenaje generalmente dan por resultado la recidiva eventual . No debe pensarse en la exteriorización del quiste .

CAPITULO X I I

ATROFIA.-

- La magnitud tiene papel importante en el efecto de la obstrucción en el tejido glandular . La obstrucción parcial resulta en sialoangectasia ; la obstrucción con rotura del conducto produce quiste de retención ; Las obstrucciones parciales generalmente van acompañadas de infección ; la obstrucción completa origina atrofia . La obstrucción completa que produce atrofia es rara ; suele resultar de un accidente quirúrgico en el cual el conducto excrete

rio principal se liga y todas las vias de escape del liquido se obliteran . Otra causa de atrofia de las glandulas salivales , son las dosis masivas de irradiación , de ordinario durante el tratamiento de tumores malignos . La pérdida de una glándula salival ocasionada por atrofia o extirpación tiene poca importancia . La pérdida de varias glándulas salivales mayores produce xerostomía y caries atípicas . La falta de secreción salival , el colapso del conducto y la imposibilidad de inyectar el aceite yodado para la sialografía , son caracteres típicos de esta alteración . No existe tratamiento una vez que se ha presentado la atrofia .

CAPITULO X I I I

FISTULAS PAROTIDEAS.-

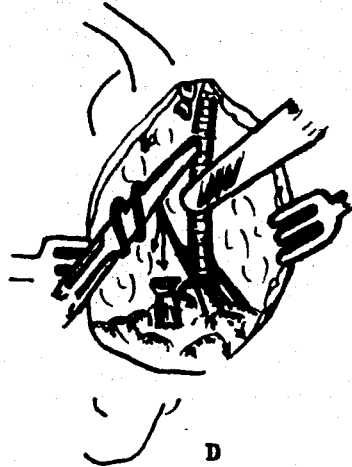
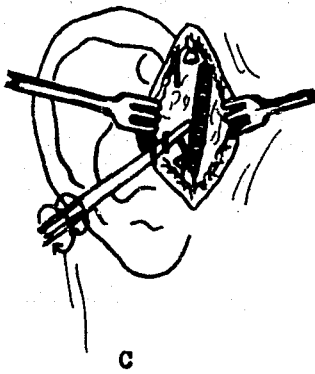
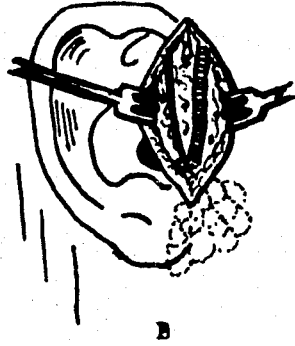
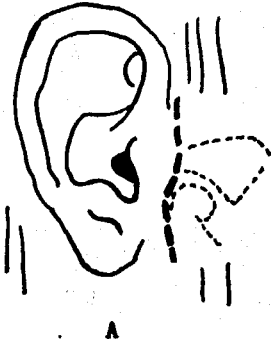
-Las fistulas glandulares , se tratan mediante el arrancamiento del nervio auriculo-temporal, además de la asociación de la radioterapia .

Tecnica .- Descubrir el nervio por delante del tragus , un poco por dentro y por detrás del paquete vasculo-nervioso temporal .Incisión vertical de 3 cm entre la saliente del condilo y el tragus .

Separar por divulsión los labios de la herida ; ligar a las dos extremidades de la incisión la vena temporal superficial e sus ramas .

Con la sonda acanalada e con la espátula de Segura individualizar la arteria temporal superficial ; separar hacia adelante .

Un poco por detrás buscar el nervio auriculo-temporal



que sube , algo más profundamente situado , hacia la regi_{ón} temporal ; liberarlo y seccionarlo en su parte superior.
 -Asirlo con una pinza de Kekher , alrededor de la cual se enrolla poco a poco , ejerciendo a medida que se indica una serie de tracciones para arrancar todos los filetes glandulares ; proseguir el enrollamiento del nervio , que termina por romperse en el punto de emergencia en la zona detras del cuello del condilo.-Hemostasia -Suturas finas.

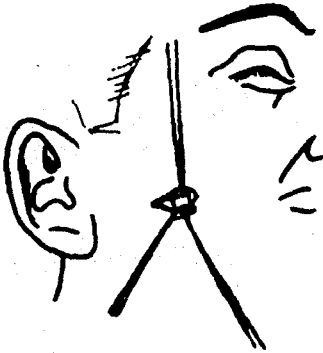
CAPITULO X I V

LIBERACION DEL ORIFICIO Y DEL TRAYECTO FISTULOSO

-Es de observarse que muy a menudo es imposible reconocer el extremo distal del conducto.

-Técnica.- Anestesia local superficial e intrabucal e anestesia general.

Circunscribir el orificio con un ligero collarete , hacer un ligero desbridamiento de 1 cm per delante y per detras.

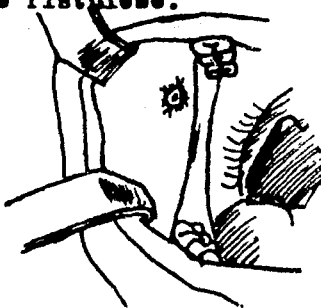


Liberar en un centimetro los bordes de la herida disecar prudentemente - el conducto , en la parte proximal afectada al collarite ; si no se encuentra como es habitual a la parte distal , soldarlo .

Celecar al rededor del collarite del orificio

fistuloso cuatro crines finas (e nylon) para amarrarle.

Tunelizar la mejilla con una pinza fina despues de haber hecho una via de acceso mucosa intrabucal a la altura del trayecto fistuloso.



Asir los cuatro hiles - con la pinza , atraerlos con suavidad en la cavidad bucal , donde el collarite se sutura a los bordes de la herida de la mucosa hecha para in

introducir la pinza , suturar cuidadosamente el plano cutáneo y recubrirlo de barniz quirúrgico.

CAPITULO X V

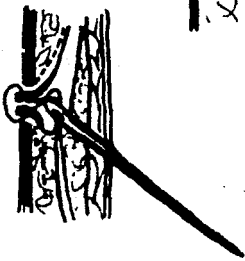
INVAGINACION DEL COLLARETE Y DRENAJE POR HILO INTRABUCAL

- En muchos casos , el conducto , con la parte mesial liberada y clivada , no es bastante largo para permitir la manobra precedente, por lo que se tiene que seguir la siguiente técnica .

-Tallar el collarate al rededor del orificio fistuloso y



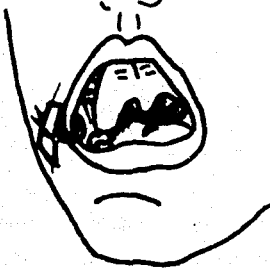
hacer dos desbridamientos laterales como se ha descrito; Liberar los bordes de la herida ;Pasar un asa de --hilo de crin del no. 20 sobre el collarate indicado , de afuera hacia --adentro a fin de que pueda ser introducido en su luz , montado sobre una aguja recta de Hagedorn de 4 a 5 cm de longitud e una aguja fina de Re--verdin recta .



-Atravezar por transfixión la meji--lla para conducir los hilos a la ca--vidad bucal y hacerlos salir al ni--vel de la comisura y fijarlos a la --piel de la mejilla mediante una ban--da de esparadrapo o una geta de bar

niz . El orificio fistuloso y su collarate han sido , así vueltos en dedo de guante ; El plano superficial , que ya ha sido liberado a distancia , se sutura con cuidado con

puntos de Denati, recubrir estas suturas con barniz en general les hilos drenan la saliva en la cavidad bucal, y si

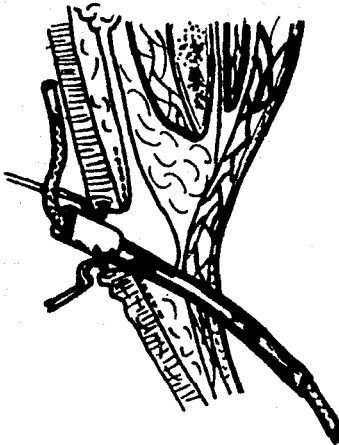


se dejan bastante tiempo - permiten la epidermisación del trayecto debiéndose retirar en un tiempo prudente.

CAPITULO X V I

DRENAGE DEL CONDUCTO DE STENON EN LA CAVIDAD BUCAL POR CATETER

-Técnica .- Circunscribir el orificio y escidirle , debri dar per delante y per detras de el , y clivar los dos ber des de la herida . Denudar la parte proximal del conducto. Atravezar con transfixión la mejilla , de afuera hacia --



adentro con un trocar bag tante grueso (15 / 10) pa ra aceptar en su luz un - tube fine de polietilene perforado(dren de Penrose) de muchos orificios en -- uno de sus extremos .

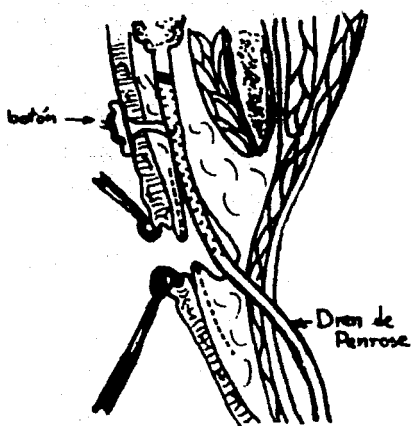
El tube de polietilene -- perforado se introduce en el trocar de afuera hacia adentro (figura) y se man

tiene en la cavidad bucal , procediendo a retirar el trocar . La extremidad perforada del tube que flota en la me

jilla se introduce en la parte distal del conducto de --
Stenon , lo mas alto que se pueda .

-Cerrar lo mejor posible la abertura del conducto sobre --
el tubo de polietileno .

Sutura cuidadosa del plano superficial (puntos simples y
de Denati) ; cubrirlo con barniz . La extremidad libre del
tubo que flota en la cavidad bucal , se fija per un punto
a su salida a nivel de la mucosa ; el extremo libre se fi
ja sobre la mejilla , per fuera mediante una sutura o ban
da de esparadrape . Ejcuter ejercicios bucales con mucha
prudencia y prepercionar antibieterapia , son los cuida--
dos pestoperateries .



Cuando la parte distal --
del conducto de Stenon es
muy corta , el tubo tiene
tendencia a deslizarse ,
per lo que debe ser fijado
Preparar el orificio de la
fistula y liberar los te-
gumentos vecines como en
caso anterior y desnudar --
la parte distal del con--
ducto de Stenon , fijar --

per un asa de hilo la extremidad perforada del tubo de pe
lietileno ; Conducir con una aguja el asa de hilo despues
del tubo , lo mas alto posible en la luz del conducto de
Stenon . Atravezar per transfixión la mejilla , de aden--
tro hacia afuera , para conducir el hilo a la salida de --

la fistula donde un redete lo fijará . Perforar la mejilla de adentro hacia afuera a la altura de la fistula, -- con un trocar que venga al encuentro de la extremidad libre del tubo en el trocar , que se retira inmediatamente dejando el tubo que el ha conducido a la cavidad bucal -- amarrar el hilo transyugal sobre el redete previsto.

Cerrar la abertura en varios planos según la técnica habitual . El tubo libre en la cavidad bucal se fija sobre la cara externa del carrillo como en el caso anterior .

Dos veces por día , aspirar e instilar algunas gotas de antibióticos.

Se deja el tubo en su sitio el mayor tiempo posible que generalmente es de 15 a 30 días .

CAPITULO X V I I

SIALOLITIASIS

- La sialolitiasis , significa la existencia de una piedra (sialolite o cálculo) en una glándula salival ; las teorías intentan explicar la predilección de la sialolitiasis per la glándula Submaxilar se basan en factores tales como ; La viscosidad de la secreción (la cantidad de mucina secretada por la glándula Submaxilar es mayor que la Parétida) y la tortuosidad de su conducto excretor . La posición en pendiente de la glándula puede favorecer también la estasis de las secreciones . Las teorías que intentan explicar el motivo de la formación de cálculos se basan en la formación de nidos de celulas epiteliales descanadas e de bacterias que sirven como una matriz alrededor de la cual se depositan las sustancias cálcicas en láminas más o menos concéntricas . Generalmente los cálculos , están compuestos de sales inorgánicas que resultan ser radiopacos , por tanto nuestros exámenes de valoración los vamos a realizar basandonos en radiografías . Ya que en la inspección manual en caso de que no se encuentren bien calcificados , pasaran inadvertidos , ya que se detectarían blandos y elásticos . Y se utilizarán diferentes tipos de placas , según el area que sea necesario observar .

Síndrome .- Tumefacción recurrente unilateral despues de comidas , y sobre todo al ingerir jugos de frutas la tumefacción puede ser recurrente e desaparecer en cierto tiempo . La tumefacción que se presenta tanto en la Parétida como en la Súbmaxilar , es blanda ; a veces acompañada de una infección que puede ser de origen retrograde o que

algunos autores refieren de origen sanguíneo.

-Por orden de frecuencia los sialolitos se encuentran en el ostium , porción del ductus detras del músculo Milohioides . Cuando se encuentra cerca del orificio , el cálculo se puede palpar , y el ostium se encuentra enrojecido y edematizado . En areas profundas la obstrucción se percibe dura .

Sialolitiasis de la Parótida.- Tumefacción difusa y blanda en la zona parotídea se extiende por todos los compartimientos de su cápsula . Normalmente asciende hasta la inserción cigomática que consta de una capa interior y otra exterior , posteriormente hasta el punto de unión del esternocleidomastoideo por debajo del lóbulo de la oreja y en la parte inferior por debajo de la unión de la fascia submaxilar e por encima de la fascia cervical y su unión con las capas mas externas y profundas de la Parótida; -- por delante se une con los músculos bucinador y masetero. En la glándula Parótida las tumefacciones agudas practicamente empiezan siempre en la porción posterior de la glándula bajo el oido y se extienden a partir de aqui hacia el proceso mastoideo . Puede ser percibido sobre la cara bucal de la mejilla , a poca distancia del orificio del conducto , con el dedo de un ayudante apoyado en la parte exterior para hacerle sobresalir . Debe ser eliminado.

Sialolitiasis del conducto submaxilar(Wharten)

- De tamaño variable, el calculo hace protuberancia en el piso bucal , a poca distancia del ostium , donde percibe y palpa en la vecindad de la prolongación anterior de la glándula. Se efectua un control radiológico.

Sialolitiasis de la glándula Submaxilar.-

- Se pone en evidencia mediante radiografías , si es necesario , hacer sialograffa . Si se palpa en el piso pareciendo superficial , bajo la mucosa , ensayar la "talla" intrabucal de la glándula ; En caso de dificultad, no insistir .

Se debe de practicar la extirpación de la glándula , sobre todo si a habido muchos accidentes inflamatorios o dolerosos .

Sialolitotomia intrabucal del conducto Submaxilar .-

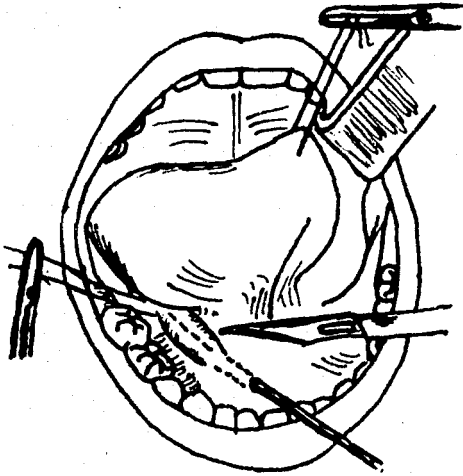
- Esta intervención se efectua mejor con el paciente bajo anestesia local y en posición sentada .

El cálculo se localiza primero adecuadamente por medio de radiografías y palpación . Si , es posible , y si el cálculo es pequeño y liso , se pasa una sutura a travez del piso de la boca por debajo del conducto y detrás del cálculo , y se liga para evitar que el cálculo se deslice hacia atrás . Se coloca una pinza de campo a travez de la punta y si es necesario también en un lado de la lengua para obtener control de esta; en caso de no ser suficiente , se coloca un punto de sutura en ella para mantenerla tensa ;en personas delgadas y cooperaderas , la lengua puede sostenerse con un pedazo de gasa .

Se palpa la glándula extrabucalmente y se empuja hacia arriba , hacia el piso de la boca , para poner los tejidos intrabucales en tensión y hacer mas facil la palpación del cálculo.

Cuando se hace la incisión , deben de tenerse en cuenta -

dos estructuras : el nervio Lingual , y la glándula Sublingual . En la parte posterior , el nervio Lingual se -- encuentra por encima y afuera del conducte , lo cruza en el extremo posterior del reborde Milioides , y pasa hacia adentro . Por lo tanto si el cálculo es poste



rior , la incisión es poco profunda y se emplea disección roma , inmediatamente para evitar lesionar al nervio lingual. Si el cálculo es mas anterior , la incisión debe hacerse hacia la línea mediana con respecto a la plica sublingual, de lo contra-

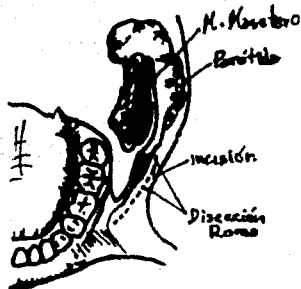
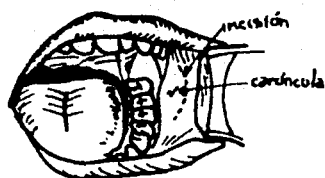
rio el operador encontrará la glándula Sublingual entre su instrumento y el cálculo , y una porción de la glándula será seccionada . Por lo tanto la incisión para un cálculo anterior , se hace por encima del cálculo y por dentro del pliegue Sublingual . Tan pronto como el operador atravieza la mucosa , se emplea disección roma . Tanto la incisión como la abertura obtenida separando los tejidos -- deben ser suficientemente grandes para permitir el paso -- del dedo examinador , pues suele ser necesaria la reorientación . La disección roma continúa por los tejidos laxos hasta encontrar el conducto : Si se encuentra el nervio -- Lingual en la incisión , debe de separarse con cuidado --

pero nunca cortarse . La hemorragia es raras veces importante , pero en caso necesario , debe de detenerse con ligaduras antes de continuar la operación . El conducto se identifica mejor a nivel del sitio en que el cálculo se ha alojado . Si se presenta dificultad en este paso . puede pasarse una sonda dentro del conducto para ayudar a localizarlo ; cuando se ha localizado el conducto , se hace un corte longitudinal directamente por encima del cálculo (ver figura anterior) .El conducto no debe cortarse transversalmente , ya que la retracción puede completar su división , dando por resultado una fístula.La apertura debe de poner de manifiesto el cálculo y ser lo suficientemente larga para permitir sacarlo. El cálculo generalmente puede ser extirpado con una pinza pequeña , pero los cálculos grandes estrellados quizá tengan que ser fragmentados con una pinza . Después de sacar el cálculo , puede pasarse una pequeña cánula aspiradora hacia la glándula para retirar pus , tapones de moco o cálculos satélites que pueda haber . Se pasa después una sonda desde el orificio del conducto hasta la abertura quirúrgica para asegurar la continuidad de la porción anterior del conducto. No se hace nada por cerrar el conducto propiamente dicho Los bordes de la herida se suturan a nivel de la mucosa solamente y la recanalización no amerita otra intervención.

Sialolitotomía intrabucal del conducto parotídeo .-

-El acceso a las calcificaciones del conducto parotídeo puede ser mas difícil que la glándula Submaxilar , la ra-

zón de esto es la peculiaridad anatómica del conducto parotídeo. Después de seguir un curso superficial y corte desde su apertura, el conducto parotídeo se dobla hacia afuera y rodea el borde anterior del músculo Masetere, -siguiendo después hacia atrás para unirse a la glándula. Per lo tanto la extracción directa de los cálculos de este



este conducto, solo es posible cuando están colocados por delante del borde anterior del músculo Masetere. Como la mayoría de los cálculos del conducto parotídeo se alojan en un punto posterior a éste, la incisión directa, raramente es eficaz. Abrir el conducto para seguirlo hacia atrás suele lesionarlo, lo mismo que a la ca

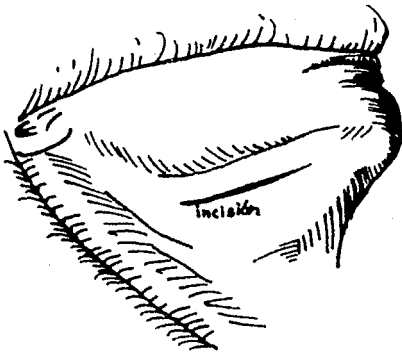
arúncula, provocando estrecheces que causan nueva estasis y formación de cálculos. El procedimiento recomendado por tanto, consiste en hacer una incisión semilunar de arriba a abajo por delante de la carúncula. La carúncula, el colgajo de mucosa y el conducto, se separan hacia la línea media, el carrillo se empuja hacia afuera y se obtiene un acceso libre a los segmentos más posteriores del conducto siguiéndolo simplemente por dissección roma. Este procedimiento, permite también, que el conducto pueda -

llevarse hacia adelante de manera que el cálculo salga - por la herida . Cuando el cálculo se hace accesible , se practica una incisión longitudinal en la parte externa - del conducto y se saca . El conducto no necesita ser suturado , ya que el simple cierre del colgajo de mucosa - con suturas profundas de colchenero permite la recanalización .

CAPITULO X V I I I

EXTIRPACION DE LA GLANDULA SUBMAXILAR

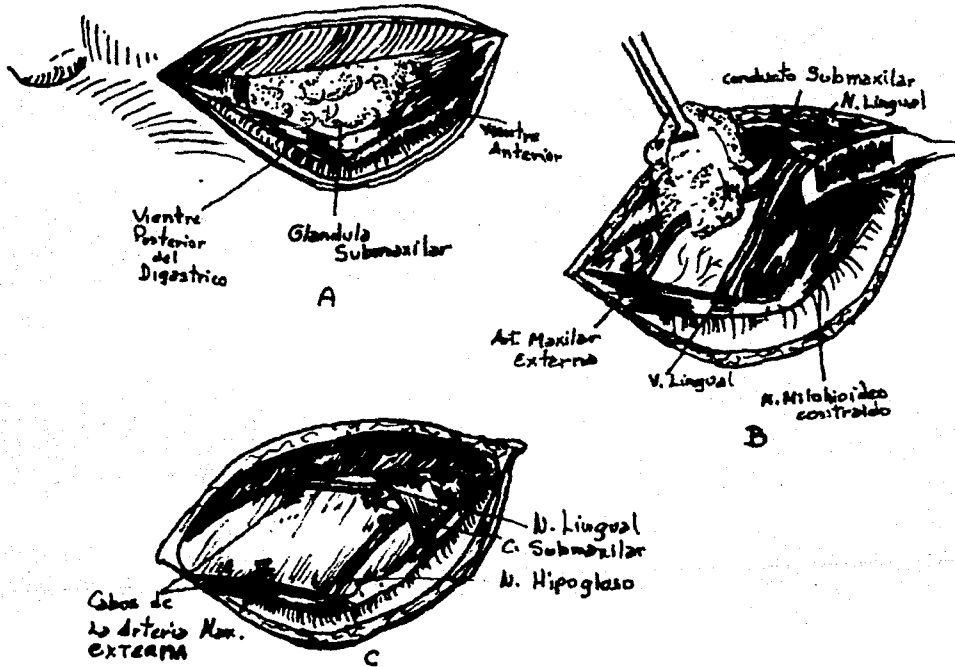
- Se efectua , en casos de : Tumores Mixtos , Cálculos - multiples acompañados de inflamación crónica amplia , tam bien se suprime la glándula en el curso de disecciones -- radicales de cuello por cáncer metastasice en continuidad con tejidos vecinos .



-Para la extirpación simple , la incisión se efectua a 4 cm por debajo del cuerpo del maxilar paralelamente al mismo ; se extiende desde el angulo -- máxilar hacia adelante , - hasta detras del mentón. Atravieza piel y músculo

cutaneo . Se desecan los colgajos cutáneos en un plane - entre la superficie inferior del músculo cutaneo y la aponeurosis cervical que cubre la glándula . El colgajo superior no debe desecarse más allá del cuerpo del maxilar.- Deben identificarse y protegerse las ramas del nervio Fa-

cial . Se identifican claramente los vientres anterior y posterior del músculo Digástrico , y se expone toda la superficie de la glándula .



Empezando en su borde anterior se eleva la glándula submaxilar separandola del músculo Milohioideo . Se separa hacia adelante el borde libre de este músculo exponiendo las venas Linguales y el nervio Hipogloso , que se hallan contra el músculo Hiegloso . Per disección obtusa se libera la superficie profunda de la glándula y se identifica el conducto de Wharton y el nervio Lingual situado por dentro . El conducto se liga , y corta, y la glándula se libera hacia atrás , hasta su borde posterior . Se corta la arteria Maxilar Externa a nivel del borde posterior de

la glándula , y nuevamente a nivel del borde del maxilar. Ahora puede extirparse per completo la glándula Submaxilar. Se observan los extremos cortados de la arteria Maxilar - interna y del conducto Submaxilar . Se han respetados los nervios hipogloso y Lingual ; Se cierra la herida aproximando el músculo cutáneo con puntos fines de algodón e -- catgut y cerrando la piel despues de colocar un pequeño drenaje de Penrose en el lecho de la submaxila.

CAPITULO XIX

PAROTIDECTOMIA

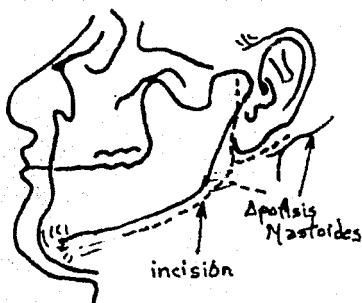
- Debido a todo lo anteriormente expuesto sobre la Paró-- tida y los riesgos de la intervención , únicamente esta -- justificada la parotidectomía cuando se trate de tumefac-- ciones de repetición con infección , dolor y fibrosis re-- sidual.

En general la extirpación de la glándula Parótida no se -- considera dentro del campo del cirujano bucal , pero debi -- do al adiestramiento especial o por circunstancias locales el cirujano bucal puede incluir esta operación en su reper -- terio . En todo caso debe de tener conocimiento de sus pro -- blemas para poder tomar decisiones terapéuticas .

A causa del peligro de lesión permanente del nervio Facial esta operación generalmente no se efectúa sin respetar lo anteriormente dicho . La mayoria de los cirujanos hacen -- todos los esfuerzos per conservar el nervio Facial con -- una disección cuidadosa o bien per extirpación parcial -- de la glándula . Sin embargo , tratandose de una lesión -- maligna , no existe tal compromiso y cuando se trata qui--

rurgicamente debe extirparse sin hacer caso de la posible deformidad resultante.

- La incisión va de la inserción superior de la oreja hacia abajo , se dobla hacia adelante en el angulo de la mandíbula y termina en el hueso Hieides ; una segunda incisión puede hacerse por detrás de la oreja , y se une a la primera en su margen inferior (sig. fig.) la oreja se se-



para del campo operatorio y el colgajo de piel se desprende en el lado del carillo.

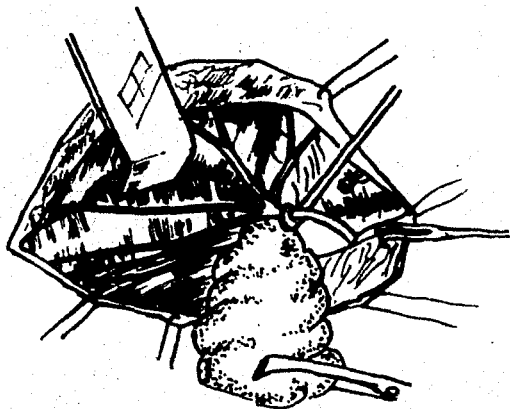
- El Facial puede ser localizada por uno de los métodos siguientes.

Encontrando la porción periférica al salir del borde anterior de la glándula

para disecarlo hacia atrás .

Disecarlo directamente hacia adentro en la parte posterior de la glándula identificando el tronco principal entre su entrada a la glándula y el agujero estilomastoideo; un estimulador eléctrico es de gran ayuda para esta maniobra. Después de identificado el nervio se siguen sus troncos y el lobulo superficial se libera de sus inserciones . Se liga el conducto y se corta . Algunas de las conexiones -- mas pequeñas entre los troncos principales pueden ser lesionadas , lo que ocasiona un trastorno facial postopera

torie . Sin embargo , la conservación de las ramas principales del nervio asegura la recuperación final de toda su función --.



Después de liberado el -- lóbulo superficial de la glándula y de que se han identificado las ramas -- principales del facial, se puede intervenir el lóbulo profundo .

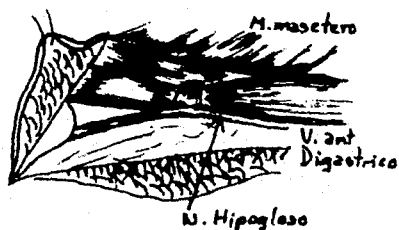
Este lóbulo se envuelve -- alrededor del borde posterior de la mandíbula ; la disección de este espacio

reducido se facilita con la retracción posterosuperior de la oreja . Debe tenerse cuidado de proteger la arteria Carótida externa y la vena facial posterior durante esta maniobra . Puede ser prudente ligar estos vasos , pues uno de ellos o ambos pueden estar contenidos en el parenquima glandular en parte de su trayecto y la hemorragia de la -- arteria Maxilar interna , rama de la Carótida externa , -- puede ser muy difícil de detener .

--La capsula de la Carótida es muy resistente a lo largo -- de su inserción posterior , especialmente en el lugar en que la glándula se encuentra con el músculo Esternocleidomastoideo y el agujero Auricular . Debe tenerse cuidado -- de separar del ángulo de corte al conducto auditivo externo durante la separación de la glándula.

La mayor parte del espacio muerto puede cerrarse suturando cuidadosamente después de quitar la glándula . Puede estar indicado el drenaje de la herida , especialmente si se extirpa una porción de la glándula y se espera que haya acumulación de saliva .

Cuando anatemopatologicamente se demuestra que en la glándula hay un tumor maligno , aparte de la parotidectomía radical , se llevara a cabo la disección de la fosa yugular .

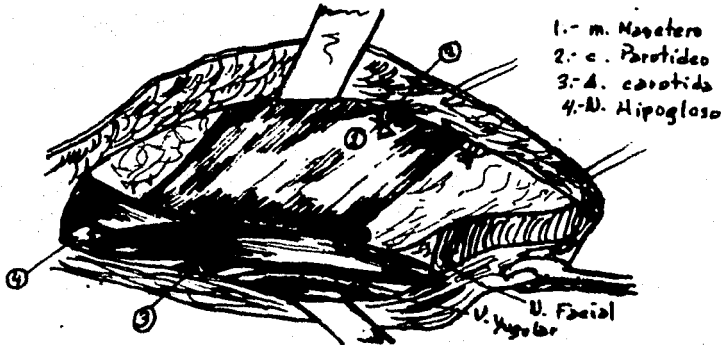


La disección es similar a la de la parotidectomía simple , con la porción cervical extendiéndose -- más atras en el cuello, --

Se identifican el vientro posterior del Digastrico , los nervios Hipegloso y Espinal , la vena Yugular interna y la Carotida externa . Esta ultima arteria se liga y corta a nivel del angulo maxilar .

Parotidectomía Radical.--

- La disección de la Parótida comienza en el borde posterior de la glándula Submaxilar y continúa hacia atras y arriba . Se extirpa la glándula junto con los ganglios -- linfaticos y el tejido areolar de la vena yugular interna y de los músculos digástricos y esternocleidomastoideos ; la disección de la fosa yugular se extiende hasta la base del craneo . La glándula Parótida se libera de la -- apofisis Mastoides y se identifica y secciona el tronco --



del Facial cuando sale del agujero estilomastoideo . La -
perción profunda , que se extiende por detras de la rama
del maxilar , se extirpa junto con el resto de tejido pa-
rotideo . Si el tumor se extiende mucho en la perción pro-
funda , resulta necesario extirpar parcial o totalmente -
la rama del maxilar .

-Al terminar la operación , se ha limpiado todo el lecho
de la Parótida , con exposición del músculo masetero , an-
gulo del maxilar y fosa yugular . Se aproximan los celga-
jos cutáneos y se inserta un pequeño dren de Penrose en -
el angulo inferior de la herida



Deben unirse los parpados al sacrificar el nervio Facial
para evitar la ulceración normal de la cornea . Se denu-
dan mediante pinzas y bisturi finos , zonas opuestas de
los bordes palpebrales cerca de las comisuras interna y

externa . Se extirpa un segmento rectangular de tejido de 2 X 4 mm , incluyendo el borde palpebral y las pestañas .

Se colocan luego puntos dobles de seda fina para unir las zonas denudadas ; salen a trevez de la piel de cada parpado y se ligan por fuera sobre tubitos de caucho.

CONCLUSIONES

En base a observaciones y tomando en cuenta lo descrito en este esbozo de Cirugía ; concluyo:

En México apenas se esta comenzando el trabajo en este campo y esto se demuestra con la creación de instituciones hospitalarias especializadas en este campo , por lo que nos debe de inducir a un mayor esfuerzo en nuestra capacitación , para poder estar al tanto y desempeñarnos dentro de nuestra practica medica de la mejor manera posible.

- En vista de que nuestra sociedad presenta un gran atraso en el conocimiento de los alcances actuales de la medicina , pienso; Se les debería de hacer partícipes de ellos , llevandoles a sus lugares de habitat campañas de información y concientización.

- Y como esta visto que la terapeutica quirúrgica es el último recurso viable , para la solución de estas afecciones ; se debe de tomar muy en cuenta la especialización de las personas que toman parte en la función de ella.

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

Dr ROBERT A. WISE- Dr. HARVEY W. BAKER

Cirugia de Cabeza y Cuello

3a. Ed. Editorial Interamericana

Dr. GUSTAV O. KRUGER

Cirugia Bucal

4a. Ed. Editorial Interamericana

GURALNICK WALTER C.

Tratado de Cirugia Oral

Editorial Salvat S.A.

GINESTET GUSTAVE - MARCEL PLAPER SOLLIER

Cirugia Estomatologica y Maxilo-Facial

Editorial Mundi S.A. C.I.P.

RIES CENTENO GUILLERMO A.

Cirugia Bucal

Editorial el Ateneo 7a. Ed.

ARTHUR C. GUYTON

Fisiologia Humana

Editorial Interamericana 3a. Ed.