

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

DIAGNOSTICO PRECOZ DE NEOPLASIAS
EN GLANDULAS SALIVALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

VICTOR MANUEL BULOS KURI
SERVANDO SALVADOR GONZALEZ GASCA
TOMAS ALBERTO GUTIERREZ CASAS

1 9 8 0



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.

- A). - TITULO
- B). - PROYECTO INICIAL APROBADO POR EL CONSEJO DE INVESTIGACION Y LA COORDINACION DE LA CARRERA.
- C). - INTRODUCCION
- D). - FUNDAMENTACION DEL TEMA
- E). - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- F). _ OBJETIVOS
- G). - HIPOTESIS
- H). _ MATERIAL Y METODO
- I). - DESARROLLO:
 - A). _ CONSIDERACION PREVIA
 - B). - DESARROLLO DE TRABAJO
 - C). - RESULTADOS
- J). - DISCUSION
- K). - CONCLUSIONES
- L). - PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES
- M). - ANEXOS
- N). - BIBLIOGRAFIA

A). _ TITULO.

DIAGNOSTICO PRECOZ DE NEOPLASIAS EN GLANDULAS SALIVALES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FORMA DE SOLICITUD DE TESIS PROFESIONAL.

TEMA PROPUESTO DIAGNOSTICO PRECOZ DE NEOPLASIAS EN GLANDULAS SALIVALES

OBJETIVOS Es primordial del presente estudio, el proporcionar material suficiente. Como elaborar una revisión bibliográfica y Traducción de artículos más recientes, para lograr el diagnóstico de las lesiones neoplásicas que atacan a las glándulas salivales, desde el sillón dental.

- ALUMNOS
- 1 Bulos Kuri Victor Manuel
 - 2 González Gasca Servando Salvador
 - 3 Gutiérrez Casas Tomás Alberto

ASESOR DR. JAVIER MOLINA MOGUEL
NOMBRE DEL PROFESOR

FIRMA DE ACEPTACION

SECCION _____
SI ES ASESOR EXTERNO SANALAR SU INSTITUCION

MEXICO, D.F. A 11 DE ENERO DE 1980
DIA MES AÑO

Vo. Bo. C.D. ROSALVA MARTINEZ PEREZ _____
JEFE DE SECCION (NOMBRE) SECCION FIRMA

JEFE DE SEC. ATENCION SECUNDARIA Y CONCENTRACION.
ORIGINAL COORDINACION DE LA CARRERA
COPIA PARA 1a. SECCION
COPIA PARA EL ALUMNO

C). INTRODUCCION

El motivo primordial del presente estudio es describir las neoplasias más frecuentes en las glándulas salivales de una manera precisa y con ello obtener en el momento más oportuno el diagnóstico precoz de aquellas, para así, remitir o tratar al paciente con dichas lesiones desde el momento en que se le practique la primera revisión buco-dental.

Así pues, en este trabajo se trata de proporcionar el material necesario para lograr desde el consultorio dental el diagnóstico de las lesiones neoplásicas que atacan a las glándulas salivales.

D). - FUNDAMENTACION DEL TEMA.

Este trabajo se realiza para obtener una información completa sobre los medios con que cuenta actualmente la odontología para Diagnosticar -- Neoplasias tanto Benignas como Malignas.

El tema " GLANDULAS SALIVALES" se estudia en E. N. E. P. ZARAGOZA, en forma muy somera, en los siguientes semestres y materias.

Ahora bien, como complemento para profesores y alumnos, se puede -- utilizar este trabajo para así aumentar el conocimiento de una manera - explícita sobre que pueden sufrir las Glándulas salivales, vista desde -- los aspectos siguientes.

A). - DIAGNOSTICO

B). - EVOLUCION

C). - TRATAMIENTO

D). - PRONOSTICO

FUNDAMENTOS ENCONTRADOS

Ier. Semestre. Materia, Anatomía Humana, Clave 0007, con 10 Crédi-- tos. se encuentra el tema de Glándulas Salivales en los objetivos interme_ dios, # 3.35 y 3.36 de la tercera unidad de esta carta descriptiva.

(No se contó con el material de apoyo correspondiente).

Ier. Semestre. Materia, Histología y Embriología. Clave 0286, con 12 - Créditos. se encuentra el tema de Glándulas Salivales en los objetivos -

Intermedios # 91 al 101 de esta carta descriptiva.

(No se conto con el material de apoyo correspondiente).

5o. Semestre Materia, Agregación y Defensa 1. Clave 1500, con 16 --
Creditos. se menciona el Tema de Glándulas Salivales en todos los ob-
jetivos terminales de la primera carta descriptiva.

(No se conto con el material de apoyo correspondiente).

7o. Semestre, Materia Seminario de Integración 1. Clave 1700, con --
18 Creditos. se menciona el tema de Glándulas Salivales en todos los --
objetivos terminales de la 2a. carta descriptiva.

se conto con el material de apoyo efectuado por el DR. JOSE WILBERT
OVALLE C.

E). - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La motivación principal para la realización de este trabajo de investigación es el de ampliar, profundizar y analizar los conocimientos sobre este tema, ya que su estudio ha sido bastante superficial en esta escuela y así poder observar en forma más completa los problemas buco-dentales y con ello contribuir a la prevención y terapéutica de afecciones en las Glándulas salivales, que pueden estar en estrecha relación con el odontólogo de práctica general.

Otra gran motivación es contribuir con material científico que sea de utilidad para la ampliación y reafirmación de los conocimientos sobre glándulas salivales, principalmente en el momento en que se estudie este tema.

OBJETIVO TERMINAL**DIAGNOSTICO PRECOZ DE NEOPLASIAS EN GLANDULAS SALIVALES.**

F). - OBJETIVOS**OBJETIVOS TERMINALES**

1. - Explicar las Glándulas Salivales en Condiciones Normales .

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.1. - Consideración Previa

- 1.2. - Definición y Saliva

I. - Nociones

II. - Composición

III. - Funciones

- 1.3 Clasificación de Glándulas

- 1.4 Anatomía de Glándulas Salivales

A). - Localización

B). - Consitución

C). - Irrigación

D). - Inervación

- 1.5 Histología

A). - Origen

B). - Composición

- 1.6. - Fisiología

A). - Funciones Normales de las Glándulas Salivales

- 1.7. - Resultados.

OBJETIVOS TERMINALES

2. - Explicar la clasificación de Neoplasias en Glándulas Salivales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.1. - Consideración Previa
- 2.2. - Describir la Clasificación de Neoplasias en Glándulas Salivales
- 2.3. - Mencionar la Etiología de Neoplasias en Glándulas Salivales
- 2.4. - Explicar las Generalidades, Características Histológicas y Características Clínicas de las Neoplasias Benignas.

1. - Adenoma Pleomorfo

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

2. - Cistadenoma Papilar Linfomatoso

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

3. - Adenoma Oxífilo

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

4. - Lesión Linfoepitelial Benigna

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

5. - Adenoma Canalicular

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

2.5. - Explicar las Generalidades, las Características Histológicas y Clínicas de las Neoplasias Malignas.

1. - Adenoma Pleomorfo Maligno

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

2. - Carcinoma Quístico Adenoideo

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

3. - Adenocarcinoma de Células Acinosas

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

4. - Carcinoma Mucoepidermoide

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

5. - Carcinoma Epidermoide

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

6. - Adenocarcinoma

Generalidades

Características Histológicas

Características Clínicas

2.6. - Mencionar el tratamiento y pronóstico de neoplasias en glándulas salivales.

2.7. - Resultados

OBJETIVOS TERMINALES

3. - Explicar los medios utilizados para el diagnóstico de neoplasias en las glándulas salivales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS3.1. - CONSIDERACION PREVIA

- 3.2. - Describir los siguientes aspectos de la historia clínica:

- a). - Introducción
- b). - Identificación
- c). - Interrogatorio
- d). - Antecedentes personales patológicos
 - I. - Antecedentes Sistémicos
 - II. - Antecedentes Infecciosos
 - III. - Antecedentes Hemorrágicos
- e). - Antecedentes Alérgicos
- f). - Antecedentes Médicos y Quirúrgicos
- g). - Antecedentes hereditarios y familiares
- h). - Pacientes femeninos
- i). - Signos vitales
- j). - Examen de cabeza y cuello
- k). - Examen clínico intrabucal
- l). - Exámenes del aparato masticatorio a efectuar
- m). - Odontogramas
- n). - Auxiliares de diagnóstico

- 3.3. - Describir los principales aspectos del examen físico:

- a). - Inspección
- b). - Palpación
- c). - Interrogatorio en alteraciones de las glándulas salivales.

- 3.4. - Describir la utilidad de los Rayos X
- 3.5. - Describir la técnica de la Sialograffa
 - a). - Historia
 - b). - Usos
 - c). - Ventajas
 - d). - Desventajas
 - e). - Técnica de Inyección
 - f). - Radiograffa Sialográfica
 - g). - Fase de Llenado
 - h). - Fase de vaciado
 - i). - Etapas fundamentales en el cambio intraglandular de el material de contraste.
 - j). - Medios de Contraste Radiopacos
- 3.6. - Mencionar la Técnica del Sondeo
 - a). - Instrumental
- 3.7. - Describir el examen físico-químico de la saliva
 - a). - Análisis Físico
 - b). - Examen funcional físico-químico
 - c). - Examen químico de la saliva
- 3.8. - Clasificar y mencionar los tipos de biopsias utilizadas para el diagnóstico de neoplasias en glándulas salivales.
 - a). - Biopsia incisional
 - b). - Biopsia bajo anestesia local
 - c). - Biopsia por punción
 - d). - Instrumental necesario para realizar la biopsia
 - e). - Aspectos de importancia en la biopsia.

3.9. - Mencionar la citología exfoliativa

- a). - Aspectos a considerar
- b). - Criterio diagnóstico para las células malignas
- c). - Material y métodos
- d). - Fijación del material

3.10. - Mencionar los principales exámenes complementarios

- a). - Exámenes hematológicos
 - I. - Valores normales en hematología
 - II. - Glucosa en sangre
 - III. - Variedad de leucocitos normales en sangre
 - IV. - Alteraciones de los leucocitos
 - V. - Variedad de los leucocitos anormales en -
sangre.
 - VI. - Significación clínica de los leucocitos anor-
males en la sangre.
 - VII. - Alteraciones en los trombocitos plaquetas
- b). - Examen de la orina.

- 3.11. - Explicar los Medios de Exploración Radio-Isotópicos Para El Diagnóstico de Neoplasias En Glándulas Salivales.
- a). - Introducción
 - b). - Metodos de Detección
1. - La cuenta de los impulsos-isotópicos
 2. - La Sintigraffa, un detector móvil o a barrido, (o exploración de los autores de habla inglesa).
 3. - La Gamagraffa por cámara estacionaria a escintilaciones
 - c). - Resultados de la Exploración Radio Isotópica de las Glándulas Salivales Normales.
1. - Sintigraffa por detector móvil (Exploración).
 - I. - Resultados Topográficos
 - a). - De Perfil
 - b). - De cara
 - II. - Resultados Dinamicos
 2. - Gamagraffa por Cámara fija
 - I. - Resultados Topográficos
 - II. - El Estudio Dinámico
 3. - Examen Radio-Isotópico Funcional (Ancr1)
 - d). - Exploración Radio-Isotópica de las Glándulas Salivales Patológicas.
 - I. - Tumores
 - I. - Los Cistadenolinfomas
 - II. - Los Tumores Benignos y Mixtos
 - III. - Los Cánceres.

3.12. - Resultados

G). - HIPOTESIS

Se considera en este estudio que conociendo el Cirujano dentista primero a las Glándulas Salivales, en condiciones normales y despues analizar-- las, estudiarlas y clasificarlas en condiciones patológicas se tiene una - visión concreta y razonable para poder ahora se emplear medios acor-- des para lograr el diagnóstico diferencial de las neoplasias tanto Benig-- nas como Malignas que atacan a la cavidad oral y principalmente a las -- Glándulas Salivales.

H). - MATERIAL Y METODO

MATERIAL

El material empleado son artículos científicos actualizados de dos años a la fecha, provenientes del extranjero (EE.UU. Londres Paris, España, - Nígera, etc.), enciclopedias libros, materiales de apoyo y cartas descriptivas de ENEP Zaragoza, principalmente.

METODO

En cuanto a los artículos extranjeros se trabaja en base a traducciones, -- recopilando la información más importante sobre el tema, comparándola y analizándola con la investigación de libros de texto y enciclopedias.

Para el desarrollo de la parte inicial de esta tesis, se recurre a libros de - texto odontológicos y de la rama médica para de esta forma, obtener la información necesaria de las condiciones normales de las glándulas salivales, principal motivo de estudio de este tema.

Para las dos finales de ésta, se combinan la investigación de artículos extran- jeros, enciclopedias, libros y materiales de apoyo, para así obtener la cla- sificación patológica y sus principales características e histológicas de las neoplasias benignas y malignas que con mayor frecuencia afectan a las ---- glándulas salivales.

Así, una vez conociendo las condiciones normales y patológicas de las glándulas salivales, se consideran los medios más eficientes y actuales para lograr la elaboración del diagnóstico precoz de dichas lesiones neoplásicas, para así mismo saber diferenciar entre neoplasias, demás alteraciones glandulares y así mismo, conocer las condiciones normales de las glándulas salivales.

I). - **DESARROLLO**

CAPITULO PRIMERO

OBJETIVOS TERMINALES

1. - Explicar las glándulas salivales en condiciones normales --

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.1. - Consideración previa.

La boca está compuesta por vestibulo y cavidad oral propiamente --
 dicha, encontrándose en aquel labios, carrillos, encías y dientes, -
 mientras que en ésta se localizan piso y techo de la boca, el primero
 formado lengua, región sublingual y mandíbula principalmente y el --
 segundo compuesto por paladar duro y paladar blando.

Dentro de los anexos de la boca están las amígdalas y las glándulas -
 salivales, estas últimas motivo de interés del presente estudio.

CAPITULO I. - GLANDULAS SALIVALES EN CONDICIONES NORMALES

1. - CONSIDERACIONES GENERALES

La boca está compuesta por vestíbulo y cavidad oral propiamente dicha, - encontrándose en aquel labios, carrillos, encías y dientes, mientras que - en esta se localizan piso y techo de la boca, el primero formado por lengua, región sublingual y mandíbula principalmente y el segundo compuesto - por paladar blando.

Dentro de los anexos de la boca están amígdalas y glándulas salivales, estas últimas motivo de interés del presente estudio.

a). - DEFINICION

Considerando pertinente la definición como un elemento indispensable para comprender mejor este tema, se menciona.

GLANDULA

La glándula es un órgano cuya función es extraer de la sangre sustancias - que han de ser eliminadas del cuerpo o que son convertidas en sustancias nuevas utilizables por el organismo.

I. - NOCIONES

Ya que la saliva es la secreción de todas las glándulas salivales - existentes en la cavidad bucal, el presente estudio considera de suma importancia describir sus componentes en estado normal y sus principales funciones.

En el hombre, el volumen de saliva secretada en 24 horas varía - entre 1 000 y 1 500 mililitros.

Puede ser muy líquida o de consistencia viscosa; su composición va - ría según el estímulo que inicia la secreción.

De toda la saliva secretada en reposo, el 69% deriva de la glándula submaxilar, el 26% de la parótida y el 5% de la sublingual. Su pH - oscila entre 6.4 y 7.0 normalmente.

II. - COMPOSICION

La saliva presenta constituyentes orgánicos e inorgánicos y para su estudio se analiza un litro de ella en reposo.

Un litro de saliva humana consta de 994 grs. de agua; un gramo de - sólidos en suspensión, que son células exfoliadas del epitelio, leuco - citos desintegrados, bacterias bucales, levaduras t protozoos; 5 - grs. de sustancias disueltas de las cuales 2 grs. son de materia - inorgánica y 3 grs. de materia orgánica.

CONSTITUYENTES ORGANICOS

Dentro de los principales constituyentes orgánicos están las enzimas salivales Ptilina o amilasa salival y maltosa y la Mucina; además - contiene;

Glucosa, citrato, lactato, colesterol, amoniaco, creatina, urea, ácido úrico, colina, histamina, glutatión nitrógeno total, nitrógeno proteínico, mucoides, alfa globulina, beta globulina y globulina, lisozimas, albúmina, ácido siálico, hexosa, fucosa, glucosamina y galactosamina.

CONSTITUYENTES INORGANICOS

Entre los más importantes constituyentes inorgánicos están: sodio, - potasio, calcio, magnesio, cobre, cobalto, cloruro, fósforo total, - fósforo inorgánico, fósforo lípidos, azufre, fluoruro, bromuro, yoduro tiocianato, hierro, perfirina, fenol, oxígeno, nitrógeno, bióxido de carbono.

La densidad de la saliva varía de 1.002 a 1.020 y el descenso del punto de congelación varía de 0.2° a 0.7° C.

III. - FUNCIONES DE LA SALIVA

1. - Humedecer el alimento para transformarlo en una masa líquida o semilíquida para que pueda tragarse fácilmente.

2. - Lubricar y humedecer la mucosa bucal y labios
3. - Mantiene a los dientes húmedos y recubiertos, preservándolos de la descalcificación, al proteger el esmalte de la disolución por ácidos.
4. - Disolver sustancias alimenticias y con ello ayudar a apreciar el alimento y estimular las yemas gustativas .
5. - Regular el balance de agua.
6. - funcionar junto con la deglución, al separar residuos de alimentos.
7. - Función antibacteriana, a cargo de opsoninas, anticuerpos, lisozimas y agentes causantes de mutación bacteriana.
8. - Presentar fase de moco-móvil, como medio en el cual granulocitos polimorfonucleares viven y funcionan como fagocitos activos.
9. - Mantener a la flora bacteriana bucal normal constante, durante toda la vida.

I.3. - CLASIFICACION DE LAS GLANDULAS

Las glándulas en general se clasifican según el lugar y tipo de la secreción y según la estructura.

Según el lugar, las glándulas pueden ser exócrinas o de secreción externa; endócrinas, o de secreción interna; y heterócrinas, la combinación de ambas secreciones.

Por lo tanto, se consideran a las glándulas salivales dentro del grupo de las exócrinas.

Según el tipo de secreción, las glándulas pueden ser Serosas, si sus secreciones contienen suero; Mucosas, si contienen mucina y son Mixtas cuando presentan ambas secreciones.

Según la estructura, pueden ser linfoides y epiteliales.

Este tema se verá en el capítulo concerniente a histología.

Ahora bien, concentrándose en el renglón exclusivo de glándulas salivales, se presenta la clasificación concerniente.

Las glándulas salivales se clasifican según su tamaño, localización y la naturaleza de las sustancias que elaboran.

Según su tamaño se clasifican en mayores y menores.

Las glándulas mayores son de número de tres; pares, una a cada lado de la boca y se llaman; Parótida, submaxilar y sublingual.

Las glándulas menores son de 400-500, distribuidas en toda la cavidad oral, y debido a la gran cantidad que son sólo se mencionan las más importantes, que son, labiales superior y inferior, de los Carrillos (o Mejillas), linguales, glosopalatina, lingual anterior, DE VAN EBNER, de la raíz de la lengua y glándulas del paladar, glándulas de la mitad posterior del paladar duro, gs, del paladar blando y úvula y por último glándulas del cojín retromolar.

Según su , localización, las glándulas salivales se clasifican en glándulas del vestíbulo y glándulas de la cavidad bucal propiamente dicha.

GS. DEL VESTIBULO, PAROTIDAS, GS. LABIALES SUPERIORES E INFERIORES Y GS. DE LOS CARRILLOS.

Glándulas de la cavidad bucal propiamente dicha.

Glosopalatina, lingual anterior, G. DE VAN EBNER G de la raíz posterior del paladar duro, Gs. del paladar blando y de úvula y glándulas del cojín retromolar y glándulas sublinguales mayores y menores y la submaxilar.

Según la naturaleza de las sustancias que elaboran, son, mucosas serosas y mixtas.

GLANDULAS SALIVALES SEROSAS

Parótidas, submaxilares y gs. de van ebner

Glándulas salivales mucosas

Glosopalatina, glándula de la raíz posterior de la lengua, g. de la mitad posterior del paladar duro, g. del paladar blando y úvula, g. del cojín retromolar.

GLANDULAS SALIVALES MIXTAS

Glándulas sublinguales mayor y menor, labiales, gs. de los carrillos y glándula lingual anterior.

3. - ANATOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MAYORES

Unicamente se mencionan las 3 glándulas salivales mayores, tanto en anatomía, como en histología y fisiología, ya que son las que revisten mayor importancia clínica.

ANATOMIA

GLANDULA PAROTIDA

a). - LOCALIZACION

Se halla situada por debajo del conducto auditivo externo, por debajo de la apófisis mastoidea y por detrás de la rama ascendente de la mandíbula.

Su conducto excretor principal parotídeo o de Stenon, mide unos 5 cms. de longitud, parte de la cara externa de la glándula, aparece indicada por una prominencia llamada papila parotídea y se abre hacia la cavidad bucal, a la altura del segundo molar superior y en los carrillos.

b). - CONSTITUCION

Es la mayor de las glándulas salivales, presenta una cápsula ósteofibrosa bien definida; tiene forma de un prisma triangular, con 2 bases una superior y una inferior; 3 caras, externa, anterior y posterior y tres bordes, uno interno faríngeo y dos extremos, uno anterior y uno posterior.

Tiene dos porciones o lóbulos, uno superficial y otro profundo, divididos por el plano del facial, pesa de 20 a 30 grs. y es de color amarillento.

c). - IRRIGACION

La glándula parótida se halla irrigada por la arteria temporal superficial, rama terminal de la carótida externa, ramas de la auricular posterior y de la transversa de la cara.

De sus redes capilares, nacen venas que forman troncos afluentes de la yugular externa.

los linfáticos que nacen de la glándula forman conductos colectores y van a desembocar a los ganglios paratídeos, de donde parten troncos diferentes que terminan en los ganglios yugulares externos y en los cervicales profundos.

d). - INERVACION

La glándula parótida presenta una inervación simpática dada por el ganglio cervical superior; inervación parasimpática dada por el ganglio ótico e inervación sensorial dada por el nervio trigémino.

GLANDULA SUBMAXILAR

LOCALIZACION

Está situada debajo del cuerpo de la mandíbula llenando ampliamente el triángulo digástrico del cuello y colocada abajo del digástrico, o sea queda situada en parte encima y en parte abajo de la mitad de la base de la mandíbula.

Su conducto de Wharton abre a uno y otro lados del frenillo lingual; mide unos cinco centímetros de longitud y emerge de la prolongación profunda de la glándula.

CONSTITUCION

La glándula submaxilar de tamaño intermedio y está completamente en cápsulada en una celda ósteofibrosa; presenta forma prismática triangular, con tres caras correspondientes a la cápsula o celda y posterior; pesa de 10 a 20 gramos es de color amarillento.

IRRIGACION

La glándula submaxilar está irrigada por arterias procedentes de la facial y de la submentoniana y en sus redes capilares nacen venas que desembocan en la facial y en la submentoniana.

INERVACION

La glándula submaxilar presenta una inervación simpática dada por el ganglio cervical superior, inervación parasimpática por el ganglio submaxilar e inervación sensorial dada por el nervio trigémino.

Los linfáticos caminan por los intersticios de la glándula y desembocan en los ganglios submaxilares de donde parten troncos diferentes que van a los ganglios cervicales profundos.

GLANDULA SUBLINGUAL

LOCALIZACION

La glándula sublingual se encuentra inmediatamente de bajo de la mucosa del piso de la boca, junto a la superficie ventral de la lengua y por dentro del cuerpo de la mandíbula.

Consiste de una glándula mayor, en forma de almendra cuyo conducto principal es el de Bartolini, que se abre cerca del conducto submaxilar; y de varias glándulas menores, en número de 10 a 30, que presentan su secreción por medio de los conductos de Rivinus en el pliegue de la cavidad bucal.

CONSTITUCION

Es la glándula más pequeña de las tres glándulas salivales mayores, presenta una cápsula mal definida; tiene forma elipsoidal, aplanada transversalmente; posee dos caras; externa e interna, dos bordes, inferior y superior y dos extremidades, posterior y anterior, es de color amarillento y su peso oscila entre los 10 gramos.

IRRIGACION

La glándula sublingual recibe arterias de la sublingual y de la submen-

toniana y en sus capilares nacen venas que van a la ranina.

INERVACION

La glándula sublingual presenta una inervación simpática dada por el ganglio cervical superior, inervación parasimpática por el ganglio submaxilar e inervación sensorial dada por el nervio trigémino. Los linfáticos de la g. sublingual terminan en los ganglios submaxilares.

I.5 - HISTOLOGIA

a). - ORIGEN

La formación de las glándulas salivales se inicia en la sexta semana de vida intrauterina, con proliferación de brotes o cordines derivados del epitelio, los cuales profundizan hacia el mesodermo. Posteriormente cada cordón epitelial se ramifica en forma múltiple para originar la porción secretora de la glándula.

Después se produce la canalización de los cordones epiteliales estableciéndose gradualmente el volumen o luz de los diferentes conductos excretores.

Por lo tanto, las glándulas salivales tienen su origen en el ectodermo.

GLANDULA PAROTIDA

b). - COMPOSICION

La parótida es una glándula compuesta, ramificada y está formada por componentes en cápsulados mayores y accesorios. Los conductos secretorios están revestidos por células columnares estriadas.

Está formada por tejido conectivo fibroso y su secreción es predominantemente de tipo seroso.

Esta glándula acinosa, cuyos acinos, de forma tubuloalveolar, se agrupan para formar lobulillos primarios, los cuales se refinen con otros para formar lóbulos secundarios y así constituir la glándula.

Los lobulillos están separados entre sí por tejido conectivo, donde se encuentran elementos linfáticos y adiposos.

De cada acino parten conductos intercalares o de Boll, muy estrechos y largos, revestidos en su interior de una capa epitelial y que van a desembocar a los conductos intralobulillares y estos formados entre sí van a dar conductos de mayor calibre, llamados interlobulillares, que van a terminar al conducto excretor o de Stenon.

GLANDULA SUBMAXILAR

La submaxilar es una glándula compuesta, ramificada, alveolar y en parte tubular.

Los conductos intercalados son muy cortos y sus conductos secretorios muestran células columnares visiblemente estriadas.

Es una glándula mixta, pues está constituida por acinos mucosos y -- por acinos serosos, siendo mayor el predominio de estos últimos.

Sus acinos se encuentran separados por tejido conectivo fibroso y su secreción se vierte por conductos excretores, de igual forma que la glándula parótida.

GLANDULA SUBLINGUAL

Es una cápsula bien definida, ramificada, no presenta conductos -- intercalares, mixta compuesta de acinos serosos y mucosos, cuyos - productos de secreción son eliminados por conductos intra y extraglan-dulares, los primeros situados en el espesor de la glándula y los segun-dos continúan a los primeros.

El epitelio secretorio de la glándula mayor muestra alveolos predomi-nantemente mucosos, mientras las glándulas menores son mucosas pu-ras.

6. - FISILOGIA

a). - FUNCIONES NORMALES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Los núcleos salivales se localizan en el límite del bulbo y protuberancia, y son activados por estímulos sápidos o táctiles en lengua y diversas regiones de la boca.

Las glándulas salivales submaxilar y sublingual están controladas por los núcleos salivales en su parte superior y en la parte inferior la glándula parótida.

De los estímulos gustativos, entre ellos el sabor ácido, ocasionan (nuevamente) secreción salival abundante, que puede ser 5 mil por minuto o más.

La secreción de saliva se ve incrementada al percibirse platillos apetitosos y consistenciales y por el contrario la salivación se inhibe con sustancias desagradables o del tipo ásperas.

La salivación es regulada en base a respuestas originadas de áreas corticales de gusto y olfato, o de la amígdala.

FUNCIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

La función primaria es transformar y secretar material desde la sangre. Por ello la glándula puede fabricar y descargar sustancias complejas como enzimas, mucopolisacáridos y glucoproteínas.

La segunda función es excretar sustancias normalmente no presentes en la sangre, como drogas, metales y alcohol.

1.7. - RESULTADOS

Se han observado las glándulas salivales en condiciones normales, -
tomando en cuenta su anatomía histología y fisiología así como -----
también su producto de secreción que es la saliva. Teniendo un conoci-
miento amplio de estas condiciones normales, será, posible diferenciar
entre un estado normal y otro de tipo patológico.

Es pues así como queda bien definido la entidad que proporciona el te-
ner un conocimiento con bases fundamentadas para así poder diagnos-
ticar las diferentes anomalías que habitualmente se presentan en las
glándulas salivales.

CAPITULO SEGUNDO

2. - EXPLICAR LA CLASIFICACION DE NEOPLASIAS EN GLANDULAS SALIVALES

OBJETIVOS

ESPECIFICOS

2.I- CONSIDERACION PREVIA

En el presente capítulo únicamente se clasifican las más importantes neoplasias benignas y malignas que con mayor frecuencia afectan a las glándulas salivales mayores.

La mayor parte de las neoplasias se originan en la parótida, unos pocos en la submaxilar; y las que afectan a la sublingual son muy raros.

En las neoplasias de las glándulas salivales mayores su índice de crecimiento y comportamiento son muy variados y sus dimensiones van desde unos pocos centímetros hasta las de una masa considerable.

Las principales características generales tanto benignas como malignas de estas neoplasias son las siguientes.

BENIGNAS

Habitualmente son de larga duración. Presentarse como nódulos aislados que no están fijados en la piel o mucosa suprayacente. Sin embargo las lesiones recurrentes pueden ser multinodulares.

Crece lentamente y suelen ser asintomáticas

A. diferencia de las lesiones inflamatorias, no varían de tamaño.

Las neoplasias malignas del paladar por lo general no producen imágenes difusas ni aflojamiento de los dientes.

MALIGNAS

Por lo común son de menor duración que las benignas.

Crece con rapidez, o su antecedente es el de un crecimiento lento con un período repentino de rápida actividad.

Están fijos en los tejidos circundantes. La piel mucosa suprayacentes -- pueden ser ulceradas e inflamadas.

Las neoplasias de la parótida pueden asociarse con parálisis del nervio - facial u otros síntomas neurológicos y es posible observar agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales.

Las neoplasias del paladar y de las glándulas retromolares producen una - infiltración temprana del hueso subyacente y ocasionan imágenes radiolúci-
das difusas y aflojamiento de los dientes.

2.2. - DESCRIBIR LA CLASIFICACION DE NEOPLASIAS EN GLANDU
LAS SALIVALES MAYORES.

NEOPLASIAS BENIGNAS

1. - Adenoma Pleomorfo
2. - Cistadenoma papilar linfomatoso
3. - Adenoma Oxifilo
4. - Lesión Linfoepitelial Benigna
5. - Adenoma Canicular

NEOPLASIAS MALIGNAS

1. - Adenoma pleomorfo maligno
2. - Carcionoma quístico adenóideo
3. - Adenocarcinoma de células acinosas
4. - Carcinoma mucoepidermoide
5. - Carcionoma epidermoide
6. - Adenocarcinoma

2.3. - MENCIONAR LA ETIOLOGIA DE NEOPLASIAS EN GLANDULAS SALIVALES.

A pesar de que la literatura acerca de la Etiología de Neoplasias en glándulas salivales es bastante amplia, aún no se han podido dilucidar en forma precisa los factores que producen dichas neoplasias.

Por lo cual únicamente se mencionan en este estudio las causas más probables que la gran mayoría de investigadores, han considerado de mayor relevancia en este campo.

Existen factores intrínsecos, extrínsecos y generales en la etiología de neoplasias en glándulas salivales.

L. - FACTORES INTRISECOS

Estos factores pueden ser predisponentes en la función de neoplasias.

Ciertos individuos son susceptibles y otros son inmunes. Factores genéticos. Existen pruebas de resistencia y susceptibilidad al cáncer.

Puede existir cierta tendencia hereditaria. Los individuos entre cuyos parientes cercanos ha habido cáncer tienen probabilidades ligeramente mayores de contraer la enfermedad que el resto de la población.

Existen pruebas considerables de que ciertos individuos con resistencia al cáncer no desarrollan fácilmente el carcinoma aún en presencia de factores extrínsecos.

Existe la inmunidad, pero su naturaleza no es clara todavía.

FACTORES EXTRINSECOS

El origen de las neoplasias depende de los factores exógenos, tales como irritaciones mecánica, química y térmica.

La irritación crónica está comúnmente asociada con enfermedad maligna.

En la boca son muy comunes las lesiones causadas por la irritación crónica. Como ejemplo, basta mencionar el efecto del exceso de fumar.

Existen los efectos de factores profesionales, como ocurre con los trabajadores de la parafina, los limpiadores de chimeneas y los que están expuestos a los rayos ultravioleta o a los rayos X.

FACTORES GENERALES.

Como lo son las siguientes enfermedades de la cavidad oral: leucoplasia, hiperqueratosis sífilítica y queratosis senil, las cuales son consideradas como lesiones precancerosas, especialmente si existe disqueratosis.

La hipertrofia de la encía, los papilomas blando y duro, y otros tumores del tipo benigno suelen agruparse como lesiones del tipo precanceroso.

2. 4. - EXPLICAR LAS GENERALIDADES, CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS EN LAS GLANDULAS SALIVALES.

ADENOMA PLEOMORFO O TUMOR MIXTO

El adenoma pleomorfo es el más común de todos los tumores de las glándulas salivales.

Constituye más del 50% de todos los casos de tumores originados en las glándulas salivales mayores y menores y además constituye el 90% de todos los tumores glandulares salivales benignos.

De las glándulas salivales mayores principales, la parótida es la localización más habitual del adenoma pleomorfo o tumor mixto; lo anterior se desprende al considerar que de un estudio de 500 casos, el 90% se localizó en dicha glándula; no obstante, también suele aparecer en otras glándulas salivales.

Este tumor es más frecuente en mujeres que en hombres, con un porcentaje aproximado de 6 a 4 .

La mayoría de estas lesiones se dan en pacientes entre la cuarta y la sexta décadas, pero también son las más comunes en adultos jóvenes y raramente se presenta en niños.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En ciertas zonas se presentan células cuboideas dispuestas en estructuras tubulares o ductiformes con notable semejanza al epitelio normal del conducto. En ocasiones estos espacios ductiformes contienen un

coágulo eosinófilo.

Suele haber proliferación epitelial en cordones o capas alrededor de estas estructuras tubulares. En otras zonas, las células tumorales adoptan una forma estrellada, poliédrica o ahusada y pueden ser relativamente escasas.

Las células epiteliales pavimentosas son muy comunes y presentan múltiples puentes intercelulares y a veces verdaderas perlas de queratina. La presencia de material mixoide laxo suele ser un rasgo predominante de la lesión y son comunes los focos de tejido conectivo hialinizado, o material de aspecto cartilaginoso y hasta hueso.

Puede existir material mucóide originado en las células epiteliales. Este tipo de tumor es encapsulado, ya que es frecuente la presencia de células tumorales.

Al no existir el patrón pleomórfico del estroma, y 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".

Al existir predominio en la proliferación mioepitelial, se puede determinar el diagnóstico de "Mioepitelioma".

CARACTERISTICAS CLINICAS

La lesión de inicia con la aparición de un módulo pequeño indoloro e inactivo que en forma lenta comienza a aumentar de tamaño, en ocasiones el crecimiento es 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 modular irregular de consistencia firme, en ocasiones se palpan zonas de degeneración quística, cuando son superficiales.

Es raro que la piel se ulcere a pesar de que estos tumores alcanzan un gran tamaño, al punto que se han registrado lesiones de gran cantidad de peso.

El malestar local es frecuente, pero el dolor no es síntoma común del adenoma pleomorfo.

La lesión del nervio facial manifestada por la parálisis facial es rara, como podría esperarse de un tumor benigno de la glándula parótida. como este tumor dificulta la masticación, la formación y la respiración del paciente, se detecta tempranamente y se trata.

Las glándulas palatinas son el asiento frecuente de estos tumores, como lo son las glándulas de los labios y ocasionalmente otras zonas aledañas.

El adenoma pleomorfo palatino está fijo al hueso subyacente, pero no es invasor. En otras zonas el tumor suele moverse libremente y es fácil - su palpación.

CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO

TUMOR DE WARTHIN

ADENOLINFOMA

Este tipo de tumor glándular salival se presenta casi exclusivamente - en la glándula parótida, aunque se han presentado algunos casos en la glándula submaxilar y en el paladar.

Este tipo de tumor constituye el 4% de todos los tumores de las glándulas salivales.

Suele aparecer entre los 40 y los 70 años, pero con mayor frecuencia - entre los 50 y 60 años.

El 90% de los pacientes son hombres .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Este tumor consta de dos componentes histológicos: epitelio y tejido linfático.

La lesión es, en esencia, un adenoma que presenta formación quística - con proyecciones papilares hacia los espacios quísticos y una matriz -- linfoldea que tiene centros germinales.

Las células epiteliales que cubren las proyecciones papilares son columnas o cuboideas, dispuestas en dos hileras, la capa interna puede tener varias células de espesor, estas células son eosinófilas y contienen núcleos hiper cromáticos o pognóticos y abundante cantidad de mitocondrias. Es frecuente la presencia de un coágulo eosinófilo dentro de los espacios quísticos.

El componente linfóide es abundante y se considera 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.

A pesar de que se ha establecido que hay transformación maligna, no se ha definido si se efectúa en el componente epitelial o en el linfóide y es sumamente rara.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Los signos y síntomas del Cistadenoma papilar linfomatoso tienen un promedio de duración de tres años y suelen localizarse en forma bilateral sobre las glándulas parótidas.

Rara vez esta lesión alcanza un tamaño que excede unos tres o cuatro cms. de diámetro.

Este tumor suele ser superficial, y se halla inmediatamente debajo de la cápsula parótida o protruye a través de ella.

El tumor es firme a la palpación e indistinguible de otras lesiones benignas de la glándula parótida; en general no es doloroso.

Este tumor benigno de crecimiento lento puede aparecer en cualquier parte dentro de la glándula parótida o cerca de ella, generalmente en la región del ángulo o de la rama ascendente de la mandíbula, o bien por debajo del lóbulo de la oreja.

La lesión es suficientemente circunscrita y fija.

ADENOMA OXIFILO

ONCOFITOMA

ADENOMA ACIDOFILO

El adenoma oxifilo es un tumor raro que suele originarse en la glándula parótida. Por lo general no alcanza un gran tamaño, El nombre "oncocitoma" proviene de la semejanza de estas células tumorales con células -- aparentemente normales que se encuentran en gran cantidad de localizaciones, incluso en glándulas salivales, vías respiratorias, mamas, --- glándulas tiroideas, páncreas paratiroides, etc.

Estas células se ven predominantemente en los revestimientos de conductos glandulares de personas maduras.

Suele aparecer después de los 55 años, afecta más a las mujeres que a los hombres.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El adenomaxfifilo se caracteriza por grandes células con citoplasma eosinófilo y membrana celular nítida, que tienden a disponerse en hileras o -- cordones estrechos.

En ocasiones, las células se agrupan por capas y pueden ofrecer una forma alveolar o lobulillar.

Estas células, que tienen pocas figuras mitóticas, están muy apretadas y en estroma de sostén es escaso.

Suele haber tejido linfocitario, pero no aparece como parte integral de la --- lesión.

A veces se observa una variante del adenoma oxífilo en las glándulas salivales intrabucales, especialmente en la mucosa vestibular y labio superior. Esta variante ha sido denominada cistadenoma oncocítico porque es un nódulo de aspecto tumoral compuesto fundamentalmente de abundantes estructuras dilatadas semejantes a conductos o a quistes, tapizadas de oncocitos.

Estudios con el microscopio electrónica demostraron que el citoplasma de los oncocitos está abarrotado de mitocondrias.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El adenoma oxfilo es un tumor que mide entre tres y cinco centímetros de diametro y es una masa circunscrita y encapsulada, que puede ser nodular.

Por lo general no hay dolor.

Habitualmente son de larga duración (años) y se presenta como nódulos -- aislados que no están fijos en la piel o mucosa suprayacente.

Las lesiones recurrentes pueden ser multinodulares.

Es de crecimiento lento.

LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA.

Enf. de Mikulicz, Adenolinfoma, Adenoma, Linfomatoide.

Este tipo de lesión de las glándulas salivales es bastante rara ya que presenta características inflamatorias y tumorales.

Es mucho más frecuente en las mujeres, particularmente en la mitad de la vida (aproximadamente a los 40 años).

Se conoce con el nombre de Enfermedad o síndrome de Mikulicz a esta lesión, cuando la glándula parótida u otras glándulas salivales se agrandan por causa de infiltración leucémica, linfosarcoma o tuberculosis.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Esta lesión o enfermedad se caracteriza por la infiltración de linfocitos en forma ordenada del tejido de las glándulas salivales, que destruye o reemplaza los acinos, con persistencia a las células epiteliales que probablemente son restos de conductos glandulares.

Aunque el elemento linfóide suele ser difuso, a veces hay verdaderos centros germinales. El epitelio puede consistir en conductos que tienen proliferación celular y pérdida de la polaridad o, cuando la enfermedad persiste, nidos o racimos compactos de células epiteliales mal definidas, denominadas "islas epiteliales". Estas parecen formar, a veces, un sincitio.

Se originan estas islas de la proliferación de las células del conducto como de las células mioepiteliales periféricas.

En lesiones avanzadas es característica el depósito de material hialino eosinófilo en las islas epiteliales.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta lesión consiste en una afección unilateral, bilateral o múltiple de las glándulas salivales.

Las lesiones suelen presentarse como tumefacciones asintomáticas. -

Las tumefacciones pueden ser difusas e implicar la mayor parte de la glándula, o presentarse con el aspecto de nódulos simples.

En algunos casos existe malestar bucal en forma leve y además ocasional.

El inicio de la lesión está, a veces combinado con fiebre, infección de bucal extracción dental o algún otro trastorno inflamatorio local.

El agrandamiento es de contorno irregular, de las glándulas salivales - más que un nódulo tumoral circoscrito. El tamaño de los agrandamientos, pero por lo general tiene unos cms.

La duración de la masa tumoral puede ser de algunos meses o de muchos años.

En ocasiones, también están agrandadas las glándulas lagrimales.

ADENOMA CANALICULAR O DE CELULAS ACINOSAS

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

El tumor es mucho más común en pacientes mayores de 60 años de edad pero no tiene predilección particular por sexo o por raza.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El adenoma canalicular o de células acinosas está compuesto por varios cordones largos 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 otras, estos cordones encierran espacios quísticos de tamaño variable. Los espacios quísticos suelen estar llenos de un coágulo eosinófilo.

Está compuesto de epitelio acinoso o de los conductos.

Los tumores encapsulados crecen lentamente en un periodo de varios años, y están compuestos de células serosas llenas de gránulos basófilos y agrupadas en acinos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta lesión se origina casi exclusivamente en el tejido de las glándulas salivales accesorias intrabucuales y, en la mayoría de los casos, se presenta en el labio superior.

Sin embargo, se sabe de casos en que la lesión se dió también en paladar y mucosa vestibular.

El tumor suele 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.

2.5. - EXPLICAR LAS GENERALIDADES, CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

ADENOMA PLEOMORFO MALIGNO O TUMOR MALIGNO MIXTO

El tumor maligno mixto tiene como localización más habitual a la glándula parótida.

Este tumor afecta con más frecuencia a hombres que a mujeres, en un porcentaje de 6 a 2.

La mayoría de estos tumores se da entre la quinta y sexta décadas, -- siendo la edad promedio 62 años.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Los componentes malignos proliferan mucho más que los benignos. Por lo cual es difícil observar zonas histológicamente benignas.

Existen cambios nucleares que habitualmente son considerados indicadores de malignidad (hipercromatismo y pleomorfismo nucleares, aumento o anomalía de la mitosis y aumento de la relación entre núcleo y citoplasma); Invasión de vasos sanguíneos, linfáticos y nervios; necrosis focal; e infiltración periférica obvia y destrucción de tejido normal. El patrón celular maligno de transformación vira hacia el carcinoma epidermoide o hacia el adenocarcinoma, y algunos tumores malignos -- presentan ambos tipos de células. Por lo cual, se produce la transformación de células fusiformes y gigantes.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El adenoma pleomorfo maligno suele ser de mayor tamaño que el benigno.

Es frecuente la fijación del tumor maligno a las estructuras subyacentes así como a la mucosa o a la piel que lo cubre.

Es variable la presencia de ulceración superficial.

El dolor es un rasgo característico del adenoma pleomorfo maligno.

La lesión puede asociarse con parálisis del nervio facial o bien otros síntomas neurológicos, y es posible observar agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales.

Las lesiones del paladar y de las glándulas retromolares producen una infiltración temprana del hueso subyacente y ocasionan imágenes radiolúcidas difusas y aflojamiento de los dientes.

CARCINOMA QUISTICO ADENOIDEO

Cilindroma. Carcinoma Adenoquistico. Carcinoma Adenoquistico Basocelular. Carcinoma Seudoadenomatoso Basocelular. Tumor Mixto Basaloideo.

Este tumor afecta a ambos sexos por igual; y suele aparecer después de los 50 años de edad.

En orden de frecuencia, las localizaciones preferidas son la parótida, después las glándulas palatinas y finalmente, las glándulas maxilares.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El carcinoma quístico adenoideo se compone de pequeños células uniformes, intensamente teñidas que se asemejan a células basales y que se suelen disponer en cordones o estructuras ductiformes, cuya porción central puede contener un material mucoide con aspecto típico de "panal de abejas" o de "queso suizo".

Es característico que el tejido conectivo se hialinice y rodee las células tumorales, para formar estructuras cilíndricas por lo cual recibe el nombre de "cilindroma".

En ocasiones las células proliferan en masas compactas, y puede haber un patrón glándular quístico típico reducido.

A veces, se observan cordones anastomosados delicados de células neoplásicas dispersos en un estroma abundante. En raras ocasiones se presenta una forma de este tumor, conocida como pseudoameloblastoma.

La diseminación de las células tumorales por los linfáticos o las vainas perineurales es un rasgo común de esta neoplasia.

A pesar de la naturaleza maligna de la lesión, las figuras mitóticas son bastante raras.

El tumor consiste en células epiteliales pequeñas de coloración oscura parecidas a las células basales de la mucosa.

Por esta razón se le denomina tumor mixto basaloide.

Las células epiteliales se disponen tubos, islotes, columnas y ácinos. - Los tubos y acinos están vacíos o contienen un material homogéneo, basófilo o eosinófilo.

Este tumor no está encapsulado e infiltra las estructuras circundantes.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las manifestaciones clínicas son de un tumor glandular salival maligno típico: dolor local temprano, parálisis del nervio facial en el caso de los tumores que afectan a la glándula parótida, fijación a estructuras profundas e invasión local.

Algunas de estas lesiones, especialmente las intrabucales, tienen ulceración de la superficie.

Las lesiones del paladar se asocian con odontalgias, aflojamiento de los dientes y radiolucencias; en caso de exodoncia, el alveolo no cura. El carcinoma adenoquistico es un tumor de crecimiento relativamente lento.

Aunque el carcinoma adenoquistico es maligno, no produce metástasis sino tardíamente, cuando se disemina a los ganglios linfáticos regionales, los pulmones, huesos y otras vísceras.

Ahora bien, este tumor es localmente agresivo y puede causar la muerte sólo por extensión local, o sea. los tumores del paladar que se extienden a través de la base del cráneo y ocasionan complicaciones fatales.

ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS

Adenocarcinoma y adenoma de células acinosas y serosas .

El adenocarcinoma de células acinosas se semeja mucho al adenoma - pleomorfo maligno en su aspecto macroscópico y tiende a ser encapsulado y lobulado.

Los tumores de células acinosas se presentan predominantemente en personas de edad mediana o algo mayores, pero se lo ha encontrado en personas menores de 20 años también.

Este tumor se origina principalmente en la glándula parótida, aunque -- también se han registrado casos en que lo hace en las otras glándulas - mayores principales y en las glándulas accesorias intrabucales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El tumor de células acinosas está rodeado de una cápsula delgada y se - compone de células que guarda estrecha semejanza con las células acino - sas normales, dispuestas en estructura glandular o al azar.

El citoplasma de las células acinosas contiene gránulos similares a los gránulos de cimógeno de las células normales y, con frecuencia, vacuo - las intercelulares.

El adenocarcinoma de células acinosas se origina en células acnicas -- serosas.

Este tumor consiste en un tipo celular único, es una célula muy grande - con núcleo redondo y oscuro.

Sus células se parecen a las células acinosas de las glándulas serosas y están dispuestas en hojas anchas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El tumor del carcinoma de células acinosas es pequeño, redondo, ---- encapsulado y puede producir dolor y parálisis del nervio facial. Es -- habitualmente duro y puede ser desplazable o estar firmemente adherido Al corte, este tumor es de color amarillo grisáceo, pero sin componen- tes mixomatosos. Dado que faltan las estructuras fibrilares, este tumor es blando y prominente. Se observan muchos focos necróticos a conse-- cuencia de la mala irrigación sanguínea.

Se han producido recidivas locales en diversas series de casos, falle--- ciendo aproximadamente la mitad de los pacientes finalmente por causa del tumor, lo cual indica las graves consecuencias de la recidiva local. En gran cantidad de casos se producen metástasis, la mayoría de ellas - en los ganglios linfáticos regionales.

Este tumor también se ha observado en niños.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

La mayoría de los tumores mucoepidermoides de las glándulas salivales principales se originan en la glándula parótida, aunque también se pueden asentar en otras glándulas principales y especialmente en las accesorias intrabucales.

Estos tumores son más frecuentes en personas entre la tercera y sexta décadas, aunque a veces también se dan en niños.

No existe diferencia significativa por el sexo ni por la raza.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor pleomorfo compuesto de células secretorias de moco, células de tipo epidermoide y células intermedias. Raras veces la célula intermedia es la dominante.

Este tumor se origina en el epitelio del conducto, puesto que la proliferación ductal adyacente del tumor es muy común.

En esencia, estos tumores presentan capas o nidos de células epidermoides y nidos similares de células mucosas dispuestas en estructura glandular y a veces con microquistes. Estos quistes pueden romperse y liberar moco puede acumularse en el tejido conectivo y provocar una reacción inflamatoria.

Es frecuente la presencia de grandes o pequeñas cantidades de moco en el estroma del tumor.

CARACTERISTICAS CLINICAS

EL carcinoma mucocpidermoide presenta dos grados de malignidad, con diferentes caracterfsticas uno del otro.

El tumor de bajo grado de malignidad suele aparecer como una masa indolora de crecimiento lento que parece un adenoma pleomorfo. A diferencia de este, sin embargo, raras veces excede los 5 cms. de diámetro; no es completamente encapsulado y suele contener quistes que pueden estar ocupados por un material mucosido viscoso.

Los tumores intrabucuales de este tipo aparecen en zonas como el paladar, mucosa vestibular, lengua y zona retromolar.

El tumor de alto grado de malignidad, crece con rapidez y produce dolor como síntoma temprano.

La parálisis del nervio facial es bien frecuente en los tumores parotídeos. Este tumor 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.

También son las metástasis a pulmones, huesos y tejidos subcutáneos.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE O CARCINOMA ESPINOCELULAR

Este tumor es bastante raro. Suele presentarse con mayor frecuencia en las glándulas salivales principales, en particular en parótida y submaxilar aunque también puede darse en el tejido de las glándulas salivales menores accesorias.

Se presenta con mayor frecuencia entre la quinta, la sexta décadas de vida y no tiene predilección ni por sexo ni por raza.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Tanto las células escamosas como las células basales del extracto de Malpighi dan nacimiento al carcinoma de células espinosas.

Sin embargo, las células de nueva formación son células planas, con frecuencia con filamentos intercelulares y numerosas figuras mitóticas.

Dichas células tienden a cambiar sus caracteres morfológicos y generalmente se desarrollan en variedad de formas, siendo el resultado células de diferentes, todos distintos del original. Pueden ser hipertróficas o más pequeñas de lo normal.

El núcleo se hace hipercromático a causa de un cambio en el contenido de cromatina, con aumento de poder de crecimiento, y con frecuencia aparecen mitóticas.

En el citoplasma aparecen gránulos, y las células se transforman en masas queratinizadas sin estructura.

CARACTERISTICAS CLINICAS

No está bien definido cual es el sitio exacto en que nacen los carcinomas epidermoides de las glándulas salivales.

Lo más frecuente es que se originen en el conducto, porque los conductos 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 proceso de obstrucción del conducto.

ADENOCARCINOMA.

El adenocarcinoma es un tumor sumamente maligno que se forma en los tejidos de las glándulas salivales.

Por lo general, tumor se presenta a una edad más avanzada que los otros tipos de tumores de las glándulas salivales, o sea se presentan después de los 60-70 años de vida.

No existe predilección ni por raza ni por sexo en este tipo de tumor maligno.

Existen diversas variedades de adenocarcinomas que se pueden distinguir entre sí por su morfología, los cuáles son los siguientes: anaplásico, transicional, de célula escamosa, trabecular, papilar, sólido, mixto maligno, quístico. etc.

Sin embargo, con excepción de sus características microscópicas se parecen unas a otras, razón por la cual serán considerados como un sólo grupo.

Como ya se mencionó anteriormente, a pesar de 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 las metástasis.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El adenocarcinoma de las glándulas salivales es similar o idéntico al observado en otras partes, tales como mucosas, labios, paladar, carrillos, etc. Algunos tumores muestran cordones, tubos, islotes y acinos de epitelio glandular anaplásico o adenocarcinoma.

En otros tumores, células anaplásicas hiperocrómicas, de formas -
diversas, constituyen hojas grandes o trabéculas sin indicios de forma-
ción glandular (adenocarcinoma trabecular).

En algunas lesiones, una parte puede parecerse a un tumor mixto, ----
mientras que en otra pueden observarse las características de uno de -
los tipos de adenocarcinoma (tumor mixto maligno).

Existen tumores malignos con anchas hojas de células de bordes mal de-
finidos y ausencia de formación glándular. La imagen microscópica es
casi idéntica a la del carcinoma de células transicionales, y así se deno-
minan.

En los adenocarcinomas papilares o quístico-papilares, el tumor es ---
quístico. Proyecciones papilares de células tumorales se extienden como
dedos al interior de la cavidad quística.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El adenocarcinoma puede presentarse en el tejido de las glándulas aberrantes de los labios, carrillos, paladar y bucofaringe, pero principalmente se aparece en glándulas salivales, con mayor frecuencia.

Los adenocarcinomas presentan rápido crecimiento, dolor temprano -- ocasionando por compresión de los nervios sensitivos e inmovilidad de la masa del tumor por sus extensiones en los tejidos adyacentes.

El adenocarcinoma presenta metástasis a los ganglios linfáticos de la - región, pulmones y esqueleto.

Estos tumores están fijados a los tejidos circundantes. La piel o mucosa suprayacentes pueden estar ulceradas e inflamadas.

Los tumores de la glándula parótida pueden asociarse con parálisis del nervio facial u otros síntomas neurológicos, y es posible observar ----- agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales, a la vez.

Los tumores del paladar y de las glándulas retromolares producen una - infiltración temprana del hueso subyacente ocasionando imágenes radio= lúcidas difusas y aflojamiento de los dientes.

2.6. - MENCIONAR EL TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE NEOPLASIAS EN GLANDULAS SALIVALES MAYORES.

El tratamiento fundamental de todas las neoplasias que afectan a las glándulas salivales es esencialmente quirúrgico, aunque a veces, las lesiones que manifiestan una tendencia a la recidiva local, son tratadas mediante la terapéutica combinada de cirugía e irradiación.

Por lo regular las neoplasias del tipo benigno no presentan recidiva alguna y cuando ello se llega a presentar, es debido a que en la cápsula de la lesión las células tumorales son tan frecuentes que pueden quedar pequeños nidos en el tejido después de la enucleación.

De lo anterior se desprende que los tumores benignos al estar bien encapsulados raras veces recidivan, una vez que ya han sido eliminados totalmente.

Y desde luego todos los tumores benignos presentan pronóstico favorable. Las neoplasias malignas tienen un elevado índice de recidiva luego de la eliminación quirúrgica, así como una frecuencia alta de afección de los ganglios linfáticos regionales.

Son frecuentes las metástasis a distancia en pulmones, huesos, vísceras y cerebro.

No obstante, el tratamiento ideal para estas neoplasias malignas es la extirpación quirúrgica en conjunción con la irradiación, pero nunca la

irradiación sola.

En general, el pronóstico para las neoplasias malignas es muy favorable, puesto que el índice de recidiva es elevado y la supervivencia de los pacientes con estas neoplasias es bajo.

2.7. RESULTADOS

Resulta más eficaz, útil y práctico analizar las neoplasias que más frecuentemente afectan a las glándulas salivales ya que al ser unas -- cuantas las más agresivas y peligrosas se pueden estudiar más a fondo, lo cual definitivamente va a ayudar en forma positiva a diagnosticarlas cuando apenas están en sus primeros estadios o a erradicar -- las cuando éstas presenten etapas más avanzadas.

Resulta más benéfico diagnosticar a tiempo una neoplasia sea benigna o maligna que eliminarla o intentar hacerlo y en ello el cirujano dentista debe de poner toda su atención ya que efectivamente se cuentan -- con medios diagnósticos muy efectivos, los cuales si se llevan a cabo ayudarán a eliminar el grave problema que es el cáncer, que afecta -- tanto a la cavidad oral como a las demás partes del organismo humano.

CAPITULO TERCERO

OBJETIVOS TERMINALES

3. - Explicar los medios utilizados para el diagnóstico de neoplasias en glándulas salivales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.1. - Consideración Previa.

Los medios con que se cuentan actualmente para diagnosticar neoplasias en glándulas salivales son muy variados y eficaces.

Este trabajo menciona y analiza 12 medios, 4 de los cuales bien pueden realizarse en la práctica clínica odontológica para poder diagnosticar neoplasias en cavidad bucal y principalmente en glándulas salivales.

Los 8 medios restantes aunque son de utilidad, el Cirujano Dentista, no los puede realizar desde el consultorio puesto que precisan practicar se en centros especiales para ello, como son laboratorios y grandes hospitales.

Sin embargo la conjunción de los 12 medios elaborados con sistemas adecuados sirven en forma bastante considerable para diagnosticar tratar y o remitir al paciente con afección neoplásica.

CAPITULO TERCERO3. 2. - DESCRIBIR LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LA HISTORIA CLINICA.A). - INTRODUCCION

El cirujano Dentista de práctica general deberá conocer una técnica eficaz de evaluación física, ya que algunas enfermedades graves y ciertas reacciones físicas menores, así como la muerte, pueden estar directamente relacionadas con el tratamiento dental.

Un examen adecuado puede prevenir la mayor parte de estas complicaciones.

El propósito de realizar este examen es para determinar si la capacidad física y emotiva del paciente le permitirá tolerar un procedimiento dental específico y así decidir si se puede proseguir con relativa seguridad el tratamiento o si está indicada alguna interconsulta médica.

La responsabilidad final de un tratamiento dental incumbe siempre al Cirujano Dentista y no tiene sentido hacer una rehabilitación buco-dental en un paciente con cáncer, ni tampoco es sensato someter a un enfermo cardíaco de alto riesgo a un tratamiento odontológico operatorio prolongando y de gran tensión.

IDENTIFICACION

1. - NOMBRE DEL PACIENTE
2. - SEXO
3. - EDAD
4. - ESTADO CIVIL
5. - OCUPACION
6. - LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
7. - DOMICILIO
8. - TELEFONO

INTERROGATORIO

El interrogatorio debe de ser tan preciso como sea posible.

En principio, las reacciones de las glándulas salivales se presentan con un aumento de volúmen y una disminución del poder funcional.

Una resequedad de la boca sin tumefacción de la parótida deber hacer pensar en una inflamación alérgica crónica.

Las afecciones agudas en un principio son, en la mayoría de los casos, la consecuencia de una infección debida a un virus o a una litiasis salival.

En el caso de una evolución débil, es preciso pensar en los tumores, infecciones bacterianas o micosis.

Una evolución rápida hace pensar más en un tumor o una inflamación específica, mientras que una evolución con alivios y recidivas es patognomónico de sialosis.

El dolor se manifiesta unicamente en los casos de inflamaciones agudas litiasis y tumores malignos. La mayoría de las otras enfermedades de las glándulas salivales no provocan dolor generalmente.

La información sobre el estado general de los pacientes son de suma importancia. Se anotarán en los antecedentes, la presencia de trastornos hormonales, hepáticos, además, algunos procesos patológicos (Enf. de Besnier-Boeck-Schaum, reuma, lupus eritomatoso, etc.

La edad del enfermo permite delimitar los diagnósticos posibles.

- a). - En el recién nacido; una parótida inflamada puede producir posteriormente de Hemangioma o un defecto congénital del desarrollo de los conductos salivales.
- b). - En edad escolar; predominan las infecciones virales.
- c). - Entre 30 y 50 años; se pensará de preferencia en sialosis.
- d). - Entre 45 y 65 años; se pensará en neoplasias.

El sexo del paciente también guía a uno; es así que algunas afecciones se encuentran sobre todo en la mujer:

Síndrome de Sjogren, colagenosis, sialosis con trastornos hormonales
cilindroma, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS1. - ANTECEDENTES SISTEMICOS:

- a). - NUTRICIONALES
- b). - CARDIACOS
- c). - VASCULARES
- d). - HEPATICOS
- e). - RENALES
- f). - ENDOCRINOS
- g). - RESPIRATORIOS
- h). - NEOPLASICOS
- i). - MENTALES
- j). - INMUNOLOGICOS
- k). - OTROS

2. - ANTECEDENTES INFECCIOSOS

- a). - FIEBRES ERUPTIVAS
- b). - FIEBRE REUMATICA
- c). - TUBERCULOSIS
- d). - SIFILIS
- e). - ENFERMEDADES MICOTICAS
- f). - ABSCESOS
- g). - INFECCIONES Y PARASITOSIS INTESTINALES
- h). - OTRAS INFECCIONES

3. - ANTECEDENTES HEMORRAGICOS

- a). - HEMORRAGIAS POST-QUIRURGICAS PROLONGADAS
- b). - HEMOFILIA
- c). - EPISTAXIS
- d). - MULENAS
- e). - HEMOPTISIS
- f). - HEMOTEMESIS
- g). - PURPURAS
- h). - OTROS

ANTECEDENTES ALERGICOS

- a). - Le han administrado penicilina
- b). - Tuvo alguna reacción alérgica
- c). - Le han administrado anestesia local
- d). - Tuvo alguna reacción adversa
- e). - Es alergico a alguna otra droga
- f). - Es alérgico a algún medicamento o substancia

ANTECEDENTES MEDICOS Y QUIRURGICOS

1. - Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida.
2. - Ha estado hospitalizado durante los últimos dos años.
3. - Está en tratamiento médico actualmente

4. - Está tomando algún medicamento
5. - Ha comido o bebido algo en las últimas 4 horas
6. - Ha tenido experiencias anteriores con C. Dentistas
7. - Ha presentado todas las enfermedades de la niñez
sarampión, varicela, viruela, rubeola, amigdalitis, etc.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

1. - DIABETES SACARINA
2. - SIFILIS
3. - OBESIDAD
4. - HIPERTIROIDISMO
5. - INSUFICIENCIA SUPRARRENAL
6. - INSUFICIENCIA CARDIACA
7. - ANGINA DE PECHO
8. - TROMBOSIS CORONARIA
9. - HIPERTENSION.

PACIENTES FEMENINOS

1. - ESTA USTED EMBARAZADA?
2. - EN QUE TRIMESTRE?
3. - ESTA EN PERIODO DE LACTANCIA?
4. - PRESENTA LESIONES EN LA CAVIDAD ORAL ACTUALMENTE?

SIGNOS VITALES

1. - TEMPERATURA
2. - PULSO
3. - FRECUENCIA RESPIRATORIA
4. - TENSION ARTERIAL.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO

1. - CRANEO: BRAQUICEFALO, POLICOCEFALO, MESOCEFALO
2. - PERFIL: RECTO, CONCAVO, CONVEXO
3. - TEZ
4. - LABIOS: TAMAÑO, CONSISTENCIA, INTEGRIDAD.
5. - GANGLIOS LINFATICOS: INDICAR SI SE PALPAN O NO.
6. - ARTICULACION TEMPORAMANDIBULAR : CON DESPLAZAMIENTO EN FUNCION, CON RUIDOS EN FUNCION, DOLOROSA.
7. - OTRAS OBSERVACIONES.

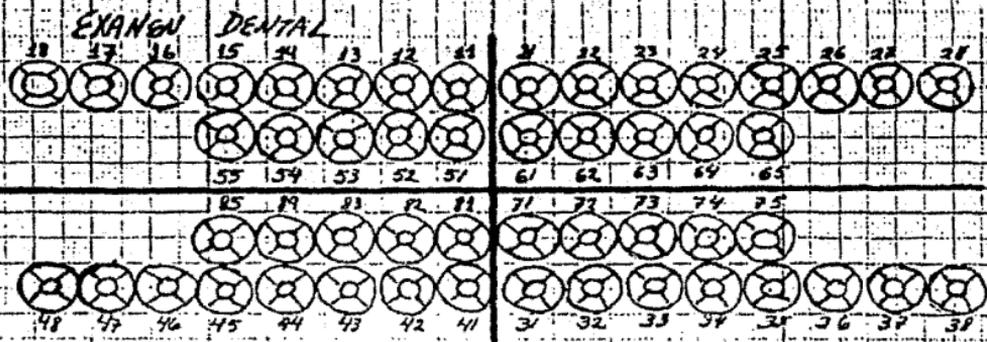
EXAMEN CLINICO INTRABUCAL.

1. - GLANDULAS SALIVALES.
2. - PISO DE LA BOCA.
3. - MEJILLAS.
4. - CARRILLOS
5. - LABIOS
6. - LENGUA
7. - TEJIDO GINGIVAL: MASTICATORIA, ESPECIALIZADA, REVES--
TIMIENTO.
8. - PALADAR DURO.
9. - PALADAR BLANDO
10. - AMIGDALAS.
11. - OROFARINGE
12. - ISTMO DE LAS FAUCES

13. - INSERCIONES MUSCULARES,
14. - SALIVA.
15. - OTRAS LESIONES.

EXAMENES DEL APARATO MASTICATORIO A EFECTUAR

1. - EXAMEN DENTAL
2. - EXAMEN PERIODONAL;
3. - SECUENCIA DE ERUPCION
4. - EXAMEN PROTESICO
5. - EXAMEN DE HIGIENE ORAL
6. - EXAMEN DE OCLUSION.



CSC1007-11B

Criterios para llenar el ODONTOGRAMA

- CARIADOS (Superficies en Rojo)
- Obturados s.n. residuos (superficies en Azul)
- Perdidos (X en rojo)
- Extracción Indicada (/ Línea oblicua en rojo)

SUMARIO

	Número	Temporales No.	Permanentes.
Dientes Cariados			
Dientes Perdidos			
Dientes Obturados			

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

1. - MODELOS DE ESTUDIO
2. - EXAMEN RADIOGRAFICO
3. - VITALIDAD PULPAR
4. - DETECCION OPORTUNA DE CALCIO
5. - QUIMICA SANGUINEA
6. - BIOMETRIA HEMATICA
7. - SOMOGY NELSON
8. - ANALISIS DE MODELOS
9. - ANALISIS DE DENTACION MIXTA
10. - INTERCONSULTAS

3.3. - DESCRIBIR LOS PRINCIPALES ASPECTOS DEL EXAMEN FISICO

En la mayoría de los casos, la historia clínica preliminar junto con las preguntas de la historia clínica detallada sobre alteraciones de las glándulas salivales proporcionan datos suficientes para una evaluación física correcta del estado del paciente. Sin embargo, ninguna evaluación física podrá ser completa sin un examen físico.

El examen físico consta fundamentalmente de inspección y palpación

INSPECCION

La inspección del paciente representa la primera etapa de toda exploración física. El Cirujano Dentista la realiza desde que inicia su práctica.

Primeramente se han de observar los siguientes puntos:

1. - Color de la Piel

Cianosis - Enfermedad Cardíaca

Palidez-Anemia, Miedo, Tendencia al Síncope Rubicundez,

Fiebre. Dosis Excesiva de Atropina, Aprensión, Hipertiroidismo.

Ictericia-Enfermedad Hepática.

2. - OJOS

Exoftalmia -Hipertiroidismo

3. - CONJUNTIVA:

PALIDEZ-ANEMIA

ICTERICIA -ENFERMEDAD HEPATICA

4. - MANOS:

TEMBLOR -HIPERTIROIDISMO, APRENSION, HISTERIA, PARALISIS, AGITANTE, EPILEPSIA, ESCLEROSIS MULTIPLE, SENILIDAD.

5. - DEDOS:

EL PALILLO DE TAMBOR-ENFERMEDAD CARDIACA, PULMONAR.

CIANOSIS EN EL LECHO. UNGUEAL-ENFERMEDAD , CARDIACA.

6. - CUELLO:

DISTENSION DE LAS VENAS YUGULARES-INSUFICIENCIA VENTRICULAR DERECHA.

7. - TOBILLOS.

EDEMA-VENAS VARICOSAS, INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA, ENFERMEDAD RENAL.

La inspección permite poner en evidencia un aumento del volumen de la glándula:

AUMENTO LOCALIZADO- SIALOSIS DE ORIGEN HEPATICO O DIABETICO.

AUMENTO GENERALIZADO- SIALOSIS CON TRASTORNOS HORMONALES.

Papilas o curdúnculas rojas indican siempre una inflamación debida a bacterias o virus.

4'

PALPACION

El reconocimiento de la estructura a examinar siempre debe hacerse de forma bimanual.

La palpación puede ser el primer indicio de alteración en las glándulas salivales o en otras estructuras.

Al encontrar una inflamación en las glándulas salivales de consistencia blanda o esponjosa se puede pensar en algún quiste, un cistadeloninfoma, una intraglandular o una estenosis localizada.

Una inflamación de consistencia dura aboga en favor de algún tumor.

Una inflamación de consistencia pedregosa evoca de preferencia la idea de sarcomas y sarcoidosis.

Una inflamación bilateral indolora puede ser una sialosis

No hay que confundir un seudotumor de la parótida; la hernia del masetero haciendo poner los músculos masticadores bajo tensión, el seudotumor se torna duro y en la mayoría de los casos se localiza al nivel de la parte anterior de la parótida; cuando se afloja el masetero, entonces la parte inflamada se torna blanda.

Finalmente hay que tener en mente proceder a la palpación retroamigdalina del lóbulo retromandibular profundo de la parótida (tumor en Iceberg).

INTERROGATORIO EN ALTERACIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

El Cirujano Dentista deberá hacer las siguientes preguntas cuando un paciente se queja de alguna alteración en las glándulas salivales.

1. - Está la enfermedad localizada a una sola glándula; es ésta la paróda, submaxilar o la sublingual; es envolvimento lateral o bilateral.
2. - Está envuelta una porción o toda la glándula.
3. - Es la alteración una inflamación, neoplásica
4. - Es la alteración adquirida o de un desarrollo natural.
5. - Es una manifestación local de enfermedad constitucional.
6. - Está la glándula salival envuelta por invasión de enfermedad adyacente. Es ésta inflamatoria o neoplásica.
7. - Hay envolvimento local de enfermedad neoplásica primaria distante.
8. - Es la alteración obstructiva o no obstructiva.
9. - Es la alteración recurrente y progresiva
10. - Es la alteración metabólica o endócrina
11. - Es la alteración secundaria por trauma.

3.4. - DESCRIBIR LA UTILIDAD DE LOS RAYOS X

Las radiaciones Roentgen o X nos pueden ayudar en el diagnóstico de neoplasias en glándulas salivales, pero debe de entenderse bien que por ellas mismas es imposible hacerlo, por lo cual es preciso que se realicen otros diagnósticos auxiliares.

El Cirujano Dentista puede diagnosticar neoplasias en las glándulas salivales al realizar el estudio radiográfico de rutina, el cual básicamente consta de una serie de radiografías periapicales, dos oclusales; una superior y una inferior y si son requeridas también se toman las radiografías de aleta mordible.

Las radiografías postero-anterior y lateral de la cara son de mucha utilidad en la localización de las alteraciones de las glándulas salivales.

También es de utilidad la radiografía occipitosubmentoniana.

Existen otros tipos de radiografías, pero que son de utilidad en combinación con la técnica sialográfica los cuales son; postero-anterior y oblícuo lateral, para la parótida; y para la submaxilar es conveniente tomar una radiografía completamente transversal y/o una transversal oblícuo.

3.5. - DESCRIBIR LA TECNICA DE SIALOGRAFIA

La sialograffa es la demostración roentgénica del sistema de conductos de las glándulas salivales mediante la inyección de medios de contraste radiopacos.

HISTORIA DE LA SIALOGRAFIA

Los inicios de la sialograffa tienen lugar al dar comienzo el siglo X Poirier-Charpy (1901-1904) introdujeron mercurio en el sistema de los conductos salivales a manera de poder radiografarlos.

Arcelin (1913) fue el primero en poner en evidencia un cálculo dentro del conducto de Wharton, utilizando una solución de bismuto.

Posteriormente la sialograffa se practicó durante decenas de años, con el lipiodol bullex, descubierto por Sicard y Forestier en 1922.

En 1953, Rowlands, Edwards y Honour, en un estudio de funcionalidad tiroidea demostraron que las glándulas salivales son capaces de concentrar iodo radioactivo, pero no fue sino hasta 1965, que se sugirió a la sialografia como un método para investigación clínica.

En 1965, Bomer reportó la primera experiencia en exámenes de neoplasias en glándulas salivales.

Se ha estado trabajando demasiado en el campo de la sialograffa de las glándulas salivales, obteniéndose detalles fidedignos acerca del estado

funcional y la anatomía de las glándulas en ambas condiciones fisiológicas y patológicas salivarias.

Desde entonces, y hasta la fecha, en este sector la investigación ha experimentado una mejora gradual basada en una metodología mejor y más personal de investigación adaptada.

USOS DE LA SIALOGRAFIA

La sialograffa constituye uno de los examens indispensables para el diagnóstico de cualquier afección salival y es usada en las siguientes alteraciones:

1. - La sialograffa es utilizada para determinar si una lesión es inflamatoria o neoplásica y si es encapsulada o invasiva en las glándulas salivales.
2. - También sirve como un auxiliar en la planeación de una operación en la área involucrada, particularmente en enfermedad neoplásica donde la relación del tumor a estructuras contínuas importantes es de primera significancia.
3. - Demuestra la presencia de cálculos, en particular la variedad radioluciente y así, de este modo, determinar su posición en la glándula o en los conductos.
4. - La sialograffa también es útil para determinar si un tumor en las áreas parótida o submaxilar está en los límites de la glándula salival o si está extrínseca a ella.
5. - Es útil para confirmar el diagnóstico clínico de sialectasia, fistulas o estrechesees.
6. - Descubre alteraciones de los conductos periféricos y de acinos tales como la parotiditis piógena recurrente, el síndrome de Sjogren

y la enfermedad de Mickulicz

7. - Se utiliza para el diagnóstico preoperatorio, ya que descubre en configuraciones dísticas, por lo demás normales, un desplazamiento de los conductos salivales claramente definido.
8. - Determina la localización exacta de la lesión, con respecto al nervio.

VENTAJAS

Las ventajas de la técnica sialográfica en el diagnóstico de enfermedades de las glándulas salivales son las siguientes:

1. - Determinar la localización exacta de la glándula, sus dimensiones y su morfología.
2. - Revela procesos de tumores en el sistema glandular, ofreciendo -- parámetros para el diagnóstico diferencial.
3. - Concede una evaluación de los efectos en el metabolismo glandular de terapia radioactiva aplicada a neoplasias de áreas adyacentes a las zonas glandulares.
4. - Proporciona datos precisos para estimular el nivel de riesgos anatómico y funcional de las glándulas salivales sujetas a sialadenitis (ejemplo Síndrome de Sjogren).
5. - Ayuda al diagnóstico diferencial exacto en casos de tumoraciones de una naturaleza incierta en el sistema salival.

DESVENTAJAS

1. - Hipersensibilidad al elemento -iodo- del paciente
2. - Reacciones anafilácticas
3. - Colapsos cardiovasculares
4. - No debe aplicarse una sialograffa cuando existe una infección aguda de las glándulas salivales.
5. - Tampoco se debe aplicar la sialograffa al haber enfermedades inflamatorias.

TECNICA DE INYECCION

MATERIAL

- a). - Un juego de sondas lagrimales tipo-oliva de Williams.
- B). - Un juego de sondas lagrimales tipo-liso de Bowan.
- c). - Un director de punción
- d). - Una jeringa hipodérmica, de 2cc.
- e). - Un catéter de polietileno # 60.
- f). - Dilatador de los orificios de los conductos Salivales
- g). - Pinzas de curación
- h). - Pinzas de disección

TECNICA

El paciente usualmente está colocado en posición sentada.

La aplicación tópica de una solución de cocaína hidrociorada al 10% en el orificio del conducto es útil en la reducción de la molestia asociada con dilatación al hacer visible el orificio para estimular el flujo salival.

La técnica aséptica es usada en todo lo largo del procedimiento.

Se inserta, posteriormente, un director de punción dentro de la boca, en el conducto de Stenon, después de la cual la dilatación está acompañada de las sondas tipo oliva. El conducto deberá ser sondeado

do a través de su longitud entera con la sonda más pequeña (1) para hallar la luz o espacio del lómen. Esto implica la inserción de la zona dentro del hilum de la glándula, la cual se sitúa más allá de la parte anterior del músculo masetero, para propósito de dilatación las sondas son insertadas arriba del borde masetero, usando tamaños del #1 al #4. Este procedimiento es virtualmente menos dolorosa si las sondas son dirigidas a lo largo del curso natural del conducto de Stenon. Un catéter de polietileno (P. E. #60), esterilizando en cloruro de benzalconio 1:500 por lo menos 24 horas, es entonces insertado dentro del conducto a una distancia de 3 a 4 cms. Esto es mejor cumplido con el auxilio de un estilete de alambre fino rígido sobre el cual una sección de 8 a 10 cms. de espacio de tubería de polietileno es insertada.

Las precauciones deberán ser tomadas en cuenta para evitar protrusión del estilete más allá de la apertura final del catéter de polietileno. Este estilete deberá ser de contorno curvo similar al de las sondas lagrimales.

El trauma del conducto, el cual ocurre muy frecuentemente cuando una aguja despuntada fue usada raramente ocurre cuando un catéter de polietileno es empleado. El conducto submaxilar es dilatado de una manera similar con las sondas lagrimales tipo-Liso de Bowman.

Las sondas tipo oliva deberán ser excluidas aquí porque están propensas a producir intercepción junto a la curdúcula salival.

La inyección del medio de contraste por medio del catéter de polietileno deberá hacerse lentamente. En la mayoría de los pacientes, ocurre una sensación de presión definida ocurre cuando han sido inyectados de 0.25 cc. a 0.5 cc. dentro de las glándulas submaxilar o parótida.

La continuación de la inyección es llevada a cabo lentamente hasta que el paciente señale que el dolor definido está presente. Este es el punto final del procedimiento e indica el temprano llenado acinar y el comienzo de la distensión capsular.

La cantidad total de material de contraste en condiciones patológicas varía entre 0.5 y 1.5 cc. y raramente excede los 2.0 cc. El sobrecomplemento en la inyección, la apertura final del catéter es tapado con un tapón de madera tal como un palillo de dientes.

Los roentgenogramas son entonces tomados de la fase de inyección - el catéter es removido y la glándula salival es estimulada por consentimiento del paciente al chupar una rebanada de limón, un dulce de menta o mascar chicle por un minuto.

Los filmes de post-estimulación son tomados después de que la boca ha sido lavada con agua.

RADIOGRAFIA SIALOGRAFICA

Rutinariamente son tomadas 3 series de filmes con el paciente en una posición horizontal en una mesa Potter-Bucky, usando la técnica para examinación rutinaria del cráneo.

Para la sialograffa de la glándula parótida es preciso tomar 2 radiograffas; una postero-anterior y otra oblicua lateral; mientras que para la submaxilar es conveniente una radiograffa completamente transversal o una transversal-oblicua.

Una serie preliminar es tomada anteriormente a la inyección. Estas son repetidas inmediatamente después de la inyección y otra vez a los 5 minutos después de la estimulación de la post-inyección.

Los filmes esteroscòpicos de la fase de inyección son preferidos si los filmes de post-evacuación muestran retención del material de contraste.

Los filmes se vuelven a hacer después de una hora y a las 24 horas más tarde se cita al paciente para practicarle otra radiograffa para determinar así, la rapidez de evacuación de la solución de contraste del sistema de conductos glándulares.

FASE DE LLENADO Y VACIADOFASE DE LLENADO

Hay dos fases principales de llenado en las cuales se deberá apreciar si relativamente disminuye el dolor y si está cumpliendola --- la siatlograffa satisfactoria:

1. - La cantidad no precalculada de material de contraste deberá ser inyectada dentro de la glándula salival. La cantidad usada de --- debe de ser regulada por la producción de dolor. El punto final de la inyección es el momento cuando ocurre dolor definido. En el método propugnado, se emplea un método cerrado, el cual implica que la --- cantidad total de material de contraste inyectado es retenido. Para mantener cerrado el sistema, la inyección se lleva a cabo a través de un catéter de polietileno el cual se cierra al finalizar el procedimiento. En el método abierto, una aguja previamente despuntada es empleada, la cual se traslada sobre el conducto complementario de la inyección, concediendo al material de contraste fugarse del orificio del conducto mientras los filmes están siendo tomados.
2. - La glándula idealmente inyectada muestra el llenado de los conductos intercalares y la delneación de los acinos en el roentgenograma.

Administrando 0.1 cc. del medio de contraste, se demostrará al cono

ducto glándular principal; mientras que inyectando 0.5 cc. del medio, serán observados los conductos interlobar e interlobular o -- bien, las ramificaciones secundarias y terciarias.

Después de inyectar entre 0.75 cc. y 1.0, los conductos intercalares son visualizados al llenar aún más el acinar, lo cual es muy -- deseable. El llenado acinar y alveolar más extenso se obtiene cuando se inyectan de 1.0 a 2.0 cc. del material de contraste.

La sobre-inyección de las glándulas salivales es dolorosa, daña al parénquima glandular y rebaja el valor diagnóstico de los sialogramas.

La capacidad del sistema de conductos de la glándula parótida, incluyendo el acino, en salud o enfermedad, es de 2cc.

La glándula submaxilar tiene una capacidad ligeramente más pequeña.

FASE DE VACIADO

El estudio radiográfico del vaciado del material de contraste, también es muy importante.

Las glándulas salivales-parótida y submaxilar secretan de 25 a 50 cc. de saliva por hora estimulación continua, como es la masticación o la comida.

Si la estimulación a la glándula produce una profusa secreción, ésta puede lavar unos cuantos cc. del material de contraste de los conductos, en forma rápida.

El fenómeno fisiológico de estimulación refleja de las glándulas salivales por sialólogos potentes es aplicado a la sialograffa cuando son usados para estimular la sección salival el jugo de limón, el dulce goma de menta o el vinagre diluido.

Como la glándula es estimulada, el material de contraste es lavado de los conductos del sistema, después de lo cual los pacientes se enjuagan la boca para así remover la substancia radiopaca anterior a la post-evacuación roentgenograffa.

Una glándula previamente inyectada, suele vaciarse en cinco minutos del material de contraste administrado.

ETAPAS FUNDAMENTALES EN EL CAMBIO INTRAGLANDULAR DEL MATERIAL. DE CONTRASTE.

El uso de la sialograffa en el registro de secuencias muestra que -
hat tres etapas fundamentales en el cambio intraglandular del mate-
rial de contraste.

1. - En una etapa muy temprana entre 3 y 15 minutos las glándulas -
salivales mayores pueden ser claramente distinguidas a causa de --
una acumulación selectiva interna del material de contraste.

2. - En la siguiente etapa entre 20 y 35 minutos ambas glándulas ---
submaxilar y parótida, fueron ya menos bien definidas; mientras que
en la zona de proyección de la boca, se vió bastante radioactividad -
extensa, conectada con una acumulación progresiva del material de
contraste en las glándulas salivales menores.

3. - Una hora despues de la inyección del material de contrast e ---
entre 45 y 60 minutos las observaciones que se captan son a la inver-
sa de quellas observados en la primera sialograffa.

La máxima captación tomó lugar en las glándulas salivales menores -
y en la boca; mientras que ambas, la parótida y la submaxilar fueron
escasamente distinguidas.

MEDIOS DE CONTRASTE RADIOPACOS.

La mezcla radiopaca ideal deberá poseer a lo menos cuatro importantes características:

1. - Baja viscosidad
2. - Capacidad de rápida excreción
3. - Libre de efectos lesivos en los tejidos
4. - Suficiente radiopacidad para dar buena delineación a las estructuras bajo examinación.

Los medios de contraste más empleados son:

1. - Acetrizoato sódico (Urokon)
2. - Ditrizoato sódico (Hypaque)
3. - Ditriazoato metilglucamina (Renograffin)

Los anteriores medios no mantienen su capacidad durante mucho tiempo ni provocan respuestas granulomatosas cuando son retenidos en el parénquima glandular.

Todos son homogéneos, miscibles en los líquidos orgánicos y la saliva, se descomponen y eliminan rápidamente tienen una viscosidad y tensión superficial bajas.

Existen otros medios de contraste los cuales no presentan reacciones granulomatosas ni excesiva viscosidad pero tienen el inconveniente de mantener su capacidad durante largos periodos de tiempo; son los siguientes.

1. - Etil iodofenilundecilato (Ethiodeol)
2. - Pantopaque

ETIL IODOFENILUNDECILATO (ETHIODOL)

Es un ácido compuesto grasoso iodizado aceitoso, es preferido porque se ha encontrado para llenar totalmente los criterios de una mezcla - radiopaca ideal satisfactoriamente.

PANTOPAQUE

La baja tensión del Pantopaque permite la difusión y la mayor penetración a los conductos más finos bajo presiones de inyecciones bajas.

En enfermedad de las glándulas. El Pantopaque tiende a intermezclarse con secreciones retenidas en cuanto que forma gotitas y crea ---- sombras de confusión.

Además, su baja viscosidad significa menor resistencia de superficie, lo cual es de considerable importancia en estados de enfermedad, en los cuales, la función secretoria de la glándula está dañada.

SONDEO

Si el diagnóstico no puede establecerse basándose en la historia clínica y el examen físico, debe sondearse el conducto. Este procedimiento es una importante contribución de diagnóstico instrumental porque puede poner de manifiesto cálculos, estrecheces u otro tipo de obstrucciones.

Se usa un dilator de vías lagrimales para ampliar el orificio del conducto; después se introduce una pequeña sonda lagrimal en el conducto de Wharton, la sonda se dirige lateralmente y hacia abajo, en dirección a la glándula submaxilar.

En el conducto de Stenon, a causa de su trayecto alrededor del maestro, la sonda se introduce en ángulo recto con relación a la mucosa.

Después de que ha avanzado aproximadamente de 5 a 8 mm. se le hace girar hacia el oído lo que permite el avance de la sonda hasta el hilio de la glándula.

INSTRUMENTAL

1. - DILATADOR DE LOS ORIFICIOS DE LOS CONDUCTOS SALIVALES.
2. - SONDAS LAGRIMALES
3. - PINZAS DE DISECCION
4. - PINZAS DE CURACION
5. - TUBO DE POLIETILENO
6. - JERINGA HIPODERMICA DE 2 cc.

ANALISIS FISICO QUIMICO DE LA SALIVA

ANALISIS FISICO Se efectua el sondeo, por lo general se produce una copiosa eliminación de saliva, que en ocasiones contiene co--pos o filamentos de material sólido, en cuyo caso deben hacerse preparaciones con este material para su examen microscopico.

Si la obstrucción se debe a la alergia, que suele obstruir el conducto de manera recurrente, se toman muestras de saliva para buscar la presencia de eosinffilos. En otras ocasiones está indicando hacer siembras de saliva para buscar gérmenes y su sencibilidad a los -antibioticos, principalmente cuando la historia clínica nos orienta hacia una infección recurrente o crónica.

EXAMEN FUNCIONAL FISICO QUIMICA

Las perturbaciones metabólicas de las glándulas salivales son seguidas muy a distancia por las modificaciones morfológicas; aquellas = se traducen por una disminución del poder funcional tanto en el plan cuantitativo como el cualitativo.

La Sialometria proporciona datos cuantitativos y las cifras encontradas en la saliva ordinaria son claramente más significativas aquellas encontradas en la saliva despues de haber sido está estimulada.

La parótida normal secreta de 0.15 a 0.05 ml/mm con un promedio de 0.07 ml/mm.

La submaxilar normal de 0.4 a 0.8 ml/mm. con un promedio de 0.22 ml/mm.

Teniendo en cuenta el hecho de que la submaxilar es de un volumen más reducido que la parótida, ausencia de estimulante, secreta tres veces más saliva que esta última.

En el punto de vista cualitativo, la química salival juega un papel muy importante en el diagnóstico diferencial de la sialosis, particularmente en la, de tipo de trastornos normales. Siempre se encuentran, en estos casos, tasas de potasio que rebasan 30 meq/lt. en los casos raros de sialosis de las glándulas submaxilares, estas cifras son superiores a 22 meq/lt. Cuando un pequeño foco de inflamación localizado en el seno de una glándula salival persistente, el volumen en potasio de la saliva ordinaria se acrecenta;

SALIVA PAROTIDIANA: TASA DE NA SUPERIOR A 10 MEQ/LT

SALIVA SUBMAXILAR: TASA SUPERIOR A 9 MEQ/LT.

Las tasas de potasio son normales en la mayoría de los casos o ligeramente disminuidos. Solamente en los casos de flemon en donde las tasas de sodio y potasio son aumentadas, así como las tasas en las parótidas.

La medida de la viscosidad de la saliva es fácilmente realizable en el punto de vista técnico aunque no se conocen aún aplicaciones prácticas.

ANALISIS QUIMICO DE LA SALIVA

El análisis de la saliva es de ayuda. El nivel de sodio y proteínas en la saliva están elevados en los procesos inflamatorios pero son normales en las neoplasias, de las glándulas salivales.

LA BIOPSIA

La biopsia es la remoción de un tejido para su examinación histológica. La biopsia es el método preferido para establecer el diagnóstico definitivo de una lesión oral.

Es importante obtener una porción representativa del tejido anormal y donde sea posible también del tejido normal.

BIOPSIA POR ASPIRACION PREOPERATORIA

Es un procedimiento morfológico y se realiza con aguja fina para evaluación citológica de la muestra.

Los hallazgos auxilian en la selección de la planeación quirúrgica y de la terapia.

La técnica es simple aunque tiene algunos inconvenientes dado que la estructura de los tumores parotídeos, en particular varían mucho en las diferentes secciones.

BIOPSIA INCISIONAL

Esta biopsia se recomienda en caso de sospechar hipertrofia benigna de la glándula, enfermedad de Mickulics y enfermedades referidas y en casos de lesiones malignas altamente sospechosas.

Este tipo de biopsia no está indicada, en casos de sospechar tumores benignos y malignidades de bajo grado.

Estos ejemplos, la excisión amplia sin contaminación dañina a las células del tumor, es el tratamiento de elección.

El corte microscópico congelado y el examen microscópico del tejido son una gran gafa auxiliar para obtener un diagnóstico preciso.

BIOPSIA BAJO ANESTESIA LOCAL

En este tipo de biopsia se debe tener mucho cuidado en inyectar el líquido únicamente por debajo de la piel y no en la glándula.

Se realiza a través de una incisión cutánea de aproximadamente un centímetro, al nivel de la región preauricular o anteaauricular a la altura del conducto auditivo.

Es posible sacar a este nivel suficiente tejido parótideo sin el riesgo de herir al nervio facial, por ninguna de sus partes.

BIOPSIA POR PUNCIÓN

Esta técnica de biopsia no está muy indicada ya que no es vista como alternativa para una biopsia con aguja fina libre de riegos.

Además la biopsia por punción presenta el inconveniente de que no permite sacar bajo control visual partes de las glándulas a examinar y que son macroscópicamente sospechosas.

Un principio básico es que los hallazgos citológicos sugestivos o positivos siempre requieren confirmación histológica.

La biopsia por punción puede diseminar al tumor simulando, así un crecimiento tumoral multilocular.

La ventaja que tiene ésta técnica, cuando no hay ninguna reacción contraria, es que para su realización no es necesario remover gran cantidad de tejido.

Instrumental necesario para realizar la biopsia.

Los instrumentos necesarios para realizar una biopsia son los siguientes:

1. - BISTURI
2. - PINZAS DE DISECCION
3. - PINZAS ROMAS
4. - AGUJAS FINAS
5. - PORTA AGUJAS
6. - TIJERAS
7. - SUTURA
8. - HOJA PARA BISTURI # 11
9. - JERINGA HIPODERMICA CON PROCAINA AL 1%
10. - JERINGA PARA ASPIRACION CON AGUJA DEL #16 O 18
11. - JERINGA CORRIENTE DE VIDRIO DE 10 O 20 CMS.
12. - JERINGA DE ASPIRACIONES CON EMBOLO METALICO
13. - PORTA OBJETOS
14. - CUBRE OBJETOS.

ASPECTOS DE IMPORTANCIA EN LA BIOPSIA

1. - No deben inyectarse soluciones anestésicas en el área de la biopsia puesto que esto puede causar distorsión de los tejidos
2. - Las incisiones para la biopsia deben ser limpias y realizadas con instrumentos incisivos para prevenir el rompimiento y deformación de los tejidos; deben ser precisas, profundas, angostas y no anchas.
3. - La muestra debe ser tratada delicadamente y no debe ser traumatizada con las pinzas.
4. - Es deseable indicar al patólogo la orientación del tejido de tal manera que las secciones puedan ser preparadas en el plano correcto. Esto puede ser hecho pasando una pequeña sutura en un punto y enviando un diagrama junto con la muestra enviada, con las otras estructuras de la boca.
5. - La muestra debe limpiarse rápidamente de toda sangre que tenga por medio de solución salina fisiológica y colocarse de inmediato en una botella de fijador (formalina al 10%) que será rotulada con nombre del paciente y la fecha.
6. - La biopsia debe ser presentada al patólogo con la historia completa, la descripción y el diagnóstico clínico de la lesión; las radiografías si la lesión afecta hueso. Todos estos datos son importantes para llegar a un diagnóstico apropiado.

Se debe tener en cuenta que si el proceso de la biopsia no se lleva a cabo de manera apropiada la muestra puede no ser representativa de la lesión dando origen a un diagnóstico falso.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

De los tumores malignos de localización intraoral el de mayor frecuencia es el carcinoma pleomorfo y en proporción mucho menor pueden hallarse cilindromas, adenocarcinomas y melanomas malignos.

Estos tipos tumorales pueden ser detectados por medio de la citología, pues en su desarrollo involucran el epitelio superficial, lo que permite obtener material satisfactorio mediante el raspado de la lesión.

El diagnóstico citológico consiste en el estudio e interpretación de los caracteres de las células que descaman espontáneamente o de las que son desprendidas artificialmente y se llega al mismo por el estudio del material en conjunto y de los aspectos celulares individuales.

Las lesiones neoplásicas de la boca, que constituyen el 5% de los cánceres que afectan al hombre, son de alto grado de malignidad y producen frecuentemente metástasis. En su forma inicial, pueden pasar inadvertidas debido a su escasa sintomatología por lo cual un examen minucioso y un estudio citológico efectuado al observar en la mucosa oral una lesión que no cicatriza puede conducir a un diagnóstico precoz.

Se deben hacer todos los esfuerzos con el fin de evitar un diagnóstico y ello adquiere más fuerza cuando se trata de hacer un diagnóstico de malignidad.

ASPECTOS A CONSIDERAR

Durante el examen de una extensión deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

1. - El objetivo del examen de la extensión maligna en sus estados iniciales. Por lo tanto, no solo carece de sentido, sino que a veces conduce a un incorrecto diagnóstico. el hacer solamente exámenes de extensiones citológicas en pacientes en los que el diagnóstico del carcinoma se puede hacer de una manera obvia, sea clínica o microscópicamente.

2. - Las extensiones se deben examinar primero abajo aumento (x 100). Esto es muy importante con el objeto de obtener una impresión de conjunto del aspecto celular.

3. - Incluso cuando se encuentra una célula de aspecto dudoso no debe hacerse el diagnóstico antes que la totalidad de la extensión sea revisada. Por la misma razón, si a bajo aumento se encuentra una célula dudosa, los detalles del núcleo y del citoplasma deben ser siempre examinados a un mayor aumento (x 400 en inmersión de aceite).

4. - En caso de encontrar una célula única motivo de sospecha. En este caso deberán repetirse el frotis.

5. - El grado de tinción y el tamaño del núcleo se deben comparar con leucocitos u otras células repartidas en la extensión --- No es correcto hacer una evaluación de hiperchromatismobasándose en una célula aislada.

6. - Un diagnóstico negativo no excluye la existencia de un tumor maligno.

7. - El hallazgo de células con alteraciones pero sin caracteres de malignidad debe ser considerado con precaución y únicamente después que se hallan eliminado otras posibilidades.

8. - La historia clínica y la exploración dan una información valorable, por lo que no deben ser despreciados.

CRITERIO DIAGNOSTICO PARA LAS CELULAS MALIGNAS

Al examinar una preparación citológica, tendremos en cuenta los siguientes criterios de malignidad:

1. - Anormalidades del núcleo.

a) Tamaño; no uniforme y generalmente aumentado.

b) Forma; variada e irregular (alargada, en huso o raqueta).

c) Relación núcleo-citoplasma muy alta.

d) Hiperchromatismo; a bajo aumento se aprecia la cromatina en mayor cantidad, con distribución --- Irregular, tendiendo a agruparse hacia el contorno nuclear. Algunos núcleos se hacen hiperchromáticos.

e) Cornificación excesiva.

f) Multinucleación y figuras de mitosis. Las mitosis de una célula escamosa indica con frecuencia malignidad.

2. - Anormalidades del citoplasma.

- a) Tamaño: variado y uniforme. Es preciso considerar -- aquellos casos en que la cantidad de citoplasma es pequeña en relación con el núcleo
- b) Forma: variada (bastón, alargada, fusiforme)
- c) Vacuolización: éste es un signo de degeneración y una de las características de las células proce-- dentes del adenocarcinoma.
- d) Cambios en la reacción tinte: El citoplasma se tiñe de forma más intensa.

MATERIAL Y METODOS

Para proceder a la obtención del material necesario para la prena-- ración de una extensión citológica del producto exfoliado de la cavi-- dad oral, será necesaria en primer lugar la utilización de un instru-- mento que permita la recogida de elementos celulares libres y en oca-- siones de aquellos elementos que permanezcan fijos en las capas --- más superficiales de la cubierta epitelial, bien se halle ésta inte-- gra o erosionada. El uso de una espátula metálica de bordes no cor-- tantes y nulos no nos permite la obtención de un producto mixto -- integrado por: saliva, elementos celulares epiteliales, elementos ce-- lulares extraños al epitelio (histiocitos, PMN, gérmenes) y en oca--- siones una discreta masa de moco.

El producto obtenido por este procedimiento será depositado sobre la superficie de un portaobjetos desengrasado y seco el cual previamen

te habrá sido rotulado en uno de sus extremos a fin de conseguir una identificación correcta.

En segundo lugar y mediante otro portaobjeto procederemos a efectuar la extensión del producto del modo más homogéneo posible, -- obteniendo una fina película que permita la observación y rastreo -- de elementos celulares evitando la superposición de aquellos y con ello la obtención de resultados erróneos. Es prudente remitir al -- citólogo dos extensiones del mismo producto.

Una vez efectuadas las extensiones se procederá a aplicar a aque-- llos métodos que permitan la fijación del material, la tinción, así como la manera idónea de efectuar su reconocimiento.

FIJACION DEL MATERIAL

El que una extensión sea suficientemente buena para el citodiagnós-- tico depende de la fijación. Una fijación rápida y adecuada evita --- que la célula se deforme.

Cuando un material se extiende en un portaobjetos, el exceso de --- agua se seca primero, pero el material tarda unos dos o tres minu-- tos antes de que se seque. Es importante colocar la extensión en el -- fijador inmediatamente después de obtenida y antes de que el mate-- rial empiece a secarse.

Por lo que se refiere al medio de fijación; como líquido de fijación--- se utiliza habitualmente el Líquido de Poffman, que consiste en una -- mezcla de alcohol etílico de 90° y éter etílico a partes iguales, con --

este método se requiere un tiempo mínimo de 15 minutos, pudiendo permanecer la extensión en el espacio de 5 días.

Recientemente se ha impuesto un medio rápido y eficaz. Se trata de un fijador que actúa en forma de aerosol (Cytospray) y que se puede aplicar al material tan pronto como se haga la extensión. El rocío debe ser uniforme y durante varios segundos, colocando el porta en posición horizontal, a fin de evitar el arrastre y pérdida del material, aún situando éste a 20 ó 30 cms. de distancia. El secado es rápido y permite pasar a la fase de tinción en corto período de tiempo. Método de tinción que en la mayoría de los casos sigue la técnica de Papanicolaou, con el que se obtienen las siguientes ventajas:

1. - El núcleo se tiñe correctamente. Ello es necesario para la observación del detalle nuclear y para la diferenciación entre células benignas y malignas.
2. - El citoplasma se tiñe claramente, lo cual es esencial para la observación de las estructuras citoplasmáticas y para apreciar las diferencias entre ellas y las estructuras nucleares.
3. - El citoplasma es transparente. Ello es importante para observar las células que se encuentran debajo cuando están superpuestas.

EXAMENES CLINICOS

Exámenes Hermatológicos.

El Cirujano Dentista debe conocer los límites normales de los valores de las pruebas utilizadas con más frecuencia y saber interpretar los resultados anormales. Es asimismo necesario que disponga de datos relativos a valores normales de las pruebas rara vez ejecutadas.

Los exámenes hematológicos incluyen valoración de los elementos formes - eritrocitos, leucocitos, plaquetas - de la sangre, del suero sanguíneo y sus componentes - proteínas séricas, glucosa en el suero y iodo ligado a las proteínas - o de ambos.

VALORES NORMALES EN HEMATOLOGIA

Globulos rojos	4-6 millones
Hemoglobina	12-16 g.
Glóbulos Blancos	5 000 - 10 000
Tiempo de Hemorragia	2- 3 Min.
Tiempo de coagulación	3-8 Min.
Plaquetas	200 - 30 000
Reticulocitos	2- 1.5 por 100
Vel de sedimentación	10 a 25 mm.
Hematócrito	37 a 50 por 100.

GLUCOSA EN SANGRE

Entre los carbohidratos que se presentan en la sangre solo ciertos azúcares como la glucosa, la galactosa, la lactosa, la levulosa ---- (Fructuosa), son de importancia clínica.

Significación clínica de las variaciones de la glucosa en sangre.

AUMENTO (HIPERGLUCEMIA)

El término hiperglucemia designa aumento de la glucosa sanguínea, en ayunas o posprandial, por encima de las cifras normales.

Puede presentarse por: acidosis, acromegalia, administración de --- ACTH y de esteroides adrenocorticales, anestesia general, anoxia, - estados convulsivos, síndrome de Cushing, Diabetes Mellitus, estados emocionales, ejercicio agotador, hemocromatosis, insuficiencia hepática crónica hipercorticismos adrenal, hipertiroidismo, hipoinsulinismo, pancreatitis e insuficiencia renal grave.

DISMINUCION (HIPOGLUCEMIA)

El término hipoglucemia indica el descenso o la disminución de la -- glucosa de la sangre en ayunas o en posprandial, por abajo de las cifras normales. Las causas por las cuales se presenta son: acromegalia, enf. de Addison, anorexia nerviosa, carcinoma hepático, hepatitis tóxicas graves, hipotiroidismo, exceso de dosis de insulina, distrofia muscular, intoxicación por alcohol etílico.

Variación de leucocitos normales en la sangre.

El total de leucocitos presentes en la sangre va de 5 000 a 10 000 -
por mm^3 .

Neutrófilos. Inmaduros en banda se presentan de 150 a 400 por mm^3
de sangre.

Neutrófilos. Maduros segmentados se presentan de 3 000 a 5 800 por -
 mm^3 de sangre.

Eosinófilos. En total de 50 a 250 por mm^3 de sangre.

Basófilos. En total de 0 a 50 por mm^3 de sangre.

Linfocitos. En total de 150 a 300 por mm^3 de sangre.

Monocitos. En total de 285 a 500 por mm^3 de sangre.

ALTERACIONES DE LOS LEUCOCITOS

LEUCOCITOS. - El aumento total de los leucocitos por encima de las cifras normales, en relación con la edad se denomina leucocitosis.

ETIOLOGIA: ACIDOSIS (DIABETICA) ANOXIA AGUDA

Quemaduras graves, agentes químicos y medicamentos (Acetanilida, benzol digital, epinefrina, plomo, mercurio tetracloreto). Trombosis coronaria, deshidratación, eclampsia, gota, anemias, hemolíticas agudas, linfocitosis y mononucleosis infecciosa, leucemias, síndrome de Loeffler, policitemia, embarazo, etc.

LEUCOPENIA. - Se considera generalmente que hay leucopenia en el caso en que el número total de leucocitos desciende a menos de 5 000 por mm³ de sangre en individuos de ambos sexos y mayores de 15 años de edad.

ETIOLOGIA: Agranulocitosis, choque anafiláctico, leucemias, "Leucémicas", anemias aplásticas, infecciosas microbianas, anemias hemolíticas crónicas, anemias mielotóxicas, etc.

VARIEDAD DE LOS LEUCOCITOS ANORMALES PRESENTES EN
SANGRE.

MIELOBLASTOS

PROMIELOCITOS

MIELOCITOS

NEUTROFILOS ANORMALES

LINFOBLASTOS

PROLINFOCITOS

LINFOCITOS LEUCOCITOIDES

MONOBLASTOS

PROMONOCITOS

PLASMOBLASTOS

PROPLASMOBLASTOS

PLASMOCITOS

CLAMATOCITOS

MACROPOLICITOS

CELULAS DE IRRITACION DE TURK

Significación clínica de los leucocitos anormales en la sangre

1. - Cuando existen alteraciones en los mieloblastos, promielocitos y mielocitos, entonces, se presentan las siguientes enfermedades:

Agranulocitosis, eritroblastosis fetal, eritroleucemia, fiebre hemorrágica, eritroleucemia, infecciones graves, anemia perniciosa y otras macrocíticas, talasemia mayor, etc.

2. - Linfoblastos y prolinfocitos:

Leucemia linfoblástica, leucemia linfocítica, linfadenosis aguda y crónica; linfocitos degenerados; leucemia mielógena t toxemias graves.

3. - Monoblastos y promonocitos:

Leucemia aguda monocitógena.

Plasmoblastos, proplasmacitos y plasmacitos:

Leucemia aleucemia plasmacítica, fiebre hemorrágica, anemia-perniciosa, enfermedad del suero, etc.

4. - Plasmatocitos (Histiocitos) :

Anemia hemolítica, eritroblastosis fetal, agranulocitosis.

5. - Neutrófilos anormales:

Lupus eritematoso agudo diseminado, leucemia mieloblástica, quemaduras, escarlatina, neumonía, etc.

ALTERACIONES EN LOS TROMBOCITOSPLAQUETAS

Los valores normales de los trombocitos van de 200 a 400 millares por mm³ de sangre y el descenso en el número de los trombocitos llamados trombocitopenia, es generalmente de mayor significación clínica que el aumento de estos elementos llamados trombocitosis.

Significación clínica de las variaciones de los trombocitos.

1. - Trombocitopenia. Se presenta las siguientes enfermedades

CIRROSIS

MIELOMA MULTIPLE

NEFRITIS

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

BASOFILIA, etc.

2. - Trombocitosis. Se presentan las siguientes enfermedades:

ASFIXIA

LEUCEMIA MIELOGENA CRONICA

POLICITEMIA VERA

FRACTURAS

HEMOFILIA, etc.

EXAMEN DE LA ORINA

Los análisis sistemáticos de orina proporcionan información cualitativa y semicuantitativa. Son pruebas selectivas útiles para un amplio espectro de enfermedades las determinaciones del volumen color, PH, densidad contenido de protefna, presencia de cuerpos cerónicos, sedimento y glucosa. Los hallazgos anormales respecto cualquiera de estos factores deben confirmarse por repetición del análisis. Disponemos en la actualidad de una amplia gama de pruebas cualitativas y cuantitativas para la demostración de sustancias específicas en la orina.

VOLUMEN URINARIO

El gasto urinario normal oscila de 800 a 1000 ml. en 24 horas. Se observa disminución de volumen (oliguria) en glomerulonefritis aguda descompensación cardiaca, quemaduras graves, diarrea y otros padecimientos caracterizados por deshidratación. Por otra parte, comprueba el clínico aumento del gasto urinario (Poliuria) en diabetes sacarina, diabetes insípida y en ciertas etapas de la glomerulonefritis crónica.

COLOR DE LA ORINA

Como es sabido, el color de la orina es ámbar claro, pero puede modificarse según el grado de concentración y por la presencia de hemoglobina, pigmentos biliares, pus o grasa.

PH URINARIO

El PH de la orina es ligeramente ácido y aumenta en pacientes con insuficiencia renal, deficiencia de potasio y alcalosis generalizada. Se encuentra un PH ácido de la orina en acidosis (Coma Diabético) y fiebres prolongadas.

DENSIDAD DE LA ORINA

La densidad de la orina oscila entre (1 006 y 1 025).

Las determinaciones de densidad reflejan la concentración de sustancias disueltas en la orina, la cual se encuentra aumentada en --- deshidratación simple. El incremento de la concentración de glucosa y proteína que se observa en diabetes sacarina y nefrosis, respectivamente, produce elevación de la densidad de la orina. Disminuye esta densidad en casos de diabetes insípida y nefritis aguda en las - cuales existen disminución de la concentración de la orina.

EXPLORACION RADIO ISOTOPICA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

I

INTRODUCCION

La exploración radio-isotópica de las glándulas salivales que es practicada actualmente, consiste en introducir a la circulación sanguínea una sustancia radio-activa, captada selectivamente por las glándulas salivales, después de detectar la radioactividad fotónica de estas glándulas para obtener la imagen o para medir las actividades secretoria y excretoria.

Este método presenta la ventaja de ser poco traumatizante puesto que no necesita inyectarse intravenosamente el radio isótopo y de no exigir ni preparación ni anestesia.

El radio-isótopo que actualmente está mejor al estudio sintigráfico de las glándulas salivales es el Technetium 99 m (^{99m}Tc), el cual está constituido de rayos X y de rayos gama de longitud de onda muy corta siendo estos últimos los más abundantes con una energía máxima de 140 kev.

Sus características son extremadamente favorables. Su resplandor únicamente electromagnético, sin partículas; es de origen nuclear, resultado de una desintegración por transición isomérica.

La vida media de este radio-isotopo es de 6h 05, lo cual es bastante largo para que la radio-actividad no disminuya sensiblemente durante el examen sintigráfico, pero bastante corto para limitar la irradiación del sujeto.

El Tecnecium es utilizado bajo la forma de pernectato de sodio, 99 m Tc - 04 Na , donde es heptavalente.

Además, han sido utilizados otros radio-isótopos, como lo son el Iodo - 131 , el Mercurio 197 (197 Hg), pero no presentan las cualidades en -- forma tan óptima, como las tiene el Tecnecium 99 m (99 m Tc).

INDICE

INTRODUCCION

A). - Métodos de detección

1. - La cuenta de los impulsos radio-activos
2. - La sintigraffa, un detector móvil o a barrido
(o exploración de los autores de habla inglesa).
3. - La gamagraffa por cámara estacionaria a escintilaciones.

B). - Resultados de la exploración radio-isotópica de las glándulas salivales normales.

Sintigraffa por dectetor móvil (Exploración).

1. - Resultados topográficos.

a). - De perfil

b). - De cara

II. - Resultados dinámicos

2. - Gamagraffa por cámara fija

I. - Resultados topográficos

II. - El estudio dinámico

3. - Examen radio-isotópico funcional (Ancrì)

C). - Exploración radio-isotópica de las glándulas salivales patológicas.

I. - Tumores

I. - Los cistadenolinfomas

II. - Los tumores benignos y mixtos

III. - Los cánceres.

METODOS DE DETECCION

Actualmente existen tres tipos

1. - La cuenta de los impulsos radio-activos.
2. - La sintigraffa, un detector móvil o a barrido
(o exploración de los autores de habla inglesa)
3. - La gamagraffa por cámara estacionaria a escintilaciones.

LA CUENTA DE LOS IMPULSOS RADIO-ACTIVOS.

Permite estudiar la variación de la radio-actividad tisular en el curso del tiempo en una zona determinada, de manera comparativa con la zona homóloga.

Esta cuenta se hace con la ayuda de sistemas mono u multisondas.

Un sistema monosonda contiene:

1. - Un colimador que limita el brillo detectado de una región determinada.
2. - Un sistema de conversión que transforma los fotones recibidos en impulsos eléctricos (cristales de escintilaciones + fotomultiplicador).
3. - Un sistema de tratamiento donde el más flexible es aquel que permite el registro de todas las informaciones recibidas sobre banda magnética y su integración inmediata o diferenciada.

La sintigraffa, un detector movil o barrido

(o exploración de los autores de habla inglesa)

El detector esta ligado mecánicamente a un sistema de golpeo. Cada escintilación del cristal visto por el fotomultiplicador co manda el golpeo: aquél inscribe un trato en una hoja de papel-- delante la cual él describe los mismos movimientos que el de-- tector delante del órgano examinado. (barrido).

Este sistema de tratamiento suministra una imagen bidimensio-- nal en la distribución de radio-isótopo. El registro puede hacer-- se en blanco y negro; cada trato golpeado representa un número-- de impulsos predeterminados; o en colores, cada uno de estos -- corresponde también a un número de impulsos. Así, una re-- gión hiperactiva se presenta como una fuerte densidad de golpe-- o por un color rojo. El registro sobre el filme radiográfico tam-- bién es posible.

El mayor inconveniente de este método es que el detector móvil-- que explora línea por línea la región cervico- facial no lo puede-- hacer en decenas de minutos lo que hace que el tejido salival ex-- plorado al principio de la sintigraffa no esté fuertemente en el --- mismo estadio de su actividad fisiológica que aquel quien fué explo-- rado al fin del examen.

Aquella permite también el empleo de radio-núcleos de periodo -- muy corto.

SINTIGRAFIA

Es una técnica de exploración funcional

Para apreciar el tamaño de una glándula salival mayor, así como las accesorias, se puede inyectar el yoduro de sodio en una vena o directamente en el conducto salival.

Actualmente se utiliza el ^{99}MTC (99 Mt 004) que por el hecho de su radiación gamma de 0,140 Mev puede transmitir un registro sintigra-fico con el Picker-Magnascanner V. Se trata de una técnica de exploración funcional al igual que el sialograma de resorción (el cual proporciona información precisa para el diagnóstico diferencial entre inflamaciones crónicas y sialosis), puesto que Borner (1965) utilizando el ^{99}mTc ha podido mostrar que la imagen máxima de la parótida se obtiene al cabo de 20 a 50 minutos; o al cabo de 90 a 100 minutos la imagen de las glándulas submaxilar y sublingual.

El examen requiere aproximadamente de hora y media .

Sin embargo, hasta nuestros días la sintigraffa parece deprovista de valor práctico, pues por ahora no ha sido convincente en el diagnóstico de los tumores.

Se puede precisar, no obstante, que la fisiología y la patología de las glándulas salivales menores pueden ser registradas idealmente por medio de la sintigraffa.

LA GAMAGRAFIA POR CAMARA ESTACIONARIA
A ESCINTILACIONES.

Tiene por ventajas permitir la exploración simultánea de varias áreas salivales, reducir el tiempo de examen eventualmente a algunos segundos y por consecuencia de multiplicar los exámenes, lo cual hace posible un verdadero estudio dinámico de la fijación del radio-isótopo a los tejidos.

Dentro de este método, el cristal tiene alrededor de 30 cms. de diámetro; también es suficientemente grande para cubrir toda la cara.

El sistema de tratamiento es una cámara Polaroid que fotografía la pantalla de un osciloscopio durante un tiempo determinado.

Por otra parte, el calculador ligado a la cámara permite simultáneamente las exploraciones morfológica y funcional de cada una de las glándulas salivales.

RESULTADOS DE LA EXPLORACION RADIO-ISOTOPICA
DE LAS GLANDULAS SALIVALES NORMALES.

SINTIGRAFIA POR DETECTOR MOVIL

(EXPLORACION)

I. - Resultados topográficos.

a) De perfil.

La imagen radio-activa parotidiana es visible bajo la señal--auricular, la cual es ovalada, de gran eje vertical de 5 cms. - alrededor sobre la exploración de verdadera grandeza. El polo superior más voluminoso denota bastante el prolongamiento maseterino de la glandula.

La imagen submaxilar está situada abajo y anterior a la precedente. Es gruesamente redondeada,

Una zona de contaminación imputable a la cavidad bucal se extiende de la parótida a la comisura labial. Ella es arciforme, sobre la cara dorsal de la lengua. Se puede apreciar cuando la --sintigraffa ha sido lograda desde los primeros minutos des----pués de la inyección dentro de esta zona bucal un foco antero-inferior aparentemente sublingual.

Cuando la limpieza es intensa es visible el cuello y el polo superior de la tiroides.

DE CARA

Las glándulas submaxilares se proyectan por abajo de la señal a mencionar. Ellas son ovoides de gran eje vertical, alrededor de 3 cms. Las parótidas están situadas abajo y afuera de las precedentes.

La cavidad bucal está formada por una zona hiperactivada-- situada entre las dos imágenes parotidianas. Ella es elipsoidal; de gran eje transversal de 7 a 4 cms. en promedio. La tiroides, siempre activa, aparece en el límite inferior de escintigrama por abajo del tensor externo.

II. - RESULTADOS DINAMICOS.

Una sintigraffa comienza desde los 5 minutos después de la inyección de Tectetium y se muestra la actividad predominante de las glandulas salivales principales - parótidas, submaxilares y sublinguales - y de la tiroides.

Después de 20 minutos, la actividad de las glándulas salivales principales disminuye entre tanto que la contaminación bucal vuelve a hacerse intensa.

Esta contaminación bucal es precoz y objetiva por la medida de la actividad de muestras salivales.

A las tres horas, solo permite la actividad bucal, así (además que) como también la actividad tiroidea.

Esta captación bucal es un hecho aún mal analizado, sin duda es imputable a la radio-actividad de la saliva y de las glandulas salivales accesorias; pero parece también que la mucosa misma puede retener, como aparece en los exámenes de las sintigraffas efectuadas después de la aspiración de la saliva y el lavado de la cavidad bucal.

2. - GAMAGRAFIA POR CAMARA FIJA.

I. - Resultados topográficos.

Los resultados topográficos son todos ellos comparables a los de la sintigraffa por limpieza o barrido.

II. - El estudio dinámico.

El estudio dinámico es mucho más rico y preciso que con el detector móvil.

A los 30 segundos, la gamagraffa de perfil muestra el flujo-vascular.

Antes del primer cuarto de hora, la actividad reposa concentrada dentro de las glandulas salivales principales.

Después de un cuarto de hora, la actividad bucal vuelve a ser de importancia después que la actividad glandular disminuye.

Después de una hora, solo persiste la actividad bucal.

3. - Examen radio-isotópico funcional (ancrt)

La curva de actividad en función del tiempo está proveída por un sistema monosonda centrado sobre la glándula a estudiar. La curva de una parótida es particularmente significativa. Con el tiempo de integración de 60 segundos a partir de la inyección, la curva presenta 3 segmentos:

1. - Ascendente, rectilínea, casi vertical, correspondiendo a la contaminación vascular casi inmediata.
2. - Describiendo una curva de concavidad inferior ascendente hasta el segundo minuto, siendo objetiva la captación del radio-isótopo por el tejido glandular (acini, canalículos de bñl).
3. - Descendente de concavidad superior que corresponde esencialmente a la excreción del radio-isótopo por la saliva.

La inyección de policarpina que aumenta la secreción salival modifica esta curva.

La cima es más precoz y la decrecencia más brusca.

La atropina, inversamente, hace más lenta la fase de captación o secreción que la fase excretoria.

Los segmentos B y C se encuentran así más horizontales y más alargados.

1. - LOS CISTADENOIDIFORMAS

Explicación radio-biológica de las glándulas salivales patológicas
Este método es de gran utilidad para el diagnóstico de los tumores salivales, y de los tumores paratidíacos particularmente porque de hecho establecimiento de su naturaleza histológica.

Para su estudio esofistográfico se diferencian en tres grupos de tumores:

1. - LOS CISTADENOIDIFORMAS

2. - Los tumores benignos y los tumores mixtos

EXPLORACION RADIO-ISOTOPICA DE LAS GLANDULAS

Salivales

SALIVALES PATOLOGICAS.

Los cistadenoidiformas, son tumores de gran tamaño constituyen cerca de la mitad parte de los tumores paratidíacos y en el interés de su diagnóstico presentarán rasgos dentro del espectro histológico de este diagnóstico.

La fijación del tecnecio por una unidad es profusa e intenso. La radioactividad del tumor será cinco veces más elevada que la del tejido paratidíaco normal cercano.

La radioactividad del tumor permanece después de tres horas

La permanencia y la duración de la radioactividad tumoral se comparan al paratidíaco normal el cual se convierte en que el cistadenoidiforma es un tumor anatómico que no puede secretar su secreción. Al ser el diagnóstico radio-isotópico en el caso del tumor curado.

LOS TUMORES BENIGNOS Y MIXTOS

La mayor parte de otros tumores benignos cervico faciales son poco susceptibles de fijar el tecnecium. Por ejemplo congénitos o salivales, inflamatorios son hipoactivos.

LOS TUMORES MIXTOS SON HABITUALMENTE "FRÍOS"

LOS CÁNCERES

Se fijan los radio trazadores lentamente pero de una manera creciente y prolongada que es bastante específica.

La importancia terapéutica y pronóstica del diagnóstico preparatorio de los cánceres de las glándulas salivales. Y particularmente de los cánceres parotídeos por lo cual se justifica la utilización de la sintigrafía para los tumores de naturaleza incierta, después de haber realizado exámenes clínicos y sialográficos.

En esta técnica se utilizan dos trazadores diferentes que son el ^{99m}Tc y el ^{197}Hg .

RESULTADOS

Al finalizar el estudio sobre los medios más actuales y eficaces para diagnosticar neoplasias en glándulas salivales se obtuvieron los siguientes resultados.

Los medios que nos van a aportar una seguridad íntegra para obtener el diagnóstico precoz de neoplasias son los que a continuación se mencionan.

1. - La cuenta de los impulsos radio-activos
2. - La sintigraffa
3. - La gamagraffa
4. - La sialograffa
5. - Biopsias
6. - Citología exfoliativa
7. - Examen físico químico de la saliva
8. - Exámenes complementarios
9. - Sondeo

Ahora bien los siguientes medios ordinarios en la práctica odontológica común también nos van a servir para diagnosticar neoplasias y son los siguientes.

10. - Historia clínica
11. - Examen físico
12. - Rayos X.

J). - DISCUSION

Al finalizar el presente estudio son consideradas las siguientes conclusiones.

Uno de los factores más importantes es conocer el estado anatómico-histofisiológico en condiciones normales y patológicas así como el diagnóstico y tratamiento más eficientes de neoplasias en las glándulas salivales. Punto importantísimo para la prevención o restablecimiento en dichas alteraciones.

K). - CONCLUSION

El conocer y distinguir las alteraciones que presentan las glándulas salivales es aspecto importante y necesario, el cual debe de tomarse muy en cuenta por el especialista.

Los medios necesarios para lograr un diagnóstico preciso y útil deben de ser conocidos por el cirujano dentista para así poder contribuir al tratamiento de neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales.

Una vez que la odontología moderna ha abarcado un mayor campo de acción se incursiona en este terreno proporcionando los medios más actualizados para lograr el diagnóstico precoz de neoplasias en glándulas salivales .

L) PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Las propuestas que aquí se hacen son las siguientes:

1. - Que este trabajo y todo lo que está en el mismo caso queden al -- alcance de profesores y alumnos, para que sea un material de apoyo más para el estudio de este tema.
2. - Que sirva como una base inicial de investigación científica para que quienes estén interesados en el tema se documenten en él para que el --- estudio continúe siendo practicado y así, de este modo, se tengan los co nocimientos más actualizados sobre el tema.
3. - Que las fuentes bibliográficas utilizadas para esta tesis, las cuales - en su gran mayoría son de países distintos al nuestro México y que además están actualizados, queden también archivadas en las bibliotecas universi- tarias, para así corroborar la veracidad de la información contenida en el presente trabajo.

M) ANEXOS

1. - Que el alumno demuestre interés en todos los trabajos científico culturales que se hagan y presenten en las diferentes universidades, para que haya mayor aportación a la rama odontológica.
2. - Que se dé orientación a los alumnos sobre los diferentes centros de investigación científica existentes dentro y fuera del país, por ejemplo CENIDS, institución de la SSA, bibliotecas de los principales hospitales, facultades y escuelas, etc.
3. - Que se incremente la impartición de clases de idiomas, para favorecer la consulta de fuentes bibliográficas extranjeras, que son las más actualizadas hasta la fecha.
4. - Que se incrementen becas, para los estudiantes mexicanos, logrando con ello mayor capacitación científica de estos.
5. - Que existan cursos y conferencias subsidiadas por las Universidades o por el Gobierno Federal para que éstos estén al alcance de todo el estudiantado nacional.

164
BIBLIOGRAFIA

1. - Quiroz: "Anatomía Humana" Tomo III Ed. Porrúa. 17 a Ed. 1977.
2. - Gardner E. "anatomía" Ed. Salvat 2a. Ed. 1971 3a. Reimpresión 1976.
3. - Dunn J. Martin; "Anatomía Dental y de Cabeza y Cuello" Ed. -- Interamericana 1a. Ed. 1978.
4. - CLIFFORD: "Manual de Anatomía y Fisiología" Ed. la prensa Médica Mexicana 1a. Ed. 1960 8a. Reimpresión 1976.
5. - Patten: "Embriología Humana" Ed. El Ateneo 10a. Ed. 1977.
6. - De Angelis: "Embriología y Desarrollo Bucal-Ortodoncia" Ed. -- Interamericana 1a. Ed. 1978.
7. - Guyton: "Tratado de Fisiología Médica" Ed. Interamericana 5a. Ed. 1977.
8. - Schottelius: "Fisiología" Ed. Interamericana 17a. Ed. 1975.
9. - Ham; "Tratado de Histología" Ed. Interamericana 7a. Ed. 1975.
10. - Lazzari: "Bioquímica Dental" Ed. Interamericana 1a. Ed. 1970 1a. Reimpresión 1976.
11. - De Weese: "Tratado de Otorrinolaringología" Ed. Interamericana 4a. Ed. 1974.
12. - Thoma: "Patología Oral" Ed. Salvat 2a. Ed. 1978.
13. - Robbins: "Patología Estructural y Funcional" Ed. Interamericana 1a. Ed. 1975 3a. Reimpresión 1977.

14. - Christopher Davis: "Tratado de Patología Quirúrgica" Ed. Interamericana 10a. Ed. 1977.
15. - Bhaskar: "Patología Bucal" El Ateneo 2a. Ed. 1974 1a. Reimpresión 1975.
16. - Giunta: John: "Patología Bucal" Ed. Interamericana 1a. Ed. 1978.
17. - Kruger: "Tratado de Cirugía Bucal" Ed. Interamericana 4a. Ed. 1978*
18. - Baker: "Cirugía de Cabeza y Cuello" Ed. Interamericana 5a. Ed. 1977.
19. - Rios Centeno: "Cirugía Bucal" Ed. Hispano americana 7a. Ed. 1978.
20. - Burrows Williams: "Tratado de Microbiología" Ed. Interamericana 21a. Ed. 1977.
21. - Nolte: "Microbiología Odontológica" Ed. Interamericana 2a. Ed. 1977.
22. - Abreu Luis Martín: "Fundamentos del Diagnóstico" Ed. Francisco Méndez Cervantes 3a. Ed. 1978.
23. - Bjorn J. Niels: "Anestesia Odontológica" Ed. Interamericana 1a. Ed. 1970 2a. Reimpresión 1978.
24. - Encyclopedie Medico Chirurgie de France: Stomatologie Volume II Biologie #24 1979.
25. - Encyclopedie Medico (Paris) 22090 E20 10, 1980 Exploration radio-isotopique des glandes salivaires.

26. - Ash Major M. Jr.: "A Handbook of Differential Oral Diagnosis" Ed. The C.V. Mosby Co. 1977. St. Louis.
27. - Hale: "Year Book of Dentistry" Ed. Year Book Medical Publishers Inc. 1978.
28. - Hale: "Year Book of Dentistry" Ed. Year Book Medical Publishers Inc. 1979.
29. - Maloney H. Walter: "Otolaryngology" Ed. Harper and Row, - Publishers 1977.
30. - Quinn: "Year Book of Nuclear Medicine" Ed. Year Book Medical Publishers Inc. 1977.
31. - Quinn: "Year Book of Nuclear Medicine" Ed. Year Book Medical Publishers Inc. 1978.
32. - Quinn: "Year Book of nuclear Medicine" Ed. Year Book Medical Publishers Inc. 1979.
33. - Kornblut Alan D:
The Clinical Diagnosis of oral Malignant Tumors. Otolaryngol Clin North Am 12 (1) 57-67 1979.
34. - Electron Beam Treatment of malignant Tumors of Salivary -- Glands.
35. - Johns Me: Coulthard Sw.
Survival and Follow-up in Malignant Tumours of the salivary - Glands.

36. - Flori-Rattil: De Campora E. Senin U.
Sequencend Scintigraphy: A Morphological and Functional Study of the salivary Glands.
37. - Conde Vidal JM.
Citología Exfoliativa Oral como Medio de Orientación Diagnóstica.
Revista Española de Estomatología.
38. - Patterson W. Bradford.
Treatment of Intraoral Cancer By Electrocoagulation.
Cancer 43 (3) 107-77 Mach 1979.
39. - Shaheen Oh.
Cancer Oral
J. Laryngol Otol 92 (8) 645-651 August 1978.
40. - Pointon RC.
The Management of oral Cancer.
J. Laryngol Otol: 91 (II) 929-933 1977.
41. - Irradiation Treatment of Malignant Tumours of the Salivary Glands.
42. - Marchetta FC.
Management of "Localized" Oral Cancer
AMJ Surgical 134 (4) 448-449 October 1977.

43. - Somenino GO: ADEMILUYI S. A. OYENEYINJO
Salivary Gland Tumours.

Niger Medical Journal 8 (2) 119-23 Mar-Apr. 78.