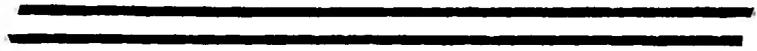


2ej 868

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



FISIOPATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

María del Rosario Torres Loperena

1 9 8 2



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PROLOGO :

La boca es una región del organismo humano en donde se cumplen importantes funciones, tanto para el desarrollo de todos los tejidos y órganos del cuerpo, como para la vida de la relación.

Es un hecho lamentable pero comprobado constantemente, el de que muy pocas personas prestan la atención necesaria a la salud bucal.

Una enorme proporción de problemas de la cavidad oral se debe en cierto grado a descuido o negligencia, así como a la falta de información adecuada en la materia de la educación para la salud en general, del cuidado de las estructuras bucodentales en particular. La gente no valora adecuadamente la importancia de su salud oral y permite que las enfermedades bucodentales avancen sin tratar de corregirlas, cuando aún se encuentran en etapas iniciales y resulta más sencilla y menos costosa su atención.

Por lo general solo nos preocupamos cuando hay molestias y el problema se ha extendido afectando estructuras vecinas.

Preocupada por los datos que las estadísticas nos proporcionan, mi propósito se halla encaminado a despertar interés por el tema; para que se tome conciencia sobre la importancia que es la detección de neoplasias en la cavidad oral.

La mayoría de las veces, de nosotros depende que este tipo de patología sea tratado a tiempo; siendo de gran importancia la historia clínica basada no únicamente en caries.

Deseo que esta pequeña obra sea una ayuda para el estudiante de odontología en particular. Haciendo incapié en las alteraciones patológicas más comunes en glándulas salivales.

Espero que esto sirva de incentivo para la compenetración del tema en sí dándole la importancia que se merece.

INTRODUCCION :

En la época en que vivimos contamos con una gran cantidad de conocimientos por lo que creo que cualquier tema seleccionado, es buen punto de partida de lo que pudiera ser un buen tema de investigación; lo que redundará en un mayor conocimiento de algunos de los problemas odontológicos más frecuentes.

Para las personas que inician en serio, por vez primera un trabajo de investigación, es ardua tarea el obtener bibliografía, compaginar cada resumen de los textos elegidos; analizando, integrando, sintetizando el material obtenido; y sobre todo después de realizar esto, contar con el apoyo de una persona calificada que nos apoye y corrija.

En el desarrollo de este tema he encontrado puntos de interés, los cuales había pasado por alto y hoy se que son importantes. No he adentrado mucho en este tema, que es realmente extenso, pero los puntos que he tocado en él son básicos. Embriología: como fué su formación, como se originaron.

Anatomía: con ella sabremos su localización y lo que hay cerca de estas mismas.

Fisiología: entenderemos mejor su funcionamiento normal.

Patología: explicaremos el porqué de las lesiones en estas glándulas y el origen de las mismas.

Una breve introducción a un diagnóstico y tratamiento, ¡interesante! .-

T E M A :

FISIOPATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVALES

AGRADECIMIENTOS

PROLOGO

INTRODUCCION

I.-	EMBRIOLOGIA E HISTOLOGIA.....	1
II.-	ANATOMIA.....	6
III.-	FISIOLOGIA.....	14
IV.-	TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS. CUADROS CLINICOS.....	18
V.-	DIAGNOSTICO.....	25
VI.-	PRONOSTICO.....	36
VII.-	TRATAMIENTO.....	38
VIII.-	CONCLUSIONES.....	44
IX.-	INDICE BIBLIOGRAFICO.....	45

EMBRIOLOGIA :

Las glándulas salivales se originan como evaginaciones sólidas del epitelio. El desarrollo embriológico de estas es igual al principio. La glándula Parótida es de origen ectodérmico y surge del epitelio bucal anterior a la membrana bucofaríngea. Las glándulas Submaxilar y Sublingual, surgen del surco entre la lengua y el arco mandibular, aproximadamente en el sitio del paladar bucal primitivo que separa el ectodermo del endodermo.

Las glándulas salivales menores son de origen tanto ectodérmico como endodérmico.

Las glándulas Parótidas comienzan su formación aproximadamente durante la sexta semana del desarrollo embriológico, terminando su formación al final del sexto mes. El conducto de esta glándula (conducto de Stenon) durante la vida fetal tiene su abertura cerca del ángulo entre la epífisis maxilar y mandibular; posteriormente se mueve por crecimiento diferencial, quedando frente al segundo molar superior permanente.

Las glándulas submaxilares comienzan a formarse aproximadamente al final de la sexta semana fetal; la diferenciación comienza en el surco lingual al realizarse la canalización de la cuerda epitelial y los orificios del conducto se localizan, en la línea media bajo la lengua; a nivel de las carúnculas sublinguales.

Las glándulas sublinguales comienzan su desarrollo a mediados de la octava semana intrauterina. Estas surgen como una serie de yemas que se invaginan en el surco lingual, atrás del sitio que ocupan las yemas submaxilares.

La mayor parte de las glándulas salivales menores inician su desarrollo durante la décima semana, antes de la formación del vestíbulo. Las glándulas labiales y vestibulares surgen de la placa vestibular, la canalización se realiza hasta el cuarto mes fetal. Las glándulas menores restantes surgen durante el tercer mes; a excepción de las retromalares que comienzan a formarse a nivel del quinto mes fetal.

HISTOLOGIA :

Las glándulas del organismo humano se dividen para su estudio en tres grupos :

Exocrinas, Endocrinas y Mixtas .

Las glándulas Exocrinas vierten sus productos de secreción hacia unos tubulos llamados conductos excretores, que a su vez conducen la secreción hacia diferentes cavidades del organismo o directamente hacia el exterior. Contrario a esto, las glándulas Endocrinas se caracterizan por carecer de conductos excretores y por secretar hormonas directamente hacia el torrente circulatorio, al través de los vasos sanguíneos -- capilares.

De acuerdo a las unidades secretoras, y al hecho de que el conducto secretor esté o no ramificado, las glándulas salivales se dividen en :

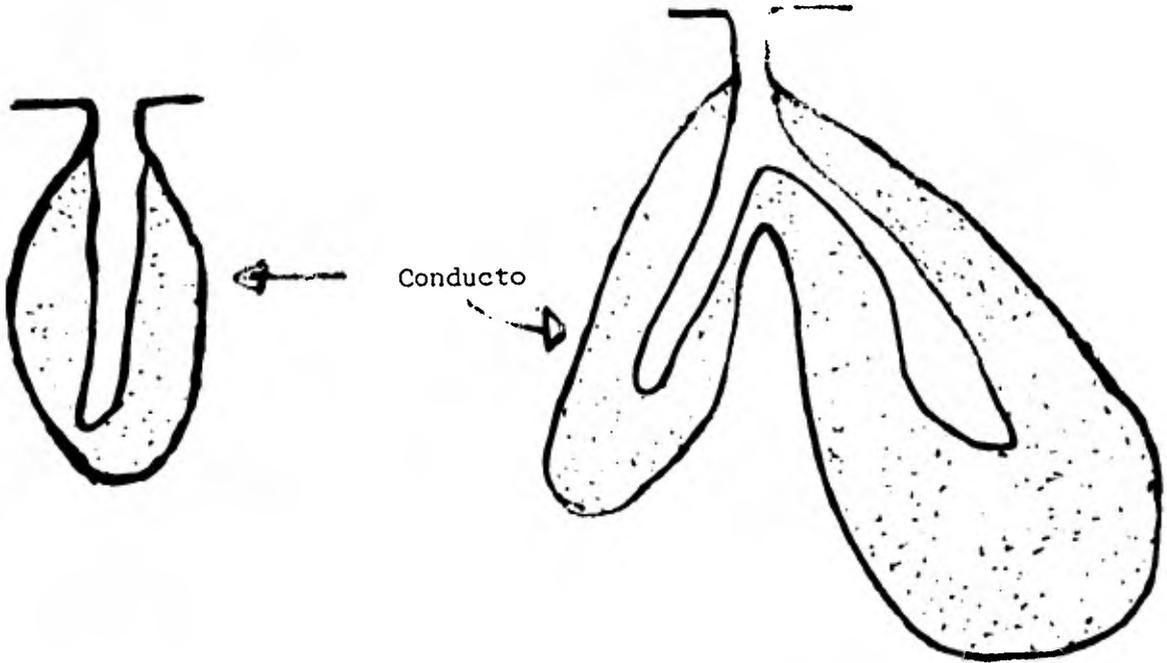
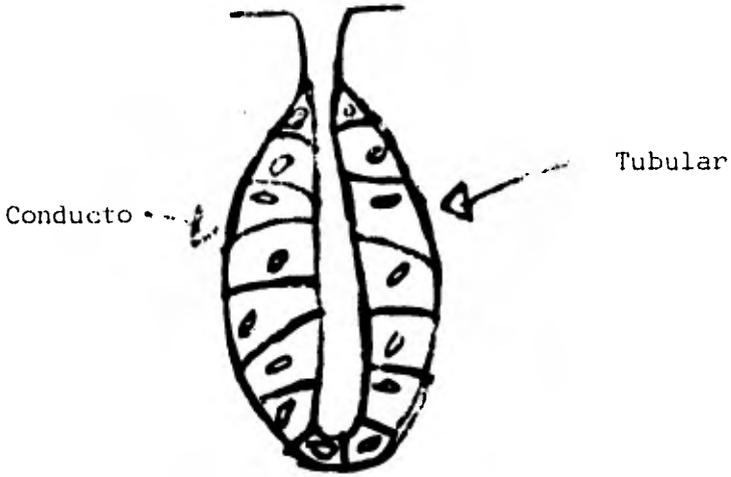
I.- SIMPLES :

- a) Tubulares
- b) Alveolares

II.- COMPUESTAS :

- a) Tubulares (glándulas mucosas de la cavidad oral)
- b) Alveolares (Parótida)
- c) Tubulo-alveolares (glándula sublingual mayor)

Se denominan simples cuando su conducto no se encuentra ramificado; cuando este conducto se ramifica se les denomina compuestas. El conducto -- principal de estas glándulas, se divide en conductos cada vez más delgados y numerosos para las muchas unidades que forman una glándula compuesta de gran volúmen.



DIFERENCIA ENTRE GLANDULA SIMPLE Y COMPUESTA .

La mayor parte de las glándulas salivales que liberan su secreción en la cavidad oral son pequeñas; por lo tanto el término "Glandula Salival" suele utilizarse para indicar las tres mayores: (submaxilar, sublingual y Parótida).

Parótida :

Localizada entre la apófisis mastoides y la rama ascendente del maxilar inferior; se halla encerrada en una cápsula bien definida de tejido conectivo fibroso; se trata de una glándula tubulo-alveolar compuesta, de tipo seroso. Esta se distingue por la presencia de varios conductos -- intralobulares muy manifiestos.

Esta glándula elabora una saliva acuosa que favorece la humefacción y limpieza constante de la cavidad oral. Contiene además de proteínas y sales minerales, una enzima de ptialina, que actúa químicamente hidrolizando hidratos de carbono de moléculas complejas en otras más simples

La saliva secretada por la parótida es conducida hacia la cavidad oral a través del conducto de Stenon, el que después de pasar dentro de los haces musculares del buccionador, se abren en la mucosa bucal, a nivel del segundo molar superior.

Glándulas submaxilares: Situadas contra la cara externa del cuerpo del maxilar inferior; se trata de glándulas alveolares o tubuloalveolares - compuestas. Aunque de tipo mixto la mayor parte de sus unidades secretorias son de variedad serosa. Posee cápsula definida, así como sistemas de conductos bien manifiestos.

El contenido drena hacia el conducto de Wharton, caracterizado por ser de menor diámetro que el de Stenon y por abrirse en el piso de la boca por medio de un pequeño orificio situado en la carúncula sublingual del frenillo de la lengua.

La secreción de la submaxilar contiene mucina, y es por lo tanto la saliva excretada más viscosa que la secretada por la Parótida.

Sublinguales: Situadas por debajo de la mucosa del suelo de la boca. - Parcialmente encapsuladas, se halla clasificada como tubulo-alveolar -- compuesta de tipo mixto; la mayor parte de sus alveolos son de tipo mucoso.

La saliva que secreta esta glándula es drenada hacia el conducto de ---

Bartholini, que en la mayoría de los casos se abre con el conducto de -
Wharton en el piso de la boca.

ANATOMIA :

En la cavidad oral , encontramos numerosas glándulas de secreción externa; las cuales tienen localización: labial, palatina, bucal y lingual. Cuya función es mantener constantemente húmeda la mucosa, por virtud de una secreción mucinosa parecida a la jalea diluida por un líquido seroso y acuoso.

Las glándulas tienen principalmente carácter mucoso; así tenemos que las palatinas y linguales posteriores son completamente mucosas. El volumen de saliva aumenta por la secreción que vierten tres pares de glándulas salivales principales: parótidas, submaxilares y sublinguales. Estas glándulas son muy voluminosas, por lo que se encuentran localizadas en los tejidos adyacentes a la boca.

La parótida es una glándula serosa alveolar, la glándula submaxilar es mixta; y las sublinguales son glándulas principalmente mucosas.

Glándulas Parótidas :

Son las glándulas salivales más voluminosas, amarillas, lobulares y semejantes a una cuña.

Se describen anatómicamente en esta glándula tres caras, que son: la cara externa, posterointerna y anterointerna.

Cara externa :

De forma aproximadamente ^vtriangular se superpone al esternocleidomastoideo hacia atrás, se extiende hacia adelante y debajo del arco cigomático, se adelgaza sobre la porción posterior del masetero y se aguza sobre el extremo inferior, aproximadamente en el ángulo del digástrico, y está separada de la submaxilar engrosamiento de la fascia cervical que envuelve a la glándula. El conducto parotídeo de Stenon nace de la parte anteroposterior de la glándula y se dirige hacia delante cruzando al masetero; entre el conducto y el arco cigomático se localiza la porción más anterior de la glándula, que en ocasiones se halla separada; ésta recibe el nombre de parótida accesoria. La cara superfi---

cial, subcutánea pero no palpable, está firmemente fijada por la hoja de revestimiento de la fascie cervical al arco cigomático hacia arriba, al esternocleidomastoideo hacia atrás y al maxilar y al masetero hacia delante.

Cara posterointerna :

Se localiza sobre el esternocleidomastoideo, la apófisis mastoides, - el conducto auditivo externo, el vientre posterior del digástrico y - la apófisis estiloides y músculos que se insertan en ella; en un plano más profundo, guarda relación con la yugular interna, la carótida interna y los cuatro últimos pares craneales.

Cara anterointerna :

Se localiza sobre el masetero, el borde posterior de la rama del maxilar inferior abarcando la articulación temporomaxilar, así como el pterigoideo interno. Una pequeña prolongación de la glándula se introduce entre el maxilar inferior y el ligamento esfenomaxilar. Estas dos caras de la glándula se unen en el borde interno, prolongándose algunas veces hacia adentro por delante de la apófisis estiloides, en dirección de la faringe.

Si se aprietan los dientes, el conducto parotídeo o de Stenon puede hacerse girar debajo del dedo sobre el masetero contraído.

Se forma en el espesor de la parótida por dos tributarios principales dirigiéndose hacia delante y atravesando el masetero inmediatamente - por debajo del arco cigomático, del que está separado por vasos transversales de la cara; rodea al músculo, atravieza la bola adiposo de -- Bichat y el buccionador para desembocar en el vestíbulo bucal a la altura del segundo molar superior; pudiendo sentir con la lengua una pequeña depresión.

El orificio que es la parte más estrecha solo permite la introducción de una cerda; el conducto de tres milímetros de diámetro, puede ser -- reservorio de saliva. Esto explica la concreción de sólidos que algunas veces forman cálculos que fácilmente experimentan impacción en el orificio. En las operaciones en el conducto de Stenon se diferencia -

este de los vasos transversales por su blancura y de las ramas del nervio facial por su mayor calibre.

Sus vasos sanguíneos proceden de los que atraviezan la glándula.

Glándulas Submaxilares :

Son amarillas, lobulares, del volúmen de una castaña y plegadas sobre sí mismas rodeando el borde posterior del músculo milohioideo, su porción principal se encuentra asentada en el canal que forma el maxilar inferior y el milohioideo, y su prolongación anterior se halla cubierta por el músculo.

La porción principal incluida en el triángulo digástrico, se encuentra adosada lateralmente en la zona ósea lisa de la fosilla submaxilar y el pterigoideo interno y sobresale del maxilar inferior más o menos hacia abajo; la cara interna está en contacto con el músculo, vasos y nervios milohioideos, tendón del digástrico e inserción del estilohioideo, la cara inferior se halla separada de la piel, por la capa del músculo cutáneo del cuello, vena facial y filete cervical del nervio facial. El extremo anterior de la glándula puede alcanzar el vientre posterior del digástrico; su extremo posterior acanalado por la arteria facial, se encuentra separado de la parótida por el ligamento estilomaxilar. La glándula rodea el borde posterior del milohioideo y la prolongación anterior se introduce en el espacio formado por el hiogloso hacia dentro, milohioideo hacia afuera y mucosa bucal hacia arriba, llegando hasta la glándula sublingual.

Sobre el hiogloso, la prolongación anterior está entre el nervio lingual y el ganglio submaxilar que cuelga del mismo situados hacia arriba, y el nervio hiogloso y su vena situados hacia abajo; el conducto de Warthon comienza en la porción principal pasando a través de la prolongación anterior y el hiogloso, se continúa hacia delante con el geniogloso, cruzando una curva del nervio lingual que primero desciende por fuera del conducto y después asciende por dentro del mismo. El conducto cambia de dirección haciéndose medial en la relación con la glándula; asciende a -

la mucosa del piso de la boca y se abre en el tubérculo sublingual al lado del frenillo lingual.

Una capa delgada de la fascie cervical, que se desprende del hioideo, envuelve a la glándula al desdoblarse la hoja externa se inserta en el borde del maxilar inferior, y la interna en la línea oblicua interna -- del maxilar inferior. Por dentro y por fuera de la vaina localizamos -- ganglios linfáticos.

La porción principal o superficial de esta glándula, puede palpase durante la deglución, haciendo presión sobre el milohioideo situado hacia atrás.

También esta glándula puede palpase entre el índice introducido por la boca y el pulgar colocado por fuera del ángulo del maxilar, pues está -- separada solo por mucosa hacia dentro y piel y cutáneo del cuello hacia afuera.

Los vasos de esta glándula son ramas de las arterias facial y lingual -- y sus venas acompañantes.

Glándula Sublingual :

Tiene forma de almendra, mide 3.75 de largo y la podemos localizar inmediatamente debajo de la mucosa de la boca; el extremo anterior queda -- cerca de la porción anterior del frenillo y casi toca a la glándula del lado opuesto; el borde superior se dirige hacia afuera, eleva a la mucosa en el pliegue sublingual. La cara externa se encuentra adosada a la fosita sublingual del maxilar inferior; la cara interna guarda relación con el geniogloso, hiogloso, nervio lingual y conducto de Warthon y el extremo posterior alcanza a la glándula submaxilar y el borde inferior está adosado al milohioideo. Esta glándula no posee un compartimiento propio, sus lóbulos son pequeños y se hallan unidos entre sí de manera laxa por un tejido areolar; presenta 12 o más conductos sublinguales de pequeño calibre que se desprenden del borde superior y se abren en el pliegue sublingual, siendo el de mayor importancia el de Rivinus; sus -- orificios son demasiado pequeños y esto hace que no sea posible observarlos, a no ser que esten secretando saliva, desembocan en pequeñas -- papilas.

Los vasos y nervios provienen de la glándula submaxilar.

Glándulas Salivales Menores :

1.- Glándulas Labiales ;

Se localizan en la superficie interna de los labios, son de tipo mixto. Son variables en cuanto a tamaño y se observan en grupos en la submucosa, la cuál fácilmente puede palparse. No se encuentran encapsuladas y sus conductos intercalados son cortos.

2.- Glándulas Bucales Menores :

Son semejantes en su estructura a las labiales.

Las que se encuentran cerca de la desembocadura del conducto de Stenon, y que vierten su contenido a nivel de la región del tercer molar superior, reciben el nombre de glándulas molares. Es posible observar también glándulas bucales, sobre la superficie externa del músculo buccinador.

3.- Glándulas Glosopalatinas :

Son glándulas mucosas puras. Las localizamos a nivel del istmo de las fauces, y se continúan hacia atrás con las sublinguales menores.

Asciende con la subsucosa del repliegue glosopalatino. Pueden llegar a ocupar únicamente el pilar anterior del velo del paladar; o bien extenderse hacia el paladar duro, en donde se fusionan con las glándulas palatinas.

4.- Glándulas Palatinas :

Ocupan el techo de la cavidad oral propiamente dicha. Estas se pueden dividir topográficamente en : a) glándulas del paladar duro, b) glándulas del paladar blando y úbula. En la porción anterior del paladar duro, estas glándulas se encuentran localizadas en la submucosa. Continuando hacia atrás los grupos laterales se disponen en hileras compactas.

tas y aumentan de tamaño considerablemente.

5.- Glándulas de la Lengua :

Se dividen en tres grupos : Serosas, Mucosas y Mixtas. La glándula lingual anterior (de Blandin-Núhn) se localiza en la superficie anterior de la lengua, a un lado del frenillo y cerca del ápice.

Se encuentra constituida por glándulas racimosas, situadas profundamente entre los elementos morfológicos linguales. Esta glándula, aunque predominan las células mucosas en su porción anterior. En su porción poste--rior, se observan alveolos mucosos cubiertos por semilineas de células serosas.

Las glándulas de la base de la lengua son de variedad mucosa. En las --regiones inmediatas a las papilas calciformes y foliadas, son reemplaza--das por las glándulas serosas de Von Ebner.

6.- Glándulas Sublinguales Menores :

En número de ocho a diez, forman parte del llamado macizo glandular sublingual, junto con las glándulas sublingual mayor y la prolongación mi--lohoidea de la submaxilar. La mayoría de las sublinguales menores son de tipo mucoso, y drenan sus secreciones hacia el piso de la cavidad --propriadamente dicha, a través de los conductos de Rivini, que algunas ve--ces se une con el conducto de Bartholini o al de Wharton.

GENERALIDADES :

Clasificación de las Glándulas Salivales :

Estas se pueden clasificar tomando en cuenta su localización y sus dimensiones :

I .- De acuerdo con su localización se dividen en :

A) Glándulas del vestíbulo :

I.- Glándulas labiales :

a) Labiales superiores

b) Labiales inferiores

2.- Glándulas Bucales :

a) Bucales Menores

b) Parótida

B) Glándulas de la cavidad oral propiamente dicha :

I .- Glándulas del piso de la boca (complejo alveololingual)

a) Submaxilar

b) Sublingual mayor

c) Sublinguales menores

d) Glosopalatinas

2.- Glándulas de la Lengua :

a) Linguales anteriores

b) Linguales posteriores:

a) Glándulas anexas a las papilas calciformes.

b) Glándulas de la base de la lengua.

3.- Glándulas Palatinas

II.- De acuerdo con sus dimensiones, se clasifican en :

A) Glándulas salivales mayores :

- 1.- Parótida
- 2.- Submaxilar
- 3.- Sublingual mayor o de Bartholini

B) Glándulas salivales menores :

- 1.- Labiales
- 2.- Bucales menores
- 3.- Glosopalatinas
- 4.- Palatinas
- 5.- Glándulas de la lengua
- 6.- Sublinguales menores.

FISIOLOGIA :

Generalidades :

Las glándulas salivales son del tipo exocrino, ya que permanecen intactas al través del proceso cíclico de formación y eliminación de sus productos secretados. Constituyen la saliva los productos secretorios y excretorios, acumulados y eliminados por las glándulas salivales hacia la cavidad oral. La cantidad de saliva que el ser humano puede secretar en 24 horas es de 1500 cc. aproximadamente; la variación de esta cantidad va a depender de la edad, ejercicio y dieta del individuo, debido a que se encuentra influida por las estimulaciones físicas y psíquicas.

La saliva mixta es un fluido ligeramente opalescente y espumoso que se encuentra constituido por agua, proteínas, sales minerales, ptialina, mucina, partículas alimenticias, células epiteliales descamadas, y corpúsculos salivales (leucocitos polimorfonucleares). La viscosidad de esta depende del tipo predominante de la saliva secretada.

La saliva serosa le proporciona características acuosas al fluido; la mucina le da a la saliva un aspecto grueso y viscoso.

Desde un punto de vista químico, la saliva mixta es una solución diluida que contiene aproximadamente 5% de material orgánico y 2% de inorgánico.

Siendo los iones de potasio y fosfato predominantes en el material inorgánico, así como Cl, P, Na, Ca y S (en cantidades apreciables). En el material orgánico que se encuentra constituyendo a la saliva vamos a encontrar que un 4% corresponde a la mucina, y el 1% restante lo constituyen la amilasa, albúmina y el colesterol.

Células excretoras de las Glándulas Salivales :

a) Células Serosas o Albuminosas :

Se encuentran formando parte principalmente de la parótida y de otras glándulas de la cavidad oral. Son de forma piramidal o poliédrica, se reúnen para formar alveólos globulares, cuya luz es muy angosta. Son más pequeñas que las células mucosas, su núcleo es esferoide y ligeramente excéntrico.

Las células serosas drenan la mayoría de sus productos a través de -
formaciones llamadas capilares secretorios intercelulares y canalícu-
los.

b) Células Mucosas :

Secretan mucina que al disolverse con el agua se transforman en una -
sustancia llamada moco. En el ser humano, las células mucosas se --
estudian con mayor amplitud en las glándulas sublinguales, glándulas
mucosas de la lengua, glosopalatinas y palatinas. Se localizan tam--
bién entre las pequeñas glándulas mixtas, en donde constituyen el ma-
yor número de alveolos.

Las células mucosas son irregularmente cuboidales y se encuentran ali-
neadas en la membrana basal.

Como se había mencionado anteriormente, la secreción salival procede
de tres pares de glándulas : parótidas, submaxilares y sublinguales;
así como gran número de glándulas bucales pequeñas.

La saliva consta de dos tipos de secreción :

I.- Fracción serosa que contiene ptialina (una amilasa alfa), que con-
tribuye a la digestión de almidones.

II.- Una fracción de mucosa cuya función es la lubricación.

El pH salival oscila entre 6.0 y 7.0; margen que permite la acción --
óptima de la ptialina.

El volúmen y composición de la saliva mezclada, es función del grado
de estímulo secretor de cada uno de los tres pares de glándulas, y --
está sujeto a múltiples influencias tanto locales como sistémicas.

La secreción salival excesiva se produce durante la dentición, como -
reflejo de la administración de compuestos mercuriales y en determina-
das enfermedades como la encefalitis y la corea.

La saliva, además de su evidente acción de lavado proporciona los ma-
teriales con los que se forma la película libre de células que recu--
bre al esmalte dental. Esta película tiene acción sobre el equili---

brio de superficie establecido entre el esmalte y los líquidos que lo --
bañan; su ausencia se acompaña de un incremento pronunciado de la caries
dental.

El moco es una secreción espesa, compuesta de agua, electrolitos y una -
mezcla de polisacáridos, con ligeras diferencias según su sitio de ori--
gen; posee características importantes que le permiten lubricar y prote-
ger perfectamente las paredes intestinales.

PROPIEDADES :

I.- Es adherente y forma una película delgada sobre la superficie de los
alimentos o partículas que están en contacto con él.

II.- Dada su consistencia recubre toda la pared protegiéndola contra los
alimentos mal masticados.

III.- Su resistencia al desgarro permite que las partículas se deslicen-
fácilmente a lo largo del epitelio.

IV.- Causa adherencia de las partículas, unas contra otras, para formar
los bolos fecales, que se expulsan durante una evacuación.

V.- Resiste la acción de los fermentos digestivos.

VI.- El m^ucopolisacárido que contiene es anfótero (como cualquier otra -
proteína, pudiendo amortiguar pequeñas cantidades de ácido o alcali).

El poder lubricante del moco resulta evidente cuando se suspende la se-
creción de saliva; ya que en estas condiciones resulta difícil deglutir
alimentos sólidos; incluso con la ayuda de grandes cantidades de agua.

Control nervioso de la secreción salival; los núcleos salivales en su
parte superior controlan las glándulas submaxilar y sublingual, y en --
los inferiores la parótida. Estos núcleos se sitúan entre el bulbo y la
protuberancia y son activados por estímulos táctiles en lengua u otras -
zonas de la boca.

Los sabores agradables tienden a aumentar la producción de saliva; así
como ciertos estímulos táctiles. Como la presencia en la boca de obje-
tos lisos; objetos ásperos producen menos saliva y algunas veces pueden

inhibiere por completo la secreción.

también pueden aumentar o disminuir la cantidad de saliva impulsos que -
lleguen a los núcleos salivales desde centros superiores.

Hay salivación por efecto de reflejos que nacen en estómago e intestino
alto; en particular cuando se han deglutido alimentos muy irritantes o
cuando hay náuseas por cualquier causa. La secreción de las glándulas -
salivales depende también del estado de los líquidos corporales.

TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES. CUADROS CLINICOS :

GENERALIDADES :

La frecuencia de las neoplasias durante los primeros cinco años de vida, refleja la naturaleza embrionaria de algunos de los tumores encontrados con mayor frecuencia en este período. Durante la infancia se encuentran más casos de neoplasias, que durante cualquiera de los dos quinquenios - que siguen; pudiendo existir en el momento del nacimiento o bien originarse a partir de células que no han llegado a alcanzar la madurez completa.

En los niños los tumores benignos son mucho más frecuentes que los malignos; la mayoría de los benignos, son más bien hamartomas (malformaciones congénitas de aspecto tumoral), que verdaderas neoplasias.

La mayoría de las neoplasias epiteliales son originadas a partir de las células secretoras o bien de las estructuras de los conductos. Se ha demostrado que el 80% de los casos se presentan en la glándula Parótida, el 10% en la glándula Submaxilar y el resto en la glándula Sublingual y accesorias.

Se ha investigado también que el 65% de los tumores son de origen benigno y el 35% restante maligno. No obstante la proporción entre maligna o benigna es más elevada en la glándula submaxilar que en la glándula Parótida, a excepción del cistadenoma papilar linfomatoso (tumor de Warthón), - en que la proporción de 7:1 es a favor de varones.

El promedio de edad de los enfermos con tumor varía según el tipo específico celular, generalmente se admite que de la 4a. década de la vida es - el período de máxima susceptibilidad. Las causas o factores predisponentes de los tumores tanto benignos como malignos no han sido determinadas; se ha iniciado la acumulación y análisis de datos epidemiológicos

Teoría del Origen de los Tumores según su Capa Embrionaria :

- 1.- Teoría Embriogénica: Estos tumores tendrían origen en los restos -- embrionarios, resquias de la formación de las glándulas salivales.
- 2.- Teoría Mesenquimatososa: Los tumores se originarían en el estroma fibroso y en la cápsula de la glándula.
- 3.- Teoría Ectomesodérmica: Estos tumores se formarían por inclusiones -

del mesénquima ectodérmico, que puede presentarse en la cabeza y arcos branquiales del embrión.

- 4.- Teoría Epitelial : Según se originan del ectodermo, en la cavidad bucal primitiva.
- 5.- Otra teoría de los tumores es que derivan de restos celulares enclavados, que tienen dos formas de tejido germinativo de los del epitelio y mesénquima; los restos epiteliales pueden ser células glandulares o de epitelio escamoso.
- 6.- Otro posible origen: El estímulo para el crecimiento del tejido fibroso conectivo, siempre presente, en el desarrollo de las células epiteliales. El tejido conectivo proliferado puede involucrar a su estado embrionario, haciéndose mesenquimático y mixomatoso; y puede transformarse en cartílago, tejido que se presenta con frecuencia en los tumores mixtos. Así los elementos mixomáticos y cartilagosos del tumor son producto de la secreción del epitelio que puede originar condrina, la cuál es encapsulada por las células que se transformarían en células cartilagosas.

Resumiendo las variadas fuentes comentadas de el origen de los tumores mixtos, debe atribuirse al epitelio de las glándulas salivales, que los distintos tejidos que los forman sean producto de secreciones epiteliales o degeneraciones celulares.

Neoplasias de Glándulas Salivales Mayores y Menores

Clasificación :

Benignas :

Adenoma Pleomórfico (tumor mixto)

Cistadenoma Papilar Linfomatoso (tumor de Warthón)

Malignas :

Carcinoma Mucoepidermoide

Adenoma Pleomórfico Maligno

Cilíndroma (carcinoma adenoquistico)

Adenocarcinoma de Células de Acino.

Adenoma Pleomórfico (Tumor Mixto) :

Se origina a partir del epitelio del conducto. Siendo muy frecuente.

Se denominan tumores mixtos, a los procesos neoplásticos 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 y Sublingual. Este tipo de neoplasia suele presentarse con mayor preponderancia en las glándulas menores, teniendo mayor predilección en las glándulas salivales del paladar.

Constituye el 15% de los tumores de la cavidad bucal, y el 2% de los cánceres en el hombre; de los cuales el 78% tuvieron origen en la Parótida, un total de 15 tumores mixtos; es decir, el 8.1% tuvieron origen en la mucosa palatina.

Son productos asintomáticos, que constituyen hallazgos clínicos en el -- exámen de la cavidad bucal; cuando han adquirido cierto volúmen los tumores palatinos, producen transtornos en la fonética y en la masticación.

El tamaño de los tumores varía desde una castaña, hasta el de una toronja grande. Se han observado con peso de 5 a 12 kilos.

Cistadenoma Papilar Linfomatoso :

Este tipo de neoplasia, suele presentarse en la parte baja de la parótida la que recubre el ángulo del maxilar. Suele ser superficial, rara vez -- alcanza un tamaño de más de tres a cuatro centímetros de diámetro. Generalmente no es dolorosa.

El cistadenoma papilar, tiene preponderancia en el hombre 5 a 1; se manifiesta en la 5a. y 6a. década de la vida.

De forma redonda, consistencia dura y algunas veces con ovulación tosca.

Recidiva: en más del 50% de los casos.

Metástasis: 20% ganglios linfáticos.

Carcinoma Mucoepidermoide :

Este tipo de neoplasia suele presentarse en las glándulas salivales, te-

niendo predilección por la glándula Parótida. Constituyen el 5% de los tumores de esta. Son masas duras, pequeñas, redondas y bien circunscritas; integradas por quistes pequeños. Contienen material mucoso.

La mayor parte de estos no presentan características clínicas definidas. Las características sintomáticas varían considerablemente.

Se han observado aumentos de volumen, hinchazón quística, dolor, ulceración, fijación ocasional y en el caso de tumores en la Glándula Parótida, parálisis.

Histología :

De estructura variable, se pueden apreciar células mucosas; espacios quísticos llenos de moco que a menudo se rompen y ponen en libertad su contenido, que origina reacción secundaria a los tejidos adyacentes. Existe diferenciación escamosa y distribución difusa laminar; predominio de pequeñas células hiper cromáticas redondas.

Sexo : Afecta de igual manera a hombre y mujer.

Edad : Entre los 59 y 70 años.

Incidencia : 5 a 10% de tumores de las glándulas salivales, afecta en un 65% a la glándula Parótida, 10% a la glándula Submaxilar y ocasionalmente a la glándula Sublingual; un 15% en paladar.

Recidiva : Muy frecuente, la presentan el 30% de los pacientes.

Metástasis : A ganglios linfáticos cervicales, hígado, tórax y piel.

Adenoma Pleomórfico Maligno :

De los tumores malignos, este puede ser evidentemente más anaplásico que las lesiones benignas. La participación del nervio facial produce parálisis más o menos intensa, el ataque de las ramas del trigémino origina dolor.

El dolor es un signo característico de este.

Histología :

Aparece como un carcinoma indiferenciado alterado con componentes mixtos. Las células tienden a ser cúbicas o cilíndricas. Algunas veces se ve -- substancia mucosa amorfa; el epitelio tiende a adoptar la forma de células poliédricas, con núcleo ovalado y citoplasma eosinófilo. Pueden apreciarse travéculas entrelazadas e islotes esparcidos de substancia hialina, limitada por grandes células redondas.

Sexo : Más frecuente en mujeres.

Edad : 60 años.

Incidencia : Aparecen 20 años después de la primera manifestación; el 2% se presenta en la glándula Parótida.

Metástasis : Frecuentemente a ganglios locales, vértebras, hígado y pul-

món.

Sobrevida : La mayoría de los pacientes mueren dos o tres años después.

Cilindroma (Carcinoma Adenoquistico) :

Tipo maligno de tumor de glándulas salivales.

Se localiza en glándulas mucosas del paladar, en las regiones parotídeas y submaxilares. Lesión localmente destructiva. Presencia de dolor local temprano, parálisis del nervio facial (en el caso de los tumores parotídeos), fijación a estructuras profundas e invasión local.

Generalmente es una lesión de crecimiento lento, que tiende a metastatizar en los períodos tardíos de su evolución. El índice de curación varía de una persona a otra; aunque la mayoría de las veces es desalentadoramente bajo.

Histología :

Presenta racimos y bandas de células epiteliales cúbicas con núcleos voluminosos y citoplasma escaso; se observan de substancia hialina o mucosa.

Sexo : Predomina en el sexo femenino.

Edad : Entre 40 y 60 años.

Incidencia : 4.4% de los tumores de glándulas salivales mayores, 1.20% glándula Parótida, 1.7% en glándula Submaxilar y el 15% en salivales menores.

Recidiva : Puede aparecer 10 ó 20 años después de la intervención quirúrgica, en el 60% de los casos localizados en la glándula Parótida.

Metástasis : A ganglios linfáticos cervicales; esta se produce finalmente al rededor del 30% de los casos. Tendencia a la participación pulmonar.

Adenocarcinoma de Células de Acino :

La mayor parte de estos tumores nacen en la glándula Parótida, presentándose en masas celulares, cordones y láminas. Generalmente estas neoplas-

sias son bien encapsuladas y crecen lentamente; aunque algunas veces no vienen encapsuladas y son más agresivas.

Histología :

Se caracterizan por la presencia de células epiteliales poligonales con citoplasma claro. Células neoplásticas que parecen provenir de células acinosas.

Recidiva : Frecuente en la glándula Parótida, en más del 50% de los casos.

Sexo : Predomina en mujeres, de 3 a 1 .-

Edad : Generalmente se manifiesta a los 50 años.

Incidencia : 1 a 3% de los tumores en glándula Parótida, raro en glándula Submaxilar y glándulas Menores; se ha observado en piso de la boca.

Metástasis : Ganglios, pulmón, huesos y cerebro.

Sobrevida: 80% de los pacientes de 5 años.

DIAGNOSTICO :

INTRODUCCION :

Es la síntesis que se obtiene del estudio de las características de un caso; podemos decir que consiste en concatenar los signos y síntomas recogidos para reconocer determinado padecimiento.

ESTABLECIMIENTO DE UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL :

Para el diagnóstico de las lesiones bucales deben tomarse en cuenta los diversos estados patológicos, que originan lesiones que pueden hacer pensar en estados malignos. Esto es :

- a) Estirpe celular a que pertenecen las neoplasias
- b) Velocidad de crecimiento
- c) Presencia de metástasis, que es lo más importante
- d) Pérdida del patrón celular de los tejidos
- e) Pérdida de la inhibición por contacto.

FACTORES DIFERENCIALES ENTRE LAS NEOPLASIAS :

BENIGNA :

MALIGNA :

Crecimiento lento

crecimiento rápido

No existe metástasis

existe metástasis

el patrón celular de tejido-
se encuentra conservado.

pérdida del patrón celular.

Una historia de la lesión de que se trata frecuentemente ayuda a definir su naturaleza.

La duración de una lesión es un factor muy importante. Si es vieja y tiene una historia de crecimiento lento y continuo, generalmente es un tumor benigno o de escasa malignidad. Una lesión nueva con aumento de volumen indoloro, sugiere malignidad desde el principio.

La rapidez de crecimiento es un punto diagnóstico importante que indica el grado de malignidad. Una lesión de crecimiento lento pero continuo, -- es raras veces inflamatoria o de un grado avanzado de malignidad. Una -- lesión de crecimiento rápido puede ser una u otra; no obstante, el dolor, exudado, fiebre o alteraciones hematocitológicas con tendencia a la inmadurez suelen acompañar a las inflamaciones. Debe recordarse que los tumores no son dolorosos hasta que invaden los tejidos vecinos sensitivos o se infectan.

Las lesiones de crecimiento rápido con historia de resolución y remisión frecuentemente son de tipo inflamatorio. Las lesiones de crecimiento lento con historia de remisiones generalmente son quistes o algún otro fenómeno de retención. No es típico que ninguna neoplasia desaparezca o disminuya; no obstante algunos tienen período de inactividad biológica.

Es importante advertir que la etapa temprana de evolución de las neoplasias malignas, estas pueden ser completamente asintomáticas, a menos que se inflamen secundariamente.

El diagnóstico diferencial entre neoplasias benignas y malignas, es el juicio más importante que se pide, establezca el patólogo; sobre esta decisión se fundan el tratamiento de la lesión y las perspectivas de supervivencia.

Así pues, posterior a la observación de los puntos anteriores podemos llegar a establecer un diagnóstico diferencial, que nos abre plenamente las puertas hacia un manejo adecuado del problema del paciente.

El clínico debe decidir con los medios no quirúrgicos a la mano, cuales son los pasos indispensables para lograr un diagnóstico exacto. Estos son principalmente historia clínica, examen físico y examen radiográfico. Con estos es posible determinar un curso de tratamiento lógico o bien --- otros estudios diagnósticos. Los exámenes clínicos del laboratorio ayudan a tomar una decisión.

Como establecer un diagnóstico :

- I.- Buena historia clínica completa
- II.- Estudios de laboratorio
- III.- Estudios de gabinete
- IV.- Estudios especiales :

- a) Bacteriología
- b) Punción
- c) Aspiración
- d) Frotis
- e) Papanicolaou
- f) Citología exfoliativa

Historia Clínica :

Consta de dos partes :

- a) Interrogatorio
- b) Exploración Física

En el interrogatorio se averiguan los siguientes datos :

I.- Ficha de identificación :

Nombre

Edad

Sexo

Estado Civil

Ocupación

Lugar de Nacimiento

Fecha de Ingreso

Dirección y Teléfono

Nombre del responsable más cercano

Domicilio del responsable más cercano.

II.- Antecedentes :

a) Antecedentes Familiares :

Mediante esta ficha se averiguan los antecedentes de los familiares con enfermedades transmisibles, especialmente de la tuberculosis, la lepra y la sífilis, la edad y el

el estado de salud de los padres, hermanos e hijos; así como la causa de la muerte de los que fallecieron.

b) Antecedentes Personales Patológicos :

Obtenemos así información acerca de las enfermedades que ha padecido el paciente.

c) Antecedentes Personales no Patológicos :

Edad

Lugar de Nacimiento

Ocupación

Estado Civil

Costumbres y Hábitos del Paciente : Alimentación

Toxicomanías

Vivienda

Etc.

III.- Padecimiento Actual :

Se investiga cada uno de los síntomas del paciente, desglosándolos; esto es analizándolos uno por uno.

Esquema de Interrogatorio :

Padecimiento Actual :

¿ Desde cuando está usted enfermo ?

¿ A que atribuye usted su padecimiento ?

¿ Cuáles fueron las molestias que tuvo usted al principio ?

(Dejaremos que el enfermo enumere sus molestias y haremos las preguntas que creamos necesarias sobre el síntoma que señale).

¿ Han continuado las molestias que tuvo al principio ?

¿ Iguales que el primer día ?

¿ Han ido apareciendo otras molestias ?

¿ A la fecha cuales son las que tiene ?

IV.- Estado Actual de Aparatos y Sistemas :

Averiguaremos la forma en que el padecimiento principal ha afectado. De los tres últimos meses a la fecha :

a) Aparato Digestivo :

¿ Tiene usted apetito ?

¿ Distingue bien el sabor de los alimentos ?

¿ Tiene sed, mucha sed ?

¿ Tiene mal sabor de boca ? ¿ A que le sabe ?

¿ Siente dificultad al pasar los alimentos ?

¿ Siente alguna molestia cuando le llegan al estómago ? ¿ Con que la compara ?

¿ Tiene eructos; agruras, acedias ?

¿ Tiene vómito, nauseas, se presentan en alguna hora determinada ?

¿ Tiene dolor de estómago, aparece este con alguna clase de alimento ?

¿ Tiene retorcijones, cólicos, gases en abundancia ?

¿ Cuántas veces obra en las veinticuatro horas ?

¿ Antes de estar enfermo cuantas veces defecaba ?

b) Aparato Respiratorio :

¿ Siente dificultad al pasar el aire por la nariz ?

¿ Tiene tos ?

¿ Tiene dolor de pecho, la espalda o los costados, aumenta el dolor al respirar profundamente ?

c) Aparato Cardiovascular :

¿ Sufre usted o sufrió alguna vez alguno de los siguientes problemas ?

Fiebre Reumática

Presión Arterial Alta Crisis Coronaria

Sóplio Cardíaco Anormal

Angina de Pecho

Ataques

Sífilis

Insuficiencia Renal

¿ Sufre o sufrió usted alguna vez, alguna de las siguientes molestias ?

¿ Tiene palpitaciones, que obedecen al esfuerzo ?

¿ Se fatiga y siente sofocación al caminar, se fatiga con pequeños o -- grandes esfuerzos ?

¿ Ha tenido desmayos o convulsiones ?

¿ Se ha hinchado alguna parte de su cuerpo ?

¿ Se ha puesto alguna vez morado ?

¿ Siente vértigos ?

¿ Siente dolor de cabeza constante ?

¿ Es usted hipersensible o alérgico, o presenta reacciones especiales a - ciertos medicamentos o alimentos ?

d) Aparato Genito-Urinario :

¿ Orina usted con mucha frecuencia ?

¿ Orina usted por las noches ?

¿ Que color tiene la orina ? ¿ Que olor ? ¿ Sale la orina mezclada con - sangre ?

¿ Siente dificultad al orinar ?

c) Sistema Nervioso :

¿ Duerme bien ?

¿ Oye bien, ve bien ?

Exploración Física :

Aquí observamos y analizamos los signos que presenta el paciente.

Deberá llevarse a cabo un examen cuidadoso de las glándulas anexas. Siendo necesario el examen bimanual.

Inspección : Por medio de la vista el médico percibe el aspecto general - (forma, color, tamaño, movimiento).

Palpación : Por medio del tacto el médico tomará en cuenta el tamaño, forma, consistencia, estado de la superficie y temperatura.

Percusión : Consiste en golpear suavemente; generalmente se golpea con el dedo de una mano, sobre los dedos de la otra mano que está apoyada en la región que se explora, con lo cuál se produce un sonido que dará idea de lo que se encuentra abajo de la piel.

Auscultación : Mediante esta recogeremos los sonidos que producen algunos órganos; como los son: ruidos del corazón, movimientos intestinales, ruidos respiratorios.

Signos Vitales :

Tensión Arterial

Pulso

Frecuencia Respiratoria

Frecuencia Cardíaca

Peso y Estatura.

Aquí analizamos variaciones dentro de la normalidad, y eventuales anomalías que nos dan una idea general del estado físico y funcional del paciente.

Estudios de Laboratorio :

Estos constituyen una ampliación de la exploración física. Se obtienen del paciente: tejidos, sangre, orina y otras muestras, que se someterán más tarde a estudios microscópicos, bioquímicos, microbiológicos o inmunológicos.

Tiempo de sangrado : generalmente de 5 a 7 minutos.

Tiempo de coagulación: generalmente de 5 a 10 minutos .

Tiempo de protrombina : generalmente entre 12 y 15 segundos .

Biometría Completa :

Serie de pruebas que se efectúan al mismo tiempo. El resultado de estas nos ayudan a conocer la respuesta general en caso de infección bucal y - sistemática. Estas pruebas comprenden :

a) Recuento del número total de Globulos Rojos :

Normalmente en el adulto van de 4 a 5.5 millones de globulos rojos por milímetro cúbico de sangre en promedio.

Concentración de Hemoglobina :

Estos datos se emplean para conocer el estado de la masa total de los -- globulos rojos y la cantidad de substancia portadora de oxígeno que contiene.

En el hombre adulto la concentración normal de hemoglobina es de 13 a -- 16 gramos por 100 ml. de sangre en promedio.

En la mujer adulta de 12 a 14 gramos por 100 ml. de sangre en promedio.

b) Recuento total de Globulos Blancos por ml³ de sangre :

En el adulto normal se encuentran entre 5000 y 10,000 en promedio.

Fórmula Leucocitaria :

b₁) Neutrófilos : 300 a 7000 por mm³

b₂) Basófilos : 0 a 100 por mm³

b₃) Basinófilos : 50 a 300 por mm³

b₄) Linfocitos : 1000 a 3500 por mm³

b₅) Monocitos : 100 a 600 por mm³

Reacción pH: Va de 4.7 a 8.0

Estudios de Gabinete :

Consiste de exámenes radiográficos.

Ya sea :

- a) Simples
- b) Con medio de contraste
- c) Especiales : mediante sustancias radioactivas.

Las radiografías comunes generalmente son de poco valor. Cuando se sospecha de un cálculo salival, las placas oclusales y lateral oblicua de la mandíbula son de gran valor para la localización de cálculos submaxilares. Las radiografías posterointeriores y lateral de la cara, con placa oclusal colocada en la cara y con exposición muy breve nos puede ayudar a la localización de los cálculos en Glándula Parótida.

La radiografía occipitosubmentoniana que limite al arco cigomático nos es de gran ayuda también.

Sialografía : Técnica de visualizar radiográficamente el sistema de conductos de las glándulas salivales mediante un medio de contraste inyectado al conducto. El sialograma constituye un medio diagnóstico útil, pero -- tiene sus limitaciones; siendo un sustituto para hacer una historia clínica meticulosa y realizar un exámen físico y otros estudios radiográficos y de laboratorio.

Estudios Especiales :

- a) Biopsia :

Muestra grande de tejido que se obtiene quirúrgicamente.

- b) Punción :

Mediante una aguja se extrae secreción que se lleva a un microscópio para analizarla. Es importante que la muestra tenga tejido tumoral representativo y no necrosado. La muestra deberá tratarse y manipularse con sumo -- cuidado.

- d) Frotis :

Colocación de lamuestra en una laminilla para su estudio.

- e) Papanicolau :

(técnica) : Obtención de frotis, fijación y tinción de este.

- f) Citología exfoliativa :

De este método se vale el diagnóstico citológico para analizar la muestra a nivel celular.

Después de haber obtenido estos datos podemos establecer un diagnóstico-en base a :

a) Diagnóstico Anatómico :

Este tipo de diagnóstico, es posible llevarlo a cabo mediante la experiencia de un cirujano que está familiarizado con este tipo de patología. Se efectúa principalmente tomando en cuenta : edad del paciente, localiza-ción, tipo de posible cáncer, peligros e implicaciones del tratamiento insuficiente o excesivo, la inteligencia y confianza que merezca el enfermo para volver con frecuencia a las citas de vigilancia y su convencimiento a las diversas opiniones recibidas.

b) Diagnóstico Histológico :

El exámen macro y microscópico de la neoplásia efectuado por un patólogo competente, proporciona un diagnóstico preciso del 95 al 98% .

El tejido sometido para el diagnóstico deberá contener la pequeña neoplá-sia o una muestra representativa de una mayor (esto algunas veces no es posible). El patólogo recibe de parte del cirujano un reporte en donde - se da la información clínica necesaria.

c) Diagnóstico Citológico :

Descrito por Papanicolau. Se emplea para detectar cáncer en cuello y endométrio generalmente; aunque puede ser en cualquier mucosa.

Se lleva a cabo este método mediante la obtención de frotis, fijación y - tinción de los mismos.

Es particularmente importante ya que permite el diagnóstico de pequeñas - lesiones que descaman células, pero tienen volúmen demasiado reducidas pa- ra poder resultar manifiestas, incluso por exámen visual.

Aquí el diagnóstico debe basarse en la citología de cada célula, a pesar del rigor que corresponde a este método diagnóstico; las células suelen - clasificarse en alguna de las siguientes categorías :

Clase I : normal

Clase II : probablemente normal
Clase III : dudoso
Clase IV : probable cáncer
Clase V : cáncer.

PRONOSTICO :

Tumor mixto :

Los brotes de crecimiento, parálisis del nervio facial o la desintegración de la piel suprayacente, son signos de mal pronóstico.

Los índices de recurrencia son elevados, y el empleo de técnicas quirúrgicas perfeccionadas y el conocimiento de las características del desarrollo de este tumor, están brindando índices de curación más satisfactoria con disminución del número de casos de parálisis posoperatoria del nervio facial.

La sialografía constituye ayuda diagnóstica entre el crecimiento expansivo de la lesión benigna y la modalidad infiltrativa del tumor maligno.

El pronóstico de supervivencia de pacientes con tumores en la glándula Parótida depende de la localización (en esta), y grado de malignidad ; -- así como de la amplitud con que pueda llevarse a cabo su resección. Ya que no es siempre posible diferenciar entre lesiones benignas y malignas a no ser que exista parálisis facial, o que se haya producido metástasis a distancia, es indispensable la temprana y completa extirpación del tumor. Las neoplasias malignas, tienen un elevado índice de recidiva, luego de la eliminación quirúrgica; así como una frecuencia alta de afección a los ganglios linfáticos. Su pronóstico es malo.

Cistadenoma papilar linfomatoso (tumor de Warthon) :

Este tumor está bien encapsulado y raras veces recidiva, una vez eliminado; por lo tanto, la mayoría de las veces es favorable su pronóstico .

Carcinoma mucoepidermoide :

Pronóstico : la mayoría de las veces este es malo; y en algunas ocasiones es reservado.

Cilindroma :

Este tumor es una lesión de crecimiento lento, tiende a metastatizar en los

períodos tardíos de su evolución. La diseminación a los ganglios linfáticos se produce en aproximadamente el 30% de los casos; dando metástasis a pulmones, huesos y cerebro. Pronóstico : malo.

Adenocarcinoma de células de acino :

Las metástasis a los ganglios linfáticos regionales no es común; pero la recidiva tiene una frecuencia alta. Pronóstico : reservado.

Los nuevos avances de la terapéutica, el mejor manejo del paciente y la técnica de la anestesia avanzada han mejorado el pronóstico de las neoplasias bucales.

TRATAMIENTO :

INTRODUCCION :

Posterior al concluir el exámen y valorar las necesidades del paciente -- debe el clínico valor^{ar} el plan de tratamiento, por lo que es conveniente organizar los tratamientos en un orden determinado; ya que de esta manera es posible determinar su duración.

La mayoría de las ocasiones se debe de proyectar el tratamiento, ver pro y contras, o bién decidirse por otro alternativo, recurriendo a diferentes - técnicas y materiales, sin detrimento de los principios básicos de una terapéutica adecuada. Es obligación del clínico explicar todo al paciente -- con la mayor minuciosidad y otorgarle el derecho de opinión en las decisiones.

De no estar organizado el buen éxito inicial quizá sea necesario preparar un plan de tratamiento provisional.

Una de las facetas más importantes del plan terapéutico es la vigilancia - prolongada; por lo que es aconsejable a este respecto, insistir desde el principio en la importancia de los exámenes regulares una vez terminado el tratamiento.

Aunque los resultados distan mucho de ser satisfactorios; cuando se compara la posibilidad de curación de una neoplasia maligna común de un lactante con la de un adulto, los resultados son alentadores si a continuación de - la extirpación quirúrgica de la neoplásia, no se produce metástasis o recidivas posteriores; la posibilidad de que se produzcan posteriormente son - casi pequeñas (ley de Collin) .

Cualquier tratamiento de escisión quirúrgica no se utilizará sin antes --- haber establecido un diagnóstico certero basado en el exámen histológico.

Desde hace dos décadas lo más empleado en el tratamiento de las neoplásias era la extirpación quirúrgica y la radioterápia. Hoy en día la mayoría de las investigaciones clínicas sobre las neoplásias se dedican a la búsqueda de compuestos y susbstancias que destruyan o inhíban selectivamente el crecimiento de las células neoplásicas, sin causar efectos adversos importantes sobre las células normales. La infusión de agentes quimioterápicos en

Los vasos sanguíneos principales que irrigan las áreas de la neoplásia -- han sido existosos en determinados casos. Muchos de los agentes usados en la quimioterápia de las neoplásias producen efectos colaterales desagradables; como es : anorexia, náusas, vómito y diarrea. Siendo estas sustancias tóxicas para el riñón, médula ósea y membranas mucosas.

Las alteraciones de la médula ósea se reflejan en el exámen de la sangre con grados variables de granulocitopenia, linfopenia, trombocitopenia y anemia. Además es recomendable que los agentes quimioterápicos se den sólo bajo la supervisión de un médico calificado que tenga la experiencia sobre esos fármacos. Debido a la posibilidad de graves lesiones a órganos ya mencionados; por lo que los enfermos deberán ser hospitalizados al menos durante el comienzo del tratamiento.

Aunque en el tratamiento del cáncer se han empleado gran cantidad de agentes quimioterápicos como el uretano, la mostaza nitrogenada, los derivados de la tielilenmelamina, los antagonistas del ácido fólico, y las sustancias radioactivas, su efectividad en el cáncer oral es muy limitada.

El plan de tratamiento de los tumores malignos depende de los resultados de la biopsia, localización del neoplasma, radiosensibilidad, grado de metástasis, edad y condición física del paciente.

La localización de la neoplásia en la cavidad bucal, algunas veces puede complicar el tratamiento, ya que en la parte posterior de la cavidad bucal resulta menos accesible efectuar este mismo. La edad y estado físico del paciente son importantes para el plan terapéutico. Pacientes de edad avanzada y debilitados sólo soportan procedimientos quirúrgicos extensos después de cuidadosa preparación. Esto puede retardar el tratamiento y permitir el avance de la enfermedad.

TIPOS DE TRATAMIENTO UTILIZADOS :

Terapéutica por irradiación :

La sensibilidad del tumor a la radioterápia influye en la manifestaciones clínicas del paciente. Los tumores radiosensibles pueden tratarse ventajosamente con rayos x, o bien emanaciones de radios sólo o combinadas con la cirugía.

El tratamiento del carcinoma es de la responsabilidad de un grupo integrado por un patólogo, radiólogo, internista, oncólogo y cirujano bucal.

La radioterapia para el tratamiento de las neoplasias malignas se basa en el hecho de que las células del tumor en las fases de crecimiento activo, son más susceptibles a la radiación que el tejido adulto; mientras tanto mientras más indiferenciadas son estas células histológicamente, mayor -- susceptibilidad tiene el tumor; y cuanto más parecen las células a las -- formas adultas, la susceptibilidad a la radiación es menor. El modo de -- acción de la irradiación sobre el crecimiento activo de la neoplasia consiste en la muerte inmediata o tardía de células del tumor y supresión de su reproducción. Los agentes empleados para la irradiación son los rayos roetgen de onda corta a los rayos gamma del radio; estos agentes tienen -- un efecto selectivo sobre los tejidos neoplásicos activos (el tejido normal deber ser protegido). Se emplean tres métodos para aplicar la irra-- diación. Las emanaciones se aplican el área del tumor a distancia, los -- agentes radioactivos se implantan dentro del tumor, y por último una com-- binación de métodos puede emplearse con o sin cirugía.

Los rayos X suelen emplearse para destruir el tumor, desde una distancia fuera de la cavidad bucal. Pueden emplearse filtros de aluminio y cobre para proteger los tejidos; o bién conos intrabucales que aumentan la dó-- sis de radiación y disminuyen la exposición de los tejidos sanos. El ra-- dio puede aplicarse mediante una bomba extrabucal (este método resulta -- demasiado costoso).

Los agentes radioactivos como el radio, gas de radón, o el iridio activo, pueden emplearse directamente en el neoplasma. El radio y el gas radón -- se encierran en platino para reducir la necrosis inmediata de tejidos y -- así lograr la distribución homogénea de las emanaciones. Es esencial un plan cuidadoso de tratamiento por irradiación para obtener la distribución adecuada de los agentes radioactivos y destruir el tumor. Las áreas irra-- diadas presentan eritemas, la función normal de los tejidos se altera; -- por tal motivo la tolerancia de la piel a la radiación debe determinarse para evitar una lesión grave. La necrosis de hueso suele presentarse des-- pués de un tratamiento prolongado.

a) Tratamiento en Tumores Benignos :

Muchos autores han planteado que la cirugía se emplee exclusivamente para los tumores benignos.

Durante muchos años, la tendencia para el tratamiento de los tumores benignos de las glándulas salivales ha consistido en un enfoque quirúrgico combinado con la radioterapia. Esto incluía, en algunos casos, radiación preoperatoria hasta una dosis tumoral de 300 rads en el transcurso de tres semanas, seguida de las cuatro a las seis semanas posteriores, por la enucleación del tumor y la implantación de una aguja de radio (3000 a 4000 rads) en el lecho del tumor. Algunas veces la enucleación se efectúa al comienzo, y después se implantan agujas de radio en el lecho tumoral, para lograr una dosis de 6000 a 7000 rads en cinco o siete días se creó que la radiación reduce algo de tamaño de los tumores benignos y provoca el engrosamiento de la pseudocápsula, facilitando así la enucleación. A pacientes remitidos después de la operación, cuyo tumor ha sido pequeño y superficial, se les trata mediante implantación de agujas de radio. Si el tumor ha sido más extenso, y su extirpación ha dejado al descubierto el nervio facial, o si el estudio histológico reveló alto grado de proliferación celular se les trata con cobalto 60 hasta completar una dosis tumoral de 4000 rads en tres semanas.

b) Tratamiento en Tumores Malignos :

El tratamiento quirúrgico de las neoplasias malignas de la cavidad bucal, requiere extirpación amplia; para eliminar el tumor, se emplea el bisturí y el electrocauterio. El electrocauterio es ventajoso debido a que controla la hemorragia, cerrando los vasos sangrantes y evitando el paso de las células del tumor a la circulación. La cicatrización primaria, no siempre se logra después de la escisión en el electrocauterio, debido a que la formación de tejido cicatrizal es extensa. Este tejido es extirpado, después de un tratamiento favorable de una lesión maligna; ya que la extensa formación cicatrizal, perjudica la función.

No es aconsejable la colocación de un injerto de hueso inmediatamente, después de una resección radical por carcinoma; por lo que es necesario un período de observación para asegurarse de que no habrá recidiva. Cuando los ganglios linfáticos cervicales o regionales al identificarse por palpación se encuentran agrandados, se extirpan ampliamente, antes de

que ocurra una extensión más amplia. Algunas estructuras vecinas se sacrifican en este procedimiento.

Es necesario ligar y extirpar algunos vasos sanguíneos para controlar la hemorragia y quitar completamente los tejidos linfáticos vecinos. El cierre se logra con sutura no reabsorbible, después de colocar tubos de drenaje para reducir la formación de hematomas. Los vendajes a presión son útiles para ayudar a la cicatrización.

Tratamiento Tumor Mixto Benigno y Maligno :

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. Las recidivas no son raras, y se explican fácilmente con el cáncer infiltrativo de algunos tumores mixtos, y también por la presencia de nódulos satélites.

En el pasado la recidiva de los tumores mixtos benignos de todas las localizaciones eran un hallazgo clínico común, probablemente porque en la cápsula de la lesión estas células tumorales son tan frecuentes que pueden quedar pequeños nidos en el tejido después de la enucleación. Si se comprueba que existe invasión capsular, se debe alcanzar una escisión algo más amplia como eliminación de un margen de tejido tumoral, y de la mucosa suprayacente, en el caso de las lesiones intrabucales, para evitar la recidiva. Como estos son radioresistentes, la irradiación con rayos X, depara beneficios y, por lo tanto, está contraindicada. En ausencia de tratamiento este tumor puede crecer hasta alcanzar un tamaño gigantesco, llegando a pesar 10 kilos o más. Algunos cirujanos prefieren enucleoar el tumor, mientras que otros particularmente en el caso de las lesiones parotídeas, prefieren eliminar todo el lóbulo.

Las lesiones se tratan por lo regular mediante la escisión extracapsular conservadora.

Cistadenoma Papilar Linfomatoso (Tumor de Warthon) :

Tratamiento : Escisión quirúrgica; esta puede ser realizada casi invariablemente sin lesionar el nervio facial, en particular porque la lesión suele ser pequeña y superficial .

Carcinoma Mucoepidermoide :

Tratamiento : Depende de muchos factores: localización, tamaño, presencia de metástasis, grado histológico de la lesión, edad y salud del enfermo; así como la destreza del cirujano. Este tipo de neoplasias reciben un mejor tratamiento mediante la extirpación quirúrgica, otros con radioterapia, y aún hay otros en que lo mejor es combinar los dos métodos anteriormente mencionados.

Algunos casos han respondido a la irradiación con rayos X; sin embargo ha de reservarse la irradiación para aquellos tumores de alto grado, cuya metástasis temprana sea grave.

Cilindroma :

Tratamiento: Quirúrgico; algunas veces se complementa con éxito la cirugía con la irradiación; no se recomienda la irradiación sola.

Adenocarcinoma de Células de Acino :

Tratamiento : Quirúrgico; consiste en la extirpación de la lesión con un margen de glándula normal, la parotidectomía subtotal con cuidado de no romper la cápsula. Como la metástasis a los ganglios linfáticos regionales no es común, probablemente no esté indicada la disección radical del cuello.

CONCLUSIONES :

Actualmente se conoce un poco más de los neoplasias tanto benignas como - malignas, la consecuencia de esto ha sido lograr un diagnóstico mejor y - una comprensión más amplia de los enfoques terapéuticos.

El cirujano dentista debería estar suficientemente calificado para detectar enfermedades tumorales en boca; la meta idealmente debería ser el evitar las neoplasias, pudiendo establecer un diagnóstico temprano y seguro del cáncer, mediante métodos seguros y no peligrosos de curación.

El cirujano dentista tiene la oportunidad de examinar sistemáticamente a los pacientes en busca de cualquier aspecto de enfermedad bucal. Deberá - ser siempre muy precavido con respecto a cualquier cambio encontrado en - las características de la mucosa bucal. El poder reconocer cambios malig nos tempranos en los tejidos bucales debe tomarse como un reto, lo que - estimulará al cirujano dentista a estudiar y mejorar su capacidad para for mular el diagnóstico. Así mismo para lograr resultados satisfactorios es sumamente importante enviar prontamente a los pacientes a instituciones - donde reciban tratamiento definitivo.

El diagnóstico cuidadoso, es clave del éxito y generalmente indica el mé todo de tratamiento.

I N D I C E

ANATOMIA HUMANA

Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez
Edición : Vigésima. Año 1979 .
Editorial : Porrúa .

ANATOMIA HUMANA

Lochart, Hamilton, Fyfe .
Editorial: Interamericana

CIRUGIA BUCAL, ATLAS PASO POR PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS

W. Harry Archer
Tomo : I y II
Edición : Reimpresión de la 2a. edición. Año 1978 .
Editorial : Mundi

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

Edward V. Zegarelli, et. at.
Editorial : Salvat .

EMBRIOLOGIA CLINICA

Keithl Moore
Editorial : Interamericana

EMBRIOLOGIA HUMANA

Hamilton, et. at.
4a. Edición
Editorial : Interamericana

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

Robbins L. Stanley
Editorial : Interamericana .

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

Gustavo O. Kruger

4a. Edición, Año 1979 .

Editorial : Interamericana

TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA

Arthur C. Guyton

4a. Edición

Editorial : Interamericana

TRATADO DE HISTOLOGIA

Arthur W. Ham

7a. Edición

Editorial : Interamericana

TRATADO DE PEDIATRIA

Nelson Vanghan Mc. Kay

Tomo : II

Editorial : Salvat

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA

Mitchell Standish Fast

2a. Edición

Editorial : Interamericana .