



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
*CIRUJANO DENTISTA***

P R E S E N T A :

Carlos Guerrero Hernández



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.

INTRODUCCION

I. GENERALIDADES DEL TEJIDO EPITELIAL

II. CLASIFICACION Y DESARROLLO DE LAS GLANDULAS

- 1.- Glándulas Exocrinas
- 2.- Glándulas Endocrinas
- 3.- Glándulas Mixtas

III. GLANDULAS DE LA CAVIDAD ORAL

IV. GLANDULAS SALIVALES MAYORES

- 1.- Parótida
- 2.- Submaxilar
- 3.- Sublingual

V. GLANDULAS SALIVALES MENORES

VI. SALIVA

VII. TRASTORNOS DEL FLUIDO SALIVAL

- 1.- Xerostomia
- 2.- Salorrea (Ptialismo)

VIII. TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DE LAS GLANDULAS SALIVALES

- 1.- Aplasia
- 2.- Atresia

IX. ENFERMEDADES MAS COMUNES

- 1.- PAROTIDITIS EPIDEMICA.
- 2.- PAROTIDISMO INESPECIFICA.

- A) Sialodentitis Inespecifica Crónica
- B) Parotiditis posoperatoria Aguda
- C) Parotiditis Nutricional
- D) Parotiditis Quística
- E) Factores Varios

X. TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

1.- TUMORES BENIGNOS

- A).- Adenoma Pleomorfo
- B).- Cistadenoma Papilar Linfomatoso
- C).- Adenoma Oxifilo
- D).- Adenoma Canalicular
- E).- Lesión Linfoepitelial Benigna
- F).- Síndrome de Sjorgen

2.- TUMORES MALIGNOS

- A).- Adenoma Pleomorfo Maligno
- B).- Carcinoma Quístico Adenoideo
- C).- Adenocarcinoma de Células Acinosas
- D).- Carcinoma Mucoepidermoide
- E).- Carcinoma Mucoepidermoide Central de Maxilar
- F).- Carcinoma Adenoescamoso
- G).- Adenocarcinoma de Formas Diversas
- H).- Carcinoma Epidermoide.

XI. TUMORES DEL ESTROMA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Conclusión

Bibliografía.

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

Actualmente la Odontología rama de la medicina, está siendo enfocada hacia la prevención y hacia la solución inmediata a los padecimientos que afectan a la cavidad oral; es por eso que la misión del Cirujano Dentista debe estar enfocada al conocimiento más amplio del sistema masticatorio y a la importancia de su función, que es la masticación. Esta, como etapa inicial de la digestión de los alimentos y de la asimilación de los mismos en el organismo.

Por lo tanto, es necesario conocer perfectamente el estado anatómico y fisiológico de la cavidad oral, para poder reconocer cualquier alteración que en ella se presente y que afecte sus funciones, siendo una de las principales la masticación.

Es de nuestro conocimiento la importancia que tienen las glándulas salivales y su secreción en el acto de la masticación y deglución de los alimentos, así como también debemos tomar en cuenta las alteraciones que aquejan a las glándulas salivales.

En el estudio de la patología bucal, el Cirujano Dentista, debe poner especial interés y cuidado para poder describir a tiempo diferentes tipos de enfermedades, que pueden traer para el paciente serios trastornos generales.

1.- GENERALIDADES DEL TEJIDO EPITELIAL.

El tejido epitelial es un tejido muy específico porque está especializado para proteger, absorber y segregar. Así podemos describir que toda la superficie del cuerpo humano está cubierto de tejido epitelial; por ejemplo, como protector encontramos que es td en capas o membranas de células que cubren y revisten superficies como la superficie exterior del cuerpo o parte externa de la piel el intestino, las vías mayores del aparato respiratorio, y vías urinarias, etc. Las superficies que son protectoras y absorbentes; como por ejemplo, el tejido epitelial que recubre el intestino, y las que además son secretoras, pero que están en forma de glándulas.

El tejido epitelial se clasifica tomando en cuenta la forma de las células y si están agrupadas en una o en varias capas y así puede ser simple o poliestratificado.

- 1.- EPITELIO SIMPLE
 - a.- Escamoso o plano
 - b.- Cuboidal o bajo
 - c.- Columnar o alto, cilíndrico ciliado
 - d.- Pseudoestratificado. no ciliado
estriado

- 2.- EPITELIO POLIESTRATIFICADO
 - a.- Escamoso
 - b.- Columnar
 - c.- Transicional

- 3.- EPITELIO GLANDULAR
 - a.- Glándula calciforme o de Golbet
 - b.- Multicelular exocrino
endocrino
mixto

- 4.- MIOEPITELIO

Las membranas epiteliales del cuerpo están adaptadas a sus funciones particulares, dependiendo del desgaste o roce que tenga la membrana al producirse absorción o filtración a través de ella y por lo tanto donde no hay este fenómeno, las capas de células son mayores y se le denomina epitelio estratificado. Las células superficiales de cualquier membrana epitelial estratificada pueden seguir viviendo si la superficie en la cual están situadas se mantiene constantemente húmeda con un líquido adecuado; por ejemplo, las células superficiales de la membrana epitelial que reviste el carrillo viven porque el interior de la boca siempre está humedecida por la saliva.

La diferencia de la membrana epitelial estratificada expuesta al aire, como el caso del epitelio cutáneo, las células de la capa más externa no pueden mantenerse vivas, porque se deshidratan.

Estas células superficiales de las membranas epiteliales secas se unen para convertirse en un material córneo denominado queratina. Este es un albuminoide, relativamente insoluble e impermeable; por lo tanto constituye una cubierta protectora que no permite el paso del agua y protege el medio líquido de las células epiteliales que forman las capas de la membrana. Como las células epiteliales de las capas profundas se están produciendo constantemente, se

desplazan sin interrupción nuevas células hacia la superficie; cuando se acercan a ella se transforman en queratina, para sustituir la que se pierde por desgaste. En consecuencia, el proceso de queratinización es continuo.

Por consiguiente, no todas las superficies que están en contacto con el aire se queratinizan. La naturaleza ha establecido mantener húmedas tales superficies externas no queratinizadas, por ejemplo; las capas más externas del ojo, que no se queratinizan - porque se mantiene la superficie húmeda por una capa delgada de líquido. Esto se logra por medio de - - glándulas que agregan pequeñas cantidades del mismo líquido que estimula la secreción del llanto y éste se distribuye automáticamente por medio del parpadeo que es automático en una persona normal.

II.- CLASIFICACION Y DESARROLLO DE GLANDULAS

En el cuerpo humano tenemos dos tipos de glándulas que son de tipo endocrino y exocrino, que proviene del sufijo "Krino" que significa yo separo. En este caso es equivalente a yo segrego, siendo las glándulas exocrinas las que segregan hacia afuera y las endocrinas que segregan hacia adentro.

Los dos tipos de glándulas se originan de células epiteliales procedentes de una membrana superficial, que crecen bien sea en forma de cordón o de túbulo, en el interior del tejido conectivo, situado debajo de la membrana; por lo tanto, las células epiteliales invaden el tejido conectivo en virtud de su proliferación, formando así una glándula. En el caso de las glándulas exocrinas persiste la conexión epitelial entre la glándula y la superficie. Las células epiteliales constituyen el revestimiento de conducto, por el cual la secreción elaborada por la glándula se vacía en la superficie de la cual tomó origen en la glándula. Las glándulas endocrinas y las células epiteliales que unen a la glándula con la superficie y que se señalan la vía seguida por la misma en su desarrollo, desaparecen y dejan el islote epitelial completamente rodeado de tejido conectivo. A veces persisten grupos aislados de tales células de unión, que más tarde, bien entrada la vida, -

pueden empezar a producir líquido de forma que queden rodeadas de dicho líquido segregado; constituyen entonces la cubierta de una esfera que se le llama quiste. Este es sólo uno de los casos de formación de los quistes, porque hay otros que se forman en diferentes circunstancias.

1.- GLANDULAS EXOCRINAS

Aunque las células epiteliales de una glándula exocrina tienen un mismo origen encontramos las células más diferenciadas que son las secretorias; y las menos diferenciadas que son las que revisten los conductos (simples o múltiples).

Estas se encuentran en el extremo del conducto, o si es ramificado en el extremo de cada una de sus ramas. Estas se disponen de tal manera que forman un pequeño agregado de células o racimo de células secretorias que denominamos UNIDAD SECRETORIA.

Cada unidad secretoria posee una cavidad o luz central en cual pueden vertir la secreción las células que la componen.

Las células secretorias se desintegran y por lo tanto tiene que haber nueva formación de nuevas células y de estas hay dos posibles orígenes que son; - 1); Otras células secretorias 2)- O las células del conducto por el cual se continúa la unidad secretoria.

Las células de los conductos no están tan bien diferenciadas como de las células secretorias, intentemente especializadas; por consiguiente, las primeras son capaces de reproducirse más rápidamente y - las que se hallan más cerca de la unidad secretoria podrán diferenciarse en células secretorias y tomar

el lugar de las que han sido destruidas. Por lo tanto las células que se encuentran más cerca de la unidad secretora, sirven como fuente de nuevas células.

La clasificación de las glándulas exocrinas pueden ser tubulares, acinosas y alveolares, simples y compuestas.

- a) - Glándulas exocrinas tubulares son aquellas en que las unidades secretoras tienen forma de tubos.
- b) - Glándulas acinosas son de forma más redondeadas. (Acinus). racimo.
- c) - Glándulas exocrinas alveolares (alveolus) hueco.
- d) - Glándulas exocrinas simples son las que se caracterizan por presentar un conducto excretor independiente y no ramificado.
- d) - Glándulas exocrinas compuestas son las que se caracterizan por presentar un conducto excretor ramificado de tal manera que en realidad constituyen un sistema de conductos.

Además pueden ser Holocrinas, Merocrinas y Apocrinas. Estos términos se refieren a la forma de elaborar la secreción las células de las glándulas. En

el caso de las halocrinas, el proceso es muy drástico. Para segregar, una célula empieza por acumular productos secretores en su citoplasma, luego muere y se desintegra. En consecuencia, la célula muerta es eliminada y constituye la secreción; para que la glándula holocrina persista, sus células menos diferenciadas deben reproducirse constantemente para proporcionar células nuevas que puedan diferenciarse en células secretorias.

Las glándulas merocrinas son lo opuesto de las anteriores; no se desintegran totalmente, sino sólo parte de ellas. Como su nombre lo indica (Meros- parte y Crino- yo separo). En las glándulas merocrinas atraviesan la superficie de las células secretorias productos ya formados que van a parar a una luz de unidad secretoria sin que en el proceso se pierda nada del citoplasma de células correspondientes.

En las glándulas apocrinas, el proceso es sumamente parecido, aunque en éstas se pierde una cantidad de protoplasma a nivel del borde secretorio libre de las células cuando los productos de secreción lo atraviesan.

Existen diversos tipos de células glandulares como son las glándulas serosas, mucosas y de fermento o mixtas, pero éstas sólo se refieren a unas cuantas glándulas exocrinas no a todas y solamente pue--

den ser las glándulas salivales cuyos conductos se abren en la cavidad bucal y en ella vacían la saliva.

Las glándulas mucosas presentan entre las mallas de su protoplasma pequeños granos de mucígeno, que son arrastrados por el líquido contenido en las vacuolas del protoplasma, y el moco segregado está formado por la unión de este líquido y el mucígeno. Esto se observa en las células de las glándulas sublinguales y submaxilares también son células mucosas.

Las células Serosas tienen el protoplasma granuoso; segregan una serocidad que se mezcla al moco de las células mucosas y que arrastra consigo el fermento glandular, como la ptialina; este es el caso de glándula submaxilar.

En las células de fermento o mixtas tenemos un ejemplo muy claro como es el del páncreas, que estas células encierran en su protoplasma pequeños granos parecidos al mucígeno, pero que contienen un fermento y por este motivo se les llama a los grumitos sustancias de zimógeno.

2.- GLANDULAS ENDOCRINAS

Estas glándulas son más sencillas de describir, pues no tienen conductos. Como las células secretoras vacían el producto en los capilares tienen que estar dispuestas de manera que todas lindan con ellos. Y es porque están dispuestas las células secretorias en cordones rectos o irregulares, separados entre sí por capilares.

Todas las glándulas endocrinas acumulan en mayor o menor grado su secreción. En la mayor parte se logra por almacenamiento intracelular. Así por ejemplo, las células endocrinas que producen insulina, esta hormona que es tan importante para evitar la diabetes, suelen almacenar en su protoplasma una cantidad de hormona o de su precursor inmediato suficiente para matar a una persona si ésta fuera segregada de una vez.

Las células de un grupo secretorio segregan hacia dentro y originan un acúmulo de secreción que en realidad es extracelular, pero queda totalmente rodeado de células. Tal disposición celular rodean una pequeña esfera de secreción almacenada recibe el nombre de folículo.

La secreción de algunas células endocrinas se observa en el citoplasma de algunas células, constituyendo gránulos de secreción.

Algunas glándulas endocrinas que segregan hormonas tipo solubles presentan en el citoplasma gotitas de material graso, pero que en realidad son vacuolas ya analizándolas con la técnica de la parafina pero aún no se sabe la función directa de estas vacuolas en el proceso secretorio de la glándula.

Las glándulas endocrinas están contenidas en cápsulas de tejido conectivo, generalmente algunas proyecciones de este tejido penetran en la sustancia glandular, constituyendo trabéculas que le prestan soporte interno y llevan vasos sanguíneos y fibras nerviosas.

Las trabéculas son las que le dan el aspecto lobulado que presentan los cortes frecuentemente cuando se observan al microscopio.

3.- GLANDULAS MIXTAS.

Las glándulas con estas características se originan a partir de una evaginación de revestimiento epitelial del intestino. Como un ejemplo claro tenemos el páncreas. Esta evaginación epitelial se ramifica más y más para constituir un sistema de conductos, pero también origina dos tipos de unidades secretorias; unas serosas en las cuales las luces de las porciones secretorias quedan unidas a las ramas terminales del sistema de conductos y pequeños grupos de células denominadas islotes de Langerhans que en lugar de desarrollar una luz, se disponen en cordones irregulares y acúmulos muy ricos en capilares. Los islotes celulares del mismo origen que el sistema de conductos, pueden mantener contacto con ellos, pero no hay continuidad entre la luz del sistema de conductos y tales células por lo tanto tienen que segregarse directamente en los muchos capilares que la riegan. Todo esto constituye el elemento endocrino del páncreas. Por consiguiente, vemos que el páncreas tiene las dos funciones como son vaciar la secreción en el sistema de conductos con dos tipos diferentes de células y así una glándula endocrina y exocrina.

III.- GLANDULAS DE LA CAVIDAD ORAL.

Las glándulas principales de la cavidad oral - que se dividen en tres partes principales que son; - parótida, submaxilares y sublinguales. Aunque hay - glándulas de menor volumen que contribuyen a la se- - creción de la saliva que se encuentran en toda la mu - cosa oral.

Las células secretoras de las glándulas saliva- les podemos clasificarlas en dos para su estudio de acuerdo con el tipo de secreción.

A.- Células serosas o albuminosos.- Se encuentran - formando parte principalmente de la parótida y de - otras glándulas de la cavidad oral. Las células son de forma piramidal o poliédrica y se reúnen para - formar acinis o alveolos globulares, cuya luz es - muy angosta. Son más pequeñas que las células mucos- sas; su núcleo es esférico ligeramente excéntrico. Las células en reposo, el citoplasma presenta gránu - los secretorios pequeños y altamente refráctiles - obscureciendo los límites celulares. Estos gránulos de zimógeno, son precursores de la ptialina y se ca- racterizan porque se acumulan entre el núcleo y el extremo libre de las células mucosas. Las células - serosas drenan la mayoría de sus productos a través de formaciones llamadas capilares secretorias inter- celulares o canaliculos.

B.- Células mucosas.- Secretan mucina, glicoprotei-

na que al disolverse con el que se transforma en una sustancia llamada moco que le da a la saliva su viscosidad. 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 también entre las pequeñas glándulas mixtas en donde constituyen el mayor número de alveolos; son escasas en las glándulas submaxilares. Las células mucosas son irregularmente cuboidales y se encuentran alineadas sobre la membrana basal. Los alveolos mucosos varían de formaciones globulares a grandes masas ramificadas; su volumen forma túbulos elongados. En preparaciones fijadas, el núcleo se observa deformado, comprimido y cercano a la base celular; a medida que la célula libera su contenido, el núcleo se aleja de la base hacia la cavidad oral, sus paredes se continúan con la membrana mucosa.

Las glándulas salivales se pueden clasificar de acuerdo con su localización y sus dimensiones.

1) - Por su localización

A.- Glándulas del vestibulo:

1.- Glándulas labiales.

a) labiales superiores

b) labiales inferiores

2.- Glándulas bucales

a) bucales menores

b) Parótida

B.- Glándulas de la cavidad inferior

1.- Glándulas del piso de la boca

- a) Submaxilar
- b) Sublingual mayor
- c) Sublinguales menores
- d) Glosopalatinas

2.- Glándulas de la lengua.

- a) linguales anteriores
- b) linguales posteriores
 - Glándulas anexas a las papilas calciformes.
 - Glándulas de la base de la lengua.

3.- Glándulas palatinas

II).- Por sus dimensiones se dividen 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.

IV.- GLANDULAS SALIVALES MAYORES.

1.- GLANDULA PAROTIDA.

Entre todas es la de mayor tamaño, su proporción superficial se localiza por delante del oído externo sobre la cara lateral del macetero y se extiende ligeramente hacia atrás, por debajo del conducto auditivo externo. Su ángulo anteroinferior llega hasta el cuello con el nombre retromandibular. La glándula se encuentra cubierta por una cápsula de tejido conjuntivo denso, grueso y adherente que emite trabéculas hacia el interior dividiéndola en lóbulos y lobulillos.

La parótida es una glándula compuesta exocrina, alveolar o acinar ramificada, pertenece al tipo seroso puro, ya que en su mayor parte consta de células albuminosas. Sus segmentos terminales o acinis tienen forma ovoide y se encuentran muy próximos entre sí en el escaso tejido conjuntivo que los separa se observan células siempre abundantes. Los alveolos vierten su contenido hacia los conductos intercalados, los cuales son largos, ramificados por un epitelio cuboidal bajo. Los túbulos estriados son notorios.

La saliva secretada por la parótida es conducida hacia la cavidad oral a través del conducto de Sténon, el que después de pasar entre los haces mus

culares del buccinador, se abre en la mucosa bucal al nivel del segundo molar superior. El conducto - parotídeo de Sténon está constituido por una doble capa de células columnares que descansan sobre una membrana basal bastante marcada. Con frecuencia se observan glándulas parotídeas accesorias a lo largo del conducto de Sténon.

La glándula parotídea elabora una capa gruesa que favorece la humidificación y limpieza constante de la cavidad bucal. Contiene además proteínas y sales minerales, una enzima, ptialina, que actúa químicamente hidrolizando hidratos de carbono de molécula compleja en otras más simples.

2.- GLANDULA SUBMAXILAR

Es de forma ovoide, del tamaño de una nuez mediana, se encuentra rodeada de una cápsula delgada de tejido conjuntivo laxo. La mayor parte de la glándula se aloja en la fosa del mismo nombre del miohioideo. Esta glándula salival es de tipo mixto, predominando las células de tipo serosas sobre la mucosa. Los conductos irregulares son relativamente cortos; los estriados son un poco más grandes y numerosos; se les compara con los de la glándula parótida. El conducto submaxilar drena hacia el conducto de Wharthon caracterizado por senos de menor diámetro que el Sténon 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 parótidea.

3.- GLANDULA SUBLINGUAL.

Se encuentra situada entre el tejido conjuntivo laxo submucoso del piso de la cavidad oral propiamente dicha. Es de poco grosor, aplanada y elongada. Esta glándula es de tipo mixto; predominan las células mucosas sobre las serosas. Las células albuminosas se encuentran en la periferia, formando las lúnulas de Granuzzi. Es raro observarse alveolos serosos puros. Los conductos intercalados istmos son variables en longitud. Los túbulos, estriados escasos y cortos. La saliva que secreta la glándula sublingual mayor es drenada hacia el conducto de Bartholini, que en la mayoría se abre con el conducto de Wharton en el piso de la boca.

V.- GLANDULAS SALIVALES MENORES.

Empezaremos nombrando las principales glándulas menores que se encuentran en la cavidad oral.

1.- Glándulas Labiales.

Se encuentran localizadas en la superficie interna de los labios, siendo de tipo mixto. Son variables en cuanto a su tamaño y se observa en grupo en la submucosa, en la cual fácilmente pueden palpase: no se encuentran encapsuladas y sus conductos intercalados son cortos.

2.- Glándulas Bucales Menores.

Semejantes en su estructura a las labiales. Las que se encuentran cerca de la desembocadura del conducto de Sténon y que vierten su contenido al nivel de la región del tercer molar superior reciben el nombre de glándulas molares. Sobre la superficie externa del músculo buccinador observamos también - Glándulas Bucales.

3.- Glándulas Glosopalatinas.

Son glándulas mucosas puras; se localizan al nivel del istmo de las fauces; se continúan hacia atrás con las sublinguales menores. Ascienden con la submucosa del repliegue glosopalatino. Pueden llegar a ocupar únicamente el pilar anterior del velo del paladar o extenderse hacia el paladar

duro, en donde se funcionan con las glándulas palatinas.

4.- Glándulas Palatinas.

Ocupan el techo de la cavidad oral propiamente dicha. Pueden dividirse en: 1)- Glándulas del paladar duro, 2)- Glándulas del paladar blando y -
ávula.

En la porción anterior del paladar duro, estas glándulas se encuentran localizadas en la submucosa. Continuado hacia atrás, los grupos laterales se disponen en hileras compactadas y aumentan de tamaño -
considerablemente.

La estructura de las glándulas palatinas corresponde a las del tábulo alveolares ramificadas. Las células predominantes son las mucosas. Los elementos celulares de los conductos intercalados fácilmente se convierten en células mucosas.

5.- Las Glándulas de la Lengua.

Se dividen en tres grupos principalmente: serosas, mucosas y mixtas. La glándula lingual anterior, está localizada en la superficie inferior de la lengua, a un lado del frenillo y cerca del ápice.

En cuanto a su estructura, está constituida por glándulas ra

cimosas situadas profundamente entre los elementos morfológicos linguales. Esta glándula es mixta, aunque predominan las células mucosas en su porción anterior. En su porción posterior se observan alveolos mucosos cubiertas por semilunas de células serosas. Las glándulas de la base y borde de la lengua son de variedad mucosa. En las regiones inmediatas a las papilas calciformes y foliadas son reemplazadas por las glándulas serosas de Bon Ebner.

6.- Glándulas Sublinguales Menores.

En número de ocho a diez, forman parte del llamado "macizo glandular sublingual" junto con las glándulas sublingual y la prolongación milohiodea de la submaxilar. La mayoría de las sublinguales menores son del tipo mucosa y drenan sus secreciones hacia el piso de la cavidad propiamente dicha, a través de los conductos de Ravini que a veces se unen al conducto de Bartholini o al de Wharton.

VI.- S A L I V A .

Se conoce con el nombre de SALIVA a los productos secretorios y excretorios acumulados y eliminados por las glándulas salivales hacia la cavidad oral. Es líquida y suele contener restos celulares bacterias y leucocitos. En el hombre, el volumen de saliva segregada en 24 horas varía entre 1000 y - - 1500 cc. Estas cantidades están sujetas a grandes variaciones, que depende de la edad, ejercicio y dieta del individuo, además de los estímulos físicos y psíquicos a que esté sujeto el individuo en determinado momento, pero siendo los resultados completamente independientes en cada persona.

La saliva mixta es un fluido ligeramente opalescente y espumoso contiene un 99.5% de agua; el resto está formado por sales, gases, y productos orgánicos. Entre estos últimos encontramos dos enzimas (ptialina o amilasa salival y maltasa) y mucina; también encontramos proteínas, sales minerales, partículas alimenticias, corpúsculos salivales (leucocitos polimorfo nucleares). Entre los componentes inorgánicos encontramos que los más importantes son: el fósforo, calcio, sodio, potasio, magnesio e índice de otros componentes. La saliva contiene además los gases bióxido de carbono, oxígeno y nitrógeno en solución y un sistema amortiguador de bicarbonatos. Su PH es de 6.2 a 7.4 y la viscosidad de la sa

liva depende del tipo predominante de saliva secretada. La saliva serosa le da sus características acuosas al fluido; la mucina le proporciona a la saliva su aspecto grueso y viscoso.

La saliva contiene factores antibacterianos como la lisozima que ejerce un efecto lítico sobre los micrococos y sarcinas, enzimas eficaces contra microorganismos lisozimo-resistentes y contra la mayoría de los microorganismos transitorios, y una enzima que hidroliza mucopolisacáridos y puede afectar microorganismos como el neumococo. La secreción parotídea contiene anticuerpos contra las bacterias naturales de la boca y la saliva contiene asimismo gamma-globulinas capaces de desarrollar actividad de anticuerpo.

En la saliva también encontramos vitaminas como son: ptialina, riboflavina, peridoxina, niacina, ácido pantoténico, fólico, vitamina B, C y K. Las fuentes de las vitaminas son la síntesis microbiana, la secreción de las glándulas salivales, residuos de alimentos, leucocitos degeneradas y células epiteliales exfoliadas.

FUNCIONES DE LA SALIVA.

- 1.- Lubrica y humedece la mucosa bucal y labios con lo cual facilita la articulación. Esta función debe de ser continua, pues la saliva se evapora y es deglutida.

- 2.- Permite que la boca quede limpia de restos celulares y alimenticios que, de lo contrario, constituirían un excelente medio de cultivo para las bacterias.
- 3.- Probablemente la función más importante de la saliva es la de humedecer el alimento - y transformarlo en una masa semilíquida para que pueda tragarse fácilmente.
- 4.- El papel digestivo de las enzimas salivales es dudoso. La amilasa hidroliza el almidón produciendo maltosa en medio alcalino o ligeramente ácido.
- 5.- La intensidad de la secreción salival ayuda indirectamente a mantener el equilibrio hídrico en el cuerpo. Si se ha perdido demasiado líquido, los tejidos, incluyendo las glándulas salivales se deshidratan la consecuencia es que disminuye la secreción, se seca la mucosa de la boca y ello a su vez, despierta la sensación de sed.

VII.- TRASTORNOS DEL FLUIDO SALIVAL.

1.- XEROSTOMIA :

La xerostomía, o sequedad de la boca, es una manifestación clínica de la disfunción de las glándulas salivales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

En algunos casos el paciente se queja de tener una sensación de sequedad de la boca o ardor, pero la mucosa es normal.

En otros casos, hay una completa falta de la saliva. Cuando la deficiencia de la saliva es mucha, puede haber grandes alteraciones de la mucosa, y el paciente puede tener muchas molestias. La mucosa aparece atrófica y seca, en ocasiones inflamada, y con mayor frecuencia translúcida y pálida. La lengua manifiesta la deficiencia de las papilas debido a dicha atrofia; también presenta fisuramiento, inflamación, resquebrajamiento y, en zonas la desnudeción, en casos graves.

ETIOLOGIA.- Xerostomía no se encuentra vinculada con una reacción emocional, ni con una obstrucción del conducto por cálculos, con la infección aguda o crónica de las glándulas salivales o con la administración de diversas drogas, como atropina o antihistamínicos. Pero se podría señalar, que algunas personas ingieren antihistamínicos como medida profiláctica contra la-

sinusitis crónica, fiebre del heno, o diversas alergias. Este uso puede producir una xerostomía parcial a la que el paciente se acostumbra.

La irradiación de R-X generalmente administrada para el tratamiento de un tumor en esas zonas, induce a una xerostomía bastante rápida que puede ser una de las primeras y principales molestias del paciente. En este tipo de pacientes la xerostomía puede durar unos días, semanas o meses, sin embargo, en algunos pacientes es permanente, al parecer por la atrofia de las glándulas debido a la radiación. La deficiencia de la vitamina A, afecta al epitelio especializado de las glándulas salivales, por lo que se pensó que era una de la causa del síndrome seco o queratoconjuntivitis seca, no obstante existen pocas pruebas que lo afirmen.

Otros factores que pueden intervenir en la disminución de producción de saliva pueden ser: la disminución de riboflavina y ácido nicotínico, en trastornos endocrinos, en la anemia perniciosa, en anemias ferroprivas, también pueden estar asociadas a la pérdida de líquidos en el cuerpo por hemorragias, sudoración excesiva, diarreas o vómito. Probablemente, la poliuria que hay en la diabetes mellitus y la diabetes insípida es la causante de la reducción de la secreción salival y la consiguiente sed en los pacientes con estas enfermedades.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de la xerostomía dependerá de la naturaleza de la enfermedad. Cuando sea factible descubrir la causa, obviamente se la corregirá.

2.- SIALORREA (PTIALISMO)

El ptialismo o secreción salival excesiva se presenta en una serie de estados, como el uso de determinadas drogas (mercurio, pilocarpina, yoduros, bromuros, fósforos), gingivitis ulceronecrotizante aguda, diversas formas de estomatitis, angina de Vincent, irritación tabáquica y estimulación psíquica.

En el caso del mercurio la cavidad bucal sufre seriamente en el mercurialismo y presenta muchas características pero no necesariamente signos y síntomas patognómicos. Hay un aumento del flujo salival y sabor metálico en la boca debido a la excreción de mercurio en la saliva. Las glándulas salivales pueden estar tumefactas, y a veces, la lengua puede estar agrandada y dolorosa. En ocasiones hay hiperemia e hinchazón en la encía.

VIII.- TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

1.- A P L A S I A (A G E N E S I A)

La ausencia congénita de las glándulas salivales principales es un fenómeno poco común. Puede faltar cualquiera o grupos de estas glándulas, unilateral o bilateralmente. Esta anomalía es de etiología desconocida y no está necesariamente asociada con otras displasias ectodérmicas.

Nada se sabe de una posible pauta familiar o hereditaria.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Una de las principales molestias que presenta el paciente, es la boca seca, o xerostomía, que llega a ser tan intensa que requiere de la ingestión constante de agua durante el día y en particular durante la comida. Clínicamente, la mucosa se presenta lisa o a veces guijarrosa, con tendencia a acumular residuos. Las personas con este padecimiento presentan, en forma característica, el resquebrajamiento de los labios y el fisuramiento de las comisuras. La ausencia de saliva y la falta de acción de lavado concomitante, permite la acumulación de residuos alimenticios alrededor de los dientes ocasionando caries irrestricta y la pérdida temprana de la dentadura primaria y de la permanente.

TRATAMIENTO.- No hay tratamiento particular para estos trastornos, excepto a los dientes para conservarlos el mayor tiempo posible.

2.- ATRESIA :

La oclusión congénita o ausencia de uno o más de los conductos de las glándulas salivales principales es una anomalía extraordinariamente rara. Cuando se presenta, puede dar lugar a la formación de un quiste de retención o producir una xerostomía relativamente intensa.

IX. - ENFERMEDADES MAS COMUNES

1.- PAROTIDITIS .

(Parotiditis epidémica)

La parotiditis (Paperas) es una infección viral aguda y contagiosa; se caracteriza principalmente por hinchazón unilateral o bilateral de las glándulas salivales, por lo común la parótida. Las glándulas submaxilar y sublingual a veces son atacadas, pero raramente sin que también esté la parótida. A veces son afectados ciertos órganos internos además de las glándulas salivales. Aunque suele ser una enfermedad de la niñez, también se da en adultos, y entonces la tendencia a las complicaciones es mayor. Esta enfermedad tiene un periodo de incubación de dos o tres semanas.

Características Clínicas:

La enfermedad suele ir precedida por cefáleas, escalofríos, fiebre moderada, vómito, y dolor debajo de la oreja. Estos síntomas van seguidos de la hinchazón firme, algo gomosa o elástica de las glándulas salivales que con frecuencia eleva la oreja y que dura alrededor de una semana. Esta tumefacción de esta glándula produce dolor al masticar. La afección parotídea bilateral ocurre aproximadamente en el 70% de los pacientes.

Es interesante señalar que el virus de la paro

titiditis epidémica se encuentra en la saliva de personas enfermas. Por ello, la diseminación y la infección por gotas es común. Así mismo, se hizo saber que la papila del orificio de salida del conducto parotídeo en la mucosa vestibular suele estar tumefacta y enrojecida.

Complicaciones: Como complicación de la enfermedad pueden quedar afectados otros órganos del cuerpo, Estos incluyen testículos, ovarios, páncreas, glándulas mamarias y a veces próstata, epididimo y corazón. Cuando la enfermedad ataca al varón adulto la orquitis es el mayor peligro y se origina en un 20% de los enfermos. Esta suele ser unilateral pero en algunos casos provoca esterilidad completa. La lesión del páncreas suele causar una elevación de la lipasa sérica. También está elevada la amilasa sérica, pero esto es independiente de la afcción pancreática. La meningoencefalitis, sordera y mastitis son otras complicaciones ocasionales.

La enfermedad raras veces es mortal, pese que es muy molesta y peligrosa.

2.- PAROTIDITIS INESPECIFICAS

Hay varios estados "inespecíficos" que se caracterizan por el agrandamiento de una o más glándulas salivales que no guardan relación etiológica con la parotiditis epidémica o verdadera pero que ofrecen apreciables dificultades en el diagnóstico y separación diferencial de ésta. Aunque no todas las hinchazones son de origen microbiano específico, algunas de las afecciones más comunes serán estudiadas aquí en razón de su semejanza macroscópica y a veces microscópica con la parotiditis epidémica. Estas incluyen:

- A)- Sialoadenitis inespecífica crónica,
- B)- Parotiditis posoperatoria aguda,
- C)- Parotiditis nutricional,
- D)- Parotiditis quística,
- E)- Varias.

A).- SIALADENITIS INESPECIFICA CRONICA.

Es una enfermedad inflamatoria insidiosa de las glándulas salivales principales que se caracterizan por la hinchazón intermitente de esas glándulas, lo cual conduce a la formación de masas fibrosas - - apreciables a simple vista. Este padecimiento se observó con mayor frecuencia en adultos varones.

La causa más frecuente es la presencia de cálculos en los conductos salivales con la ulterior infección bacteriana piógena. Pero cualquier situación que ocasione la oclusión del conducto salival como - la presencia de tumores, cuerpos extraños o cicatrices, puede dar como resultado esta forma de enfermedad.

El eliminar el factor etiológico puede haber una remisión de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Si no se hace tratamiento, la glándula salival puede ser reemplazada por tejido fibroso, - que puede ser de tipo tumoral por su extensión.

B).- PAROTIDITIS POSOPERATORIA AGUDA.

Esta afección tiene una larga e interesante historia. En la actualidad se cree que es producto de una infección retrógrada (infección que llega a la glándula parótida debido a microorganismos que ascienden por el conducto parotídeo) en pacientes debilitados y enfermos por deshidratación, supresión de la secreción salival, vómitos o respiración bucal o ambos, después de un procedimiento quirúrgico. De manera que se piensa que la xerostomía, es uno de los factores más importantes, pues que el estancamiento del flujo salival permitiría la ascensión de los microorganismos por el conducto, hacia la glándula.

Los microorganismos encontrados son: el *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans* y el neumococo.

La mayoría de los pacientes atacados son adultos, de edad media o mayores. La afección bilateral de la glándula parótida es común y los signos y síntomas suelen comenzar entre el segundo y vigésimo día posoperatorio. Cualquier procedimiento quirúrgico puede ser seguido, no sólo una operación local en las zonas de las glándulas salivales aunque se desconoce el mecanismo exacto.

El comienzo de la enfermedad es rápida y con -

frecuencia va acompañado de dolor intenso y rápida hinchazón de la glándula parótida. El edema abarca el carrillo, zona periorbitaria y cuello.

Hay trismo y fiebre de poca intensidad con cefaleas, malestar general y leucocitosis. Es posible extraer una descarga purulenta del conducto parotídeo mediante presión digital, ejercida a lo largo de éste, en dirección de su orificio. El tratamiento de esta afección suele consistir en la administración de antibióticos.

C).- PAROTIDITIS NUTRICIONAL.

Son muchos los investigadores que publicaron noticias sobre un agrandamiento crónico asintomático y bilateral de las glándulas parótida o submaxilar, o de ambas, con características epidémicas en poblaciones mal nutridas. Las lesiones que se dan con mayor frecuencia en pacientes con signos múltiples de deficiencia nutricional, como hipoproteïnemia, anemia, queilosis angular, pigmentación pelagroide de manos y cara, y peso inferior al normal.

La afección es progresiva, pero se desarrolla con relativa lentitud. Es algo más común en adultos jóvenes y de edad media.

Los estudios histológicos indican que la lesión de las glándulas es esencialmente no inflamatoria. El agrandamiento de estas en la fase aguda se debe a la hipertrofia de las células acinares individuales, pero en la fase crónica, al reemplazo de parénquima granular normal por grasa.

D).- PAROTIDITIS QUIMICA .

A veces, la administración de yodo orgánico o inorgánico provoca la hinchazón bilateral de las - - glándulas salivales y a ésto suele denominarse "Parotiditis" por yodo.

Otro caso de hinchazón glandular salival experimental inducida es la que sigue a la administración de isoproterenola en ratas.

En este caso, el agrandamiento se debe a una hipertrofia verdadera de las células de los acinos.

E).- FACTORES VARIOS .

Hay otras situaciones en las cuales puede ocurrir la tumefacción de las glándulas salivales, por ejemplo, la hinchazón de ésta es común en el síndrome de Sjogren, enfermedad de Mikulicz o lesión linfopitelial benigna, cálculos de conductos salivales y fenómenos alérgicos.

La enfermedad fibrocística (mucoviscidosis) del páncreas es una alteración hereditaria del mecanismo secretor en la mayor parte de las glándulas exocrinas del organismo, incluidas las salivales.

Al realizar la necropsia de pacientes con enfermedad fibrocística, se observó que las glándulas submaxilares son dos o tres veces más grandes que las normales. La sarcoidosis es la causa del agrandamiento de la glándula parótida.

Sin embargo, como sucede con casi todo estado inespecífico de una naturaleza etiológica tan varia, siempre hay un grupo idiopático en el cual hasta la valoración más minuciosa de los datos clínicos microscópicos y de laboratorio no revela la causa de la enfermedad.

X.- TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

Los tumores de glándulas salivales constituyen un grupo heterogéneo de lesiones, de gran variedad morfológica, razón por la cual presenta muchas dificultades para su clasificación. Existen muchas clasificaciones de estos tumores. La que a continuación se describe es una, aunque necesariamente simplificada, pero pone de manifiesto la gran variación de la naturaleza de los tumores que derivan del tejido glandular salival. En ocasiones es posible distinguir los diversos tipos de tumores de las glándulas salivales, por su origen histogenético. Eversole, propuso que existen dos células progenitoras: Las células de los conductos intercalares y las células de reserva del conducto excretor.

1.- Tumores benignos:

- a) Adenoma pleomorfo
- b) Cistadenoma papilar linfomatoso
- c) Adenoma oxífilo
- d) Adenoma canalicular
- e) Lesión linfoepitelial benigna
- f) Síndrome de Sjorgen

2.- Tumores Malignos:

- a) Adenoma pleomorfo maligno
- b) Carcinoma quístico adenoideo
- c) Adenocarcinoma de células asinosas

- d) Carcinoma mucoepidermoide
- e) Carcinoma mucoepidermoide central del maxilar
- f) Carcinoma adenoescamoso
- g) Adenocarcinoma de formas diversas
- h) Carcinoma epidermoide

Las neoplasias no solamente pueden originarse - en las glándulas salivales mayores, sino también en las abundantes glándulas salivales accesorias intra-bucuales difusas. Los tumores de las glándulas salivales son más comunes en el paladar duro que en el - - blando.

1.- TUMORES BENIGNOS.

A) ADENOMA PLEOMORFO (tumor mixto).

Es el más común de todos los tumores glandulares salivales; constituye más del 50% de todos los casos de tumores originados en las glándulas, salivales principales y menores y aproximadamente el 90% de todos los tumores glandulares salivales benignos.

La mayoría de los investigadores opina que este tumor se origina por transformación neoplásica del epitelio glandular adulto, más probablemente el epitelio del conducto.

Características Clínicas:

En la glándula parótida es en donde se le encuentra más comúnmente, no obstante se le puede encontrar en las demás glándulas principales o accesorias. Se les encuentra con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, en personas entre 40 y 60 años sin descartar las expresiones de adultos jóvenes y se sabe que aparecen en niños.

El paciente suele relatar la aparición de un nódulo pequeño indoloro e inactivo que en forma lenta comienza a aumentar de tamaño, en ocasiones en forma intermitente. El adenoma pleomorfo, particularmente el de la glándula parótida es, en forma típica, una lesión que no presenta fijación a los tejidos más profundos ni a la piel que lo cubre. Suele -

ser una lesión nodular irregular de consistencia firme, aunque en ocasiones se palpan zonas de degeneración quística, cuando son superficiales.

En ocasiones suelen ser de gran tamaño pero no presentan ulceraciones, éstos pueden pesar varias libras. Como este tumor dificulta la masticación, la fonación y la respiración del paciente, se detecta y trata antes que los tumores de las glándulas principales.

Las glándulas palatinas son el asiento frecuente de tumores de este tipo; aquí puede estar fijo al hueso subyacente, pero no es invasor, también lo encontramos en las glándulas de los labios y, ocasionalmente, en otros en los que el tumor suele moverse libremente y es fácil de palpar.

Histogénesis: La evidencia indica que nace por crecimiento anormal del epitelio glandular adulto - con transformación graduada en las diversas estructuras que caracterizan esta lesión. Otros investigadores opinan que las células neoplásicas se originan en el epitelio inmaduro y no en el adulto. Ellos postulan un desarrollo anormal del esbozo que normalmente hubiera evolucionado para formar parte del parénquima, pero en cambio forma segmentos embrionarios - separados. Aunque tal epitelio indudablemente tendría propiedades proliferativas notables, no hay que deducir de ello que el epitelio adulto de las glándu

las salivales carece de este poder. En realidad este epitelio maduro tiene notable potencial reproductiva en particular las células de los conductos.

Características Histológicas:

El tumor siempre lo vamos a encontrar encapsulado, aunque en la cápsula conectiva es frecuente la presencia de células tumorales. Cuando el patrón - - pleomórfico del estroma no existe, el tumor es muy celular, se le denomina "adenoma celular" o "adenoma monomórfico".

Si hay grandes espacios quísticos, la lesión - lleva el nombre de "cistadenoma". Cuando predomina - la proliferación miopitelial, se suele hacer el diagnóstico de "mioepitelioma".

Tratamiento y Pronóstico:

El tratamiento aceptado para este tipo de tumor, es la extirpación quirúrgica. Algunos cirujanos prefieren enuclear el tumor, mientras otros, particularmente en el caso de las lesiones parotídeas, prefieren eliminar todo el lóbulo afectado.

B) CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO ("Adenolinfoma").

Este es un tumor raro que principalmente lo encontramos en la glándula parótida, y rara vez la encontramos en la glándula submaxilar.

Histogénesis: Chaudhry Gorlin, además de Bernier y Bhaskar, concluyeron que casi con certeza este tumor se origina con tejido heterotópico de glándulas salivales atrapado o incluido en los ganglios linfáticos durante la embriogénesis. Por lo general todos los autores aceptan, este origen.

Características Clínicas.

Este tumor se presenta preferentemente en varones de edad avanzada.

Este tumor es superficial y lo encontramos por debajo de la cápsula parotídea y en ocasiones es bilateral. Por lo general no pasa de los 3 o 4 cm. de diámetro.

Características Histológicas.

Este tumor consta de dos componentes histológicos: Epitelio y tejido linfático. Como lo indica su nombre, la lesión es, en esencia, un adenoma que presenta formación quística con proyecciones papilares hacia los espacios quísticos y una matriz linfoidea que tiene centros germinales. Es frecuente la presen

cia de un coágulo eosinófilo dentro de los espacios cistísticos que aparecen como un líquido de color achocolatado en las muestras macroscópicas.

El componente linfóide es abundante y la mayor parte de los investigadores lo consideran un elemento pasivo en el proceso neoplásico, que representa simplemente el tejido linfóide normal del ganglio linfático, dentro del cual está atrapado el tejido glandular salival que da origen a la neoplasia.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento para este tipo de tumor es la extirpación quirúrgica, ya que es sencilla y puede ser realizada casi invariablemente sin lesionar el nervio facial y en particular porque la lesión puede ser pequeña y superficial. Estos tumores están bien encapsulados y rara vez recidivan una vez eliminados.

C) ADENOMA OXIFILO (Oncocitoma; Adenoma acidófilo)

Este tumor se origina en la glándula parótida. Es benigno y raro de encontrar; es de tamaño pequeño y difícil de diagnosticar clínicamente.

El nombre de "Oncocitoma" proviene de la semejanza de estas células tumorales con células aparentemente normales que se encuentran en gran cantidad de lugares del cuerpo como en: glándulas salivales, hígado, páncreas, glándula tiroides, paratiroides, pituitaria, vías respiratorias, trompas de Falopio, mamas, testículos y estómago.

Los estudios con microscopio electrónico demostraron que el citoplasma de los Oncocitos estaba abarrotado de mitocondrias.

Características Clínicas.

Este tumor lo encontramos preferentemente en el sexo femenino de edad avanzada. Mide entre tres y cinco centímetros de diámetro y es una masa circunscrita y encapsulada que puede ser nodular.

Por lo general no hay dolor.

Características Histológicas.

El adenoma oxifilo se caracteriza microscópicamente por grandes células con citoplasma eosinófilo y membrana celular nítida, que tiende a disponerse -

en hileras o cordones estrechos. Suele haber tejido linfoide, pero no aparece como parte integral de la lesión.

En ocasiones es posible encontrar una variante de este adenoma oncolítico en las glándulas salivales intrabucales, particularmente en la mucosa vestibular y el labio superior. Esta variante ha sido denominado adenoma oncolítico porque es un nódulo de aspecto tumoral compuesto fundamentalmente de abundantes estructuras dilatadas, semejantes a conductos o quistes, tapizada de oncocitos.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento a seguir es la extirpación quirúrgica y el tumor no tiende a recidiva ni a experimentar transformaciones malignas.

D).- ADENOMA CANALICULAR.

El adenoma canalicular es un tumor glandular - benigno característico que fue reconocido como entidad hace muy pocos años.

Características Clínicas.

Lo encontramos principalmente en las glándulas salivales accesorias del labio superior; no es particular de ningún sexo, preferentemente lo encontramos en personas de más de 60 años. El tumor puede presentarse como un nódulo firme, bien circunscrito, de crecimiento lento particularmente en el labio; no es fijo y puede ser desplazado dentro del tejido hasta una cierta distancia.

Características Histológicas.

Su composición está dada por largos cordones - de células epiteliales, casi invariablemente dispuestas en doble hilera, y que suelen presentar una "pared medianera". En algunos casos, el tumor es sólido, con cordones largos de células tumorales muy - - apretadas; en otros, estos cordones encierran espacios quísticos de tamaño variable.

Los espacios quísticos suelen estar llenos de un coágulo eosinófilo.

Tratamiento y Pronóstico.

Este tumor deberá ser extirpado quirúrgicamente, además, de que la recidiva es rara en estos casos.

E).- LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA: (Enfermedad de Mikulicz; adenolinfoma; adenoma linfo-matoide).

Este tumor es bastante raro, pero particularmente muy interesante, ya que presenta características inflamatorias y tumorales.

Bernier y Bhaskar, opinan que la lesión linfoepitelial benigna, no es una neoplasia ni una lesión en la cual el epitelio desempeñe un papel agresivo o dominante. En cambio, dicen que esta lesión representa nada más que la hiperplasia de los ganglios linfáticos, de origen infeccioso local, por lo menos en algunos casos, que se extiende y deforma la arquitectura normal de las glándulas salivales y que en realidad produce "sialolinfadenitis".

Características Clínicas.

Esta lesión se manifiesta en esencia como un agrandamiento unilateral o bilateral de las glándulas parótida y submaxilar, o ambas, asociado en algunos casos con malestar local leve, dolor y xerostomía ocasional. El inicio de la lesión está, a veces, combinado con fiebre, infección dental o algún otro trastorno inflamatorio local.

Con frecuencia hay un agrandamiento difuso, de contorno irregular, de las glándulas salivales más que un nódulo tumoral circunscrito. El tamaño de los

agrandamientos es variable, pero por lo general tiene unos cuantos centímetros. En ocasiones, también están agrandadas las glándulas lagrimales.

Esta lesión es particularmente encontrada en mujeres de edad media.

Características Histológicas.

Esta lesión se caracteriza por la infiltración linfocitaria ordenada del tejido de las glándulas salivales, que destruye o reemplaza los acinos, con persistencia de células epiteliales, que probablemente son restos de conductos glandulares. Otra característica que también se halla en lesiones avanzadas es el depósito de material hialino eosinófilo en las islas epiteliales.

Tratamiento y Pronóstico.

Esta lesión linfoepitelial ha sido tratada quirúrgicamente y por medio de rayos X. En cualquiera de los casos, el pronóstico es excelente; aunque la lesión puede recidivar, la muerte no es secuela de la enfermedad.

F).- SINDROME DE SJOGREN. (Síndrome Seco)

Este síndrome es un cuadro que originalmente fue descrito como compuesto de queratoconjuntivitis seca, xerostomía y artritis reumatoide. Más tarde se halló que algunos pacientes presentaran únicamente ojos y boca secos, mientras que otros tienen lupus heritematoso sistemático, poliartritis nudosa, polimiositis o escleroderma, así como artritis reumatoide.

ETIOLOGIA. Ultimamente muchos investigadores destacaron la similitud histológica entre la glándula tiroides de la tiroiditis de Hashimoto y las glándulas del síndrome de Sjogren. Además muchos pacientes con este síndrome tienen un aumento del nivel de globulina gamma sérica, tal como los pacientes de la enfermedad de Hashimoto. Esta hipergammaglobulinemia se debe a un aumento difuso de las tres inmunoglobulinas. Además la mayoría de los pacientes tienen globulina antigamma (factor reumatoide) en su suero. Así la gran parte de los estudios actuales sostienen que esta enfermedad se origina en la autoinmunización por las glándulas salivales (o glándula tiroides en la enfermedad de Hashimoto). El síndrome de Sjogren es una manifestación de lupus heritomatoso, porque hay superposición sintomática y serológica entre las dos enfermedades.

Características Clínicas.

Esta enfermedad es específica en las mujeres - mayores de 40 años en proporción de 10 a 1 en relación al hombre. También la podemos encontrar en adultos jóvenes o en niños, siendo estos últimos muy raros.

Las principales características de esta enfermedad son sequedad de los ojos y de la boca, como resultado de la hipofunción de las glándulas lagrimales y salivales. Esta sequedad también afecta diversas glándulas secretorias de la nariz, laringe, faringe y árbol traqueobronquial (buce faringolaringitis seca), así como la vaginal.

También se ha mencionado que alrededor del 50% de las pacientes con este síndrome presentaron hinchazón evidente de las glándulas parótida y submaxilar.

Como se menciona anteriormente la artritis reumatoide es parte del cuadro clínico de este síndrome.

Características Histológicas.

Se describieron tres tipos de alteraciones histológicas de las glándulas salivales principales. En un caso, hay infiltración linfocitaria intensa de la glándula, que reemplaza toda la estructura acinar, aunque la arquitectura lobulillar permanece. En otro, hay proliferación del epitelio y mioepitelio del conducto para formar "Islas epimioepiteliales". La ter-

cera alteración es simplemente una atrofia de las glándulas, resultante de la infiltración linfocitaria.

Tratamiento y Pronóstico.

Se comprobó que este síndrome es resistente a la mayoría de las formas terapéuticas como es previsible si se trata de una enfermedad autoinmune. La irradiación con rayos X se ha utilizado fundamentalmente para reducir el tamaño de la glándula parótida por razones estéticas, pero esto pocas veces lleva a la cura total. Un factor que complica esta enfermedad es la generación del linfoma maligno y el "seudo linfoma", el cual se caracteriza por la lesión difundida de los ganglios linfáticos, sugerente de linfoma, pero carente de capacidad invasora agresiva. Se dijo que la actividad inmunológica y linfocítica crónica predispone a la formación del linfoma. Es interesante saber que una cantidad de pacientes en los que ocurrió esto hablan recibido previamente irradiación en sus glándulas salivales.

2.- TUMORES MALIGNOS.

A).- ADENOMA PLEOMORFO MALIGNO (Tumor maligno "mixto").

A veces sucede que los tumores de las glándulas salivales tienen un cuadro histológico benigno, pero dan metástasis a manera de una lesión primaria o, aunque se asemejan al adenoma pleomorfo benigno, presenta zonas citológicamente malignas. Estas lesiones, raras, han de ser clasificadas como adenomas pleomorfos malignos.

No es seguro si estos tumores son lesiones previamente malignas que se han transformado en tumores malignos o son lesiones malignas desde un comienzo. Hay algunos pacientes con lesiones malignas que pueden presentar una historia de una masa de muchos - - años de existencia, pero que sólo recientemente experimentaron un aumento notable del ritmo de crecimiento.

Sin embargo, no hay diferencia cronológica entre lesiones benignas y malignas aún cuando la mayoría de los casos se presentan inicialmente como tumores malignos con crecimiento rápido y súbito en tumores de mucho tiempo. Por estos datos sabemos que estos tumores eran malignos desde el comienzo.

Características Clínicas.

No hay diferencias clínicas entre el adenoma -

pleomorfo maligno y benigno en la mayoría de los casos, aún cuando existen algunas opiniones que dicen que los tumores malignos pueden ser de mayor tamaño que los benignos. Es frecuente la fijación del tumor maligno a las estructuras subyacentes, así como a la piel o a la mucosa que lo cubre; este se cumple, por lo común, en las lesiones malignas de las glándulas salivales; también es variable la presencia de ulceración superficial.

El dolor es un rasgo del adenoma pleomorfo maligno a comparación del adenoma pleomorfo benigno - que no presenta dolor.

Características Histológicas:

Es difícil observar zonas histológicamente benignas y solamente es posible encontrar focos malignos después de una búsqueda cuidadosa. Por esto es necesario hacer un estudio cuidadoso de todos los tumores glandulares salivales supuestamente benignos, y el patólogo ha de poner especial atención en el examen de preparados pertenecientes a varias porciones de tejido tomados de muchas zonas del tumor.

Sin embargo, no ha quedado bien establecido el tumor "mixto" maligno. Habitualmente se considera indicadores de malignidad (hipercromatismo y pleomorfismo nucleares, aumento o anormalidad de la mitosis y aumento de la relación entre el núcleo y el citoplasma); invasión de vasos sanguíneos linfáticos o -

nervios; necrosis focal, e infiltración periférica - obvia y destrucción del tejido normal.

El patrón celular maligno varía hacia el carci noma epidermoide o al adenocarcinoma, y algunos tumo res malignos presentan ambos tipos de células; tam- bién hay transformación de células fusiformes y gi- tantes.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento del adenoma pleomorfo maligno - es esencialmente quirúrgico, aunque a veces, lesio- nes que manifiestan una tendencia a la recidiva lo- cal, son tratadas mediante la terapéutica combinada de cirugía e irradiación. Estas neoplasias malignas tienen un elevado índice de recidiva, luego de la - eliminación quirúrgica, así como una alta afcción - de los ganglios linfáticos regionales.

Es frecuente la metástasis a distancia en pul- mones, huesos, vísceras y cerebro.

B).- CARCINOMA QUISTICO ADENOIDEO .

(Cilindroma: carcinoma adenoquistico; carcinoma adenoquistico vasocelular; carcinoma seudoadenomatoso vasocelular; tumor mixto vasoloido). El carcinoma quístico adenoideo es una forma de adenocarcinoma, lo suficientemente característica como para justificar una separación en la clasificación de los tumores glandulares malignos. Lesiones histológicamente similares se produce en las glándulas accesorias intrabucuales, así como en las lagrimales y de los senos paranasales, faringe, tráquea y bronquios, piel y mamas.

Características Clínicas.

Las glándulas salivales atacadas con mayor frecuencia por este tumor son parótida, submaxilar y accesorias del paladar y lengua.

Este carcinoma es más frecuente en las personas de edad avanzada. Estos pacientes presentan manifestaciones clínicas de un tumor glandular salival maligno típico: dolor local temprano, fijación a estructuras profundas e invasión local. Algunas de estas lesiones tienen ulceración de la superficie y puede haber semejanza clínica con algunos casos de adenoma pleomorfo.

Características Histológicas.

Este carcinoma se compone de pequeñas células uniformes, intensamente teñidas, que se asemeja a células

lulas basales que se suele disponer en cordones o estructura ductiforme en cuya porción central puede contener material mucoso. El tejido conectivo tiene como característica alrededor células tumorales e hialinizadas formando estructuras cilíndricas de donde se origina el nombre de "cilindroma". Las células proliferan en masas compactas y entonces puede haber un patrón glandular quístico típico reducido.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento de estos carcinomas es, fundamentalmente, quirúrgico, aunque a veces se ha complementado con irradiaciones. Por lo general, este es una lesión de crecimiento lento que tiende a metastatizar en los períodos tardíos de su evolución en los pulmones, huesos y cerebro en una elevada proporción de los pacientes.

C). - ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS (Adenocarcinoma y adenoma de células acinosas y serosas).

La mayoría de los tumores de las glándulas salivales nace del epitelio del sistema de conductos, pero algunas lesiones parecen originarse en las células acinosas propiamente dichas. Normalmente las glándulas salivales se componen de dos tipos de células: serosas y mucosas, lamentablemente, en el adenocarcinoma de células acinosas no se ha hecho una distinción neta, respecto de la célula de origen. Además no se ha establecido con claridad el criterio para distinguir entre tumores de células acinosas malignos y benignos.

Características Clínicas.

El adenocarcinoma de células acinosas se asemeja mucho al adenoma pleomorfo en su aspecto macroscópico, y tiende a ser encapsulado y lobulado. Por lo general esto lo encontramos en otras glándulas principales y en glándulas intrabucales accesorias. Estos tumores se presentan en personas de edad media o algo avanzado.

Características Histológicas.

Por lo general este tumor está rodeado de una cápsula delgada y se compone de células que guardan estrecha semejanza con las células acinosas normales,

dispuestas en estructura glandular o al azar.

El citoplasma de estas células normales contiene gránulos similares a los gránulos de zimogeno de las células normales y con frecuencia vacuolas intercelulares. No hay estructuras ductiformes y las lesiones no se tiñen con mucocarmin.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento de estos tumores ha sido en la mayoría de los casos quirúrgico. Como la metástasis a los ganglios linfáticos regionales no es común, probablemente no esté indicada la disección radial del cuello.

D).- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.

Como lo señala su nombre, el tumor se compone de células secretorias de moco y células de tipo epidermoide en proporciones variables.

Características Clínicas.

Este tipo de tumores generalmente lo encontramos en la glándula parótida, pero en ocasiones lo encontramos en otras glándulas principales y especialmente en las accesorias intrabucuales. En la actualidad se considera toda la variedad de estos tumores - como malignos con diferente grado de malignidad.

El tumor de bajo grado de malignidad suele aparecer como una masa indolora de crecimiento lento, - que parece un adenoma pleomorfo.

A diferencia de éste, sin embargo, raras veces excede los 5 cm. de diámetro; no es completamente encapsulado y suele contener quistes que pueden estar ocupados por un material mucoide viscoso. La recidiva metastásica luego de la extirpación quirúrgica no es rara.

Los tumores intrabucuales de este tipo aparecen en zonas como el paladar, mucosa vestibular, lengua y sector retromolar. Debido a su tendencia de formar zonas quísticas estas lesiones llegan a asemejarse -

mucho al fenómeno de retención mucosa o mucocoele, especialmente en la zona retromolar.

El tumor de alto grado de malignidad crece con rapidez y produce dolor como síntoma temprano. La parálisis del nervio facial es frecuente en los tumores parotídeos. El carcinoma mucoepidermoide no es encapsulado, sino que tiende a infiltrarse en los tejidos vecinos y, en un elevado porcentaje de casos, a metastatizar a los ganglios linfáticos regionales, pulmones, huesos y tejidos subcutáneos.

Características Histológicas.

Este carcinoma es un tumor pleomorfo compuesto de células secretorias de moco, células de tipo epidermoide y células intermedias. Este tumor parece originarse en el epitelio del conducto, puesto que la proliferación ductal adyacente del tumor es común.

En los tumores de bajo grado, están presentes los tres de células, aunque predominan las secretorias de moco.

En enca estos tumores presentan capas de nidos de células epidermoides y nidos similares de células mucosas, dispuestas en estructura glandular y a veces en microquistes, los cuales pueden romperse y liberar moco que puede acumularse en el tejido conectivo y provocar una reacción inflamatoria. En los tumores de grado más alto, el elemento celular muco-

so puede ser tan insignificante y las células epidermoides ser tan sobresalientes que sea posible hacer el diagnóstico equivocado de carcinoma epidermoide.

Tratamiento y Pronóstico.

Principalmente el tratamiento a seguir es quirúrgico, pero en ocasiones a irradiaciones con rayos X.

E).- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE CENTRAL DEL MAXILAR.

Este tipo de carcinoma lo encontramos preferentemente en la mandíbula a diferencia de el maxilar, y se encuentra en zona de molares sin ir más adelante de la zona de los premolares.

Se pensó que su origen estaba dado a los siguientes factores:

- 1).- Restos embrionarios de la glándula subamixilar, incluidos en la mandíbula durante el desarrollo;
- 2).- Inclusión de glándulas mucosas retromolares en la mandíbula, que más tarde experimentan transformación maligna, y 3).- Transformación neoplásica de las células secretorias mucosas comúnmente halladas en el revestimiento epitelial de los quistes dentígeros correspondientes a terceros molares retenidos.

No se comprueba una diferencia significativa en la distribución por edad o por sexo entre los carcinomas mucoepidermoides centrales y los que se producen en las glándulas salivales principales y accesorias. Además, en estos tumores se observa el mismo grado de variación histológica que la registrada en los carcinomas epidermoides de las glándulas salivales principales y menores.

Sin embargo, en los casos conocidos de tumores centrales, la metástasis ha sido más regional que difundida.

F).- CARCINOMA ADENOESCAMOSO.

Este tumor afecta la cavidad bucal, cavidad nasal, y laringe.

Ha sido recientemente establecido como entidades, aunque su existencia ha sido discutida durante algunos años.

Características Clínicas.

En la mayoría de los casos estos tumores se encuentran en la lengua, piso de la boca, nariz y laringe. En otras ocasiones lo encontramos en el paladar. No se ha determinado si tiene predilección por raza o sexo, pero se ha observado que aparece en la cuarta década de la vida preferentemente. Los pacientes refieren "granos", "llagas" o "ampollas" en la zona afectada, algunos días o varios meses antes de la aparición del tumor. La mayoría de los casos la lesión era menor de 1 cm. de diámetro.

Características Histológicas.

La histología de este tumor es bastante compleja. Desde el punto de vista morfológico lo dividiremos en: 1).- Carcinoma del Conducto, 2).- Adenocarcinoma, 3).- Carcinoma Espinocelular, y 4).- Carcinoma Mixto. Básicamente el carcinoma se compone de un carcinoma superficial espinocelular con nidos infiltrantes de células epiteliales malignas, que suelen pre-

sentar formación de perlas; las alteraciones carcinoma-
matosas insitu del epitelio subyacente del conducto
lindan con el verdadero adenocarcinoma. En algunos -
casos, este tumor es de tipo basaloide, y se parece
al carcinoma quístico adenoideo, y en otros, se ase-
meja al carcinoma mucoepidermoide. Las zonas de car-
cinoma mixto están representadas por nidos de célu-
las tumorales que presentan una combinación de carac-
terísticas glandulares y espino celulares.

Tratamiento y Pronóstico:

Este tumor es sumamente agresivo y se ha de -
considerar de elevada malignidad. En estos tumores -
existe metástasis a los ganglios linfáticos regiona-
les o a lugares distantes.

Ningún paciente curó de esta enfermedad y las
evidencias indican que la terapéutica radiante poco
tiene que ofrecer al tratamiento de esta lesión y, -
por lo tanto, la cirugía radical es el tratamiento -
adecuado.

G).- ADENOCARCINOMA DE FORMAS DIVERSAS.

Las lesiones que pueden ser clasificadas en esta categoría inespecífica constituyen un grupo histológico heterogéneo. Varían de adenocarcinomas sumamente anaplásicos a lesiones moderadas bien diferenciadas, adenocarcinoma tubercular, quístico y con un patrón pseudoadamantino, es decir, compuesto de células columnares que sugieren ameloblastos y un germen dental en formación. Pese a la variación del cuadro microscópico, estos tumores, en su conjunto, presentan las características corrientes de las neoplasias malignas como crecimiento infiltrativo local tendencia a la recidiva y frecuencia de la metástasis.

Por lo general, estas lesiones tienden a crecer con rapidez y a comportarse con agresividad.

El tratamiento de estos tumores es la extirpación quirúrgica. Es previsible un índice elevado de recidiva, y la sobre vida de los pacientes con estos tumores es baja.

H).- CARCINOMA EPIDERMOIDE (Carcinoma espinocelular).

Este tipo de neoplasia se origina en las glándulas salivales y tiene mal pronóstico, puesto que los tumores poseen propiedades infiltrativas, dan metástasis y recidivan con facilidad. Este tumor lo encontramos en las glándulas salivales, en particular en parótida y submaxilar.

No se ha establecido definitivamente cual es el sitio exacto en que nacen estos carcinomas. Es muy probable que se originen en el conducto porque estos pueden experimentar con facilidad metaplasia escamosa.

La metaplasia escamosa de los conductos de las glándulas salivales accesorias también suele ser el resultado de una sialadenitis crónica o un fenómeno de obstrucción del conducto. Esto puede presentarse clínicamente como una pequeña masa nodular, por lo común en el paladar, pero también en otros sectores y puede ser mal diagnosticado desde el punto de vista histológico como carcinoma epidermoide.

Tratamiento y Pronóstico.

Es muy probable que el empleo combinado de la cirugía y la radioterapia sea de mayor beneficio en este tipo de tumor de las glándulas salivales que en la mayoría de los otros.

Como la metástasis regional a los ganglios linfáticos es un hallazgo común en este tumor, se suele realizar una disección radical del cuello, toda vez que la lesión primaria está controlada.

XI.- TUMORES DEL ESTROMA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

La explicación previa versa sobre tumores que nacen sobre elementos epiteliales de glándulas o conductos salivales. Estos tumores comprenden la mayor parte de las neoplasias de las glándulas salivales. Sin embargo, hay un grupo de tumores que derivan del estroma y no del parénquima. Los tumores benignos - del estroma de las glándulas salivales incluyen al Hemangioma o hemangioendotelioma juvenil, diversas formas de tumores nerviosos y el lipoma. Las lesiones malignas de este grupo incluyen al linfoma, melanoma y fibrosarcoma, así como los tumores metastásicos.

C O N C L U S I O N

Empezaremos diciendo que la saliva es de gran utilidad para la nutrición de nuestro organismo, ya que sería sumamente difícil efectuar la digestión si prescindieramos de sus enzimas desdobladoras de proteínas. Los órganos productores de la saliva son las glándulas salivales, por lo que el Cirujano Dentista deberá conocer tanto anatómica como fisiológicamente estas glándulas, ya que éstas se encuentran en la cavidad oral y forman parte del aparato masticatorio.

Por consiguiente, el conocimiento de la composición y de la función de la saliva nos ayuda en ocasiones a elaborar diagnósticos más precisos sobre -- los padecimientos que aquejan a estos órganos y de -- su repercusión tanto en la boca como en otras estructuras del organismo.

Otra de las funciones primordiales es de mantener la humedad en la boca, porque si ésta no existiera húmeda, tendríamos serios problemas de tipo local y general.

A pesar de que la cavidad oral es una área de gran predisposición a neoplasias malignas, las glándulas salivales no contribuyen a esta generalidad, -- puesto que aproximadamente un 60% de las neoplasias que las afectan son benignas.

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

- ANATOMIA HUMANA
FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.
EDITORIAL PORRUA, S.A. 1976

- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
ZEGARELLI EDWARD V.
KUTSCHER AUSTIN H.
HYMAN GEORGE A.
EDITORIAL SALVAT 1967

- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCODENTAL.
ORBAN BOLINT
EDITORIAL LABOR. TERCERA EDICION.

- MEDICINA BUCAL
BURKET LESTER W.
EDITORIAL INTERAMERICANA. SEXTA EDICION.

- ODONTO-ESTOMATOLOGIA
MEYER W.
EDITORIAL ALHAMBRA. MADRID 1958.

- PATOLOGIA BUCAL
STAFNE KURT
EDITORIAL HISPANO-MEX.
TOMO II MEXICO 1946

- **PATOLOGIA BUCAL**
BHASSKAR SN.
EDITORIAL ATENEO. EDICION 1975
- **PATOLOGIA GENERAL**
LORD FLOREY
EDITORIAL SALVAT.
- **PERIODONTOLOGIA CLINICA**
IRVING GLICKMAN
EDITORIAL INTERAMERICANA. EDICION 1972
- **TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL**
WILLIAM G. SHAFER
EDITORIAL INTERAMERICANA.
TERCERA EDICION 1977
- **TRATADO DE HISTOLOGIA**
ARTHUR W ORTH HAM
EDITORIAL INTERAMERICANA
TERCERA EDICION
- **TRATADO DE PATOLOGIA**
STANLEY L. ROBBINS
EDITORIAL INTERAMERICANA.