

9
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ADENOMA PLEOMORFICO
(Tumor Mixto)

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
NORMA ALICIA BAUTISTA MENDOZA

ASESOR:

DR. RODOLFO UGALDE VAZQUEZ

GUADALAJARA, JAL.

1986



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 está 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.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ETIOLOGIA	2
CAPITULO II	
- CARACTERISTICAS CLINICAS	10
- SIGNOS	12
- SINTOMAS	14
CAPITULO III	
RADIOLOGICO	16
- CENTELLOGRAFIA	16
- SIALOGRAFIA	22
CAPITULO IV	
TRATAMIENTO	28
CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFIA	35

INTRODUCCION

La responsabilidad que tiene uno como odontólogo, es resolver los problemas que se presentan en la práctica profesional; esta es la razón por la que se debe estar capacitado para el diagnóstico clínico, eliminación del dolor y en general preocuparse por el bienestar del paciente.

Uno de los motivos los cuales me impulsaron a elegir este tema es para estar familiarizado con una de las enfermedades de las glándulas que se presentan más comúnmente con respecto a padecimientos tumorales.

Este tipo de tumor en raras ocasiones puede llegar a crecer tanto que pueda dar la apariencia de un tumor maligno e incluso llegar a serlo.

Este estudio me será de gran valor, ya que la persona que asiste a la consulta privada con este problema, estará satisfecho por la ayuda brindada para la resolución de una parte de su problema.

Se debe de tener en consideración que todo tratamiento de la práctica odontológica deberá hacerse con confianza y firmeza pensando siempre en el éxito y también en nuestro prestigio profesional.

CAPITULO I

ETIOLOGIA

CONCEPTO: Como hasta el momento se ignora la etiología exacta de los tumores, una clasificación basada en la causa de las mismas es imposible. Por eso se ha adoptado lo que considera la combinación del comportamiento biológico y su citogénesis o histogénesis.

Existen muchos tipos de tumores que surgen en las glándulas salivales pero no existe concordancia general en cuanto a la verdadera naturaleza de las células de origen de muchos de los tumores.

Los tumores mixtos de la cara, situados por fuera de las glándulas salivales y de la cavidad bucal, forman un grupo homogéneo de neoplasias.

Asientan, con mayor frecuencia, en las zonas siguientes: frontal, media mentoniana, nasogeneana, que corresponden a las hendiduras embrionarias. Parecen obedecer a inclusiones embrionarias precoces.

ETIOLOGIA: El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente de las glándulas salivales. Recidiva más a menudo que otro tipo de tumores. La glándula parótida es -

la más frecuentemente afectada.

El orden de frecuencia se lo encuentra en el paladar, labio, lengua, mejilla y piso de boca. La edad de aparición es alrededor de los 40 a 60 años, siendo más frecuente en las mujeres.

Es posible que se observen adenomas pleomórficos desde la infancia hasta la vejez. La incidencia muestra poca variación entre Europa y Estados Unidos, donde se han efectuado los estudios principales.

El adenoma pleomórfico (tumor mixto) tal procede principalmente del epitelio del conducto, y su característica común son las estructuras iguales a las del conducto. Sin embargo, su aspecto es muy variado y es normal ver una gran variedad de estructuras epiteliales, que crecen de los conductos, láminas de células epiteliales y zonas de metaplasia escamosa, a menudo con queratinización.

Además del elemento obviamente epitelial, en general hay zonas extensas de productos de tejido conjuntivo de apariencia fibrosa, mixoide o cartilaginosa. En general se cree que una parte de estas características se debe a secreción glandular alterada y la otra parte esencialmente al tejido conectivo, con aspecto diferente debido a los

efectos inducidos por el elemento epitelial.

Con frecuencia los diferentes aspectos se atribuyen a la proliferación y actividades de las células miopiteliales pero estas células no se pueden identificar por medio del microscopio y su papel no se ha aclarado.

El carácter polimorfo de los componentes epiteliales y mesenquimatosos (fibrillas, sustancia basal, cartilago, hueso) da inicialmente la impresión de un "tumor mixto" en el que participan los tejidos epiteliales y mesenquimatosos en la misma proporción.

Dos tipos de células determinan su estructura pleomórfica: una hilera epitelial interna de células, que contienen todas las formas de crecimiento de las células epiteliales y una capa externa delgada de células mioepiteliales, cuya histogénesis es epitelial.

A veces puede parecer que el tumor sea de origen conjuntivo. Sus espacios intercelulares están rellenos de sustancia intercelular y de pseudomucina del tejido conectivo, que en algunos casos se calcifica e incluso se osifica, y existe a menudo formación de pseudocartilago.

Es casi general el acuerdo acerca de que este tumor

no es "mixto" en el verdadero sentido de ser teratomatoso o derivado de más de un tejido primario. Sólo el elemento epitelial es neoplásico, y los otros representan el estroma metaplásico.

Aunque se han elaborado muchas teorías, la evidencia indica que nace por crecimiento anormal del epitelio glandular adulto con transformación gradual en las diversas estructuras que caracterizan a esta lesión.

Algunos investigadores opinan que las células neoplásicas se originan en el epitelio inmaduro y no en el adulto. Ellos postulan un desarrollo anormal del esbozo glandular que normalmente hubiera evolucionado para formar parte del parénquima, pero en cambio forma segmentos embrionarios separados. Aunque tal epitelio tendría propiedades proliferativas notables, no hay que inferir de ello que el epitelio adulto de las glándulas salivales carece de este poder.

El epitelio maduro tiene un notable potencial reproductivo; en particular las células de los conductos.

En la actualidad, la mayoría de los investigadores opinan que este tumor se origina por transformación neoplásica del epitelio glandular adulto, más probablemente que

el epitelio del conducto.

Los llamados tumores mixtos son neoplásicos y no se ha demostrado la existencia de un factor secundario que -- provoque el desarrollo del tumor mixto.

Algunos autores consideraban el traumatismo como un posible agente, pero la mayoría de ellos lo admiten como un factor poco importante. Algunos pacientes dan la historia del traumatismo, como por ejemplo, un golpe en la mandíbula, o la historia de paperas que preceden al tumor.

La teoría puramente epitelial parece ser aceptada -- por la generalidad, y la principal diferencia de opinión -- es acerca de si los tumores provienen de epitelio glandular adulto o de epitelio embrionario.

Bauer apoya la idea de Willis de que el tumor mixto es un nombre erróneo y de que la designación más adecuada de adenoma pleomorfo debe ser aprobada pues indica el origen epitelial y la gran variedad de su estructura. Nace -- el epitelio de los conductos, presenta una combinación peculiar de materia mucóide y pseudo cartilaginosa, que es un producto de secreción, degeneración de células epiteliales y hialinización del estroma, pueden observarse áreas de -- cartilago y hueso.

Se han presentado pruebas basadas en células con el cromosoma marcado de que tumores con predominantes características del tejido conjuntivo surgen realmente de células epiteliales, y que las mesenquimatosas no contribuyen a producir células neoplásicas del tumor. Se ha establecido en un adenoma humano pleomórfico de la glándula salival un recubrimiento celular con características epiteliales.

Se sabe desde hace tiempo que las mucinas epiteliales y mesenquimatosas pueden distinguirse histológicamente en la estroma del adenoma pleomórfico.

Elder, Kline y Fader aceptan el origen de los tumores mixtos, propuestos por Cheyne y colaboradores, según las siguientes teorías:

1.- Teoría Embriogénica: Estos tumores tendrían origen en los restos embrionarios, reliquias de la formación de las glándulas salivales.

2.- Teoría Mesenquimática: Los tumores mixtos se originarían en el estroma fibroso y en la cápsula de la glándula.

3.- Teoría Ectomesodérmica: Estos tumores se formarían por inclusiones del mesénquima ectodérmico, que pue-

den presentarse en la cabeza y arcos braquiales del embrión.

4.- Teoría Epitelial: Los tumores mixtos se originarían del ectodermo de la cavidad bucal primitiva.

Thoma es partidario de la teoría de que los tumores mixtos derivan de restos celulares enclavados, que revisten dos formas de tejido germinativo, derivados del epitelio y mesénquima. Los restos celulares epiteliales pueden ser células glandulares embrionarias o de epitelio escamoso.

Masson y Simard, sostienen que los elementos mixomatosos y cartilaginosos del tumor son productos de la secreción del epitelio, que puede originar condrina, la cual es encapsulada por las células, que se transformarían en células cartilaginosas.

Cahn sostiene, debe atribuirse al epitelio de las glándulas salivales, y que los distintos tejidos que los forman, son productos de secreciones epiteliales o degeneraciones celulares.

Es un tumor formado por estroma y parénquima que adquiere una gran variedad de imágenes. Aunque en algunos casos se puede desarrollar un carcinoma a partir de ellos. El parénquima consiste en capas de células poliédricas cu-

yo citoplasma es acidófilico y los núcleos ovoides; también hay epitelio aplanado dispuesto en cordones acini y tubos cubiertos en ocasiones por epitelio cúbico y zonas de células fusiformes que corresponden a mioepitelio.

El tumor parece estar constituido por elementos a la vez ectodérmicos y mesodérmicos, siendo éste el motivo por el cual se le denomina tumor mixto.

La naturaleza del tumor ha sido por mucho tiempo objeto de discusión. Es posible que alguno de estos tumores se origine del secuestro accidental de células embrionarias durante el desarrollo primigenio y complicado de la cara; estos tumores serían verdaderos "tumores mixtos".

CAPITULO II

CARACTERISTICAS CLINICAS

Suelen presentarse como masas firmes e indoloras y circunscritas. Aunque estas lesiones suelen ser solitarias, de crecimiento lento, unifocales y algo móviles, se han encontrado multifocales y multiglandulares.

Es en forma típica, una lesión que no presenta fijación a los tejidos más profundos ni a la piel que la cubre. Suele ser una lesión nodular irregular, aunque a veces se palpan zonas de degeneración quística, cuando son superficiales. Es raro que la piel se ulcere pese a que estos tumores alcanzan un tamaño enorme, al punto que se han registrado lesiones de varias libras de peso.

Crece de modo lento e intermitente. En general, es de localización superficial redondeado y liso y por ello resulta fácilmente extirpable. Su consistencia es variable pero habitualmente elástico.

La mucosa suprayacente está sana y se desliza sobre el tumor que es igualmente móvil sobre los planos más profundos.

El tumor puede estar fijo por bandas al tejido normal de la glándula o presentar extensas prolongaciones de

La cápsula dentro de las estructuras vecinas.

Estos tumores con frecuencia forman tumefacciones gomasas ligeramente lobuladas. Generalmente la tumefacción está adherida a la membrana mucosa suprayacente pero se mueve libremente sobre los tejidos más profundos. Si no se curan crecen demasiado, y en ocasiones se hacen malignos.

SIGNOS

Los tumores mixtos tienen un curso clínico largo, -- en promedio de seis años y medio. La duración más corta -- es generalmente de varios meses, y la más larga puede durar muchos años. Rara vez hay historia de dolor intenso, -- aunque en ocasiones algunos pacientes hablan de ligero -- malestar.

Los tumores pequeños, dentro de la glándula suelen tener una cápsula engrosada, unida directamente a los tabiques de la glándula, y da la sensación de estar fija. Los tumores grandes que aparecen en el espesor de la glándula provocan compresión y atrofia del tejido normal.

El pabellón del oído puede estar alterado o desviado hacia atrás por un tumor grande, de la región parotídea, en especial si está fijo por detrás de la mandíbula -- y es incapaz de extenderse anteriormente.

A la palpación su consistencia es dura, pero se desarrollan pequeñas áreas quísticas de degeneración; después de cierto tiempo, a menos que estas áreas están situadas centralmente, pueden ser palpables.

En los pacientes en los cuales el tumor ha alcanzado un tamaño notable en la parótida o en las regiones sub-

mandibulares, puede haber un impedimento mecánico de la --
masticación, deglución, movimiento de la cabeza y algunas-
veces de la respiración.

Se trata de procesos asintomáticos, la mayor parte-
de los cuales sólo son descubiertos al examen clínico o -
cuando por su volumen dificultan la fonación o deglución.

Su crecimiento puramente expansivo; el tumor está -
bien encapsulado, su superficie no presenta manifestación-
irritativa alguna ni alteraciones; en esta época faltan -
por completo las molestias subjetivas.

Su presencia, en general, sólo aparece clara cuando
externamente se desarrolla de modo progresivo una tumefac-
ción dura insensible. El tumor mixto asienta perfectamen-
te en el maxilar superior, donde se propaga hacia el seno
maxilar y luego, de una manera característica hacia el pa-
ladar.

SINTOMAS

El dolor no es un síntoma común del adenoma pleomorfo, pero el malestar local es frecuente. La lesión del nervio facial manifestada por la parálisis facial es rara.

El paciente suele relatar la aparición de un nódulo pequeño, indoloro, inactivo que en forma lenta comienza a aumentar de tamaño, a veces con crecimiento intermitente.

No existe dolor al principio, aunque en la mitad de los pacientes existe a veces una sensación de presión expresada como dolor de oído.

El paciente relata por lo común, una historia de aumento de volumen indoloro que crece lenta e intermitentemente, o ha permanecido estacionario, y el cual ha existido durante muchos años.

Puede haber sensación de presión o incomodidad y en ocasiones dolor referido al oído. Cuando adquieren grandes proporciones, puede darse como complicación la ulceración de la piel.

El síntoma más frecuente y valorable es una tumoración indolora. No rara vez la incapacidad para llevar prótesis dentarias es el síntoma que induce al enfermo a acu-

dir al dentista. El hueso suprayacente puede afectarse a causa de la compresión ejercida por el tumor, pero no existen signos de crecimiento invasivo.

La historia que con más frecuencia se relata es la de un crecimiento lento de un período de varios años en una de las glándulas salivales. Puede haber historia de crecimiento lento, alterno, rápido o estacionario.

Suelen relatar la aparición de un nódulo pequeño, indoloro o inactivo que en forma lenta comienza a aumentar de tamaño, a veces con crecimiento intermitente.

CAPITULO III

RADIODIAGNOSTICO

CENTELLOGRAFIA

METODOS:

Centellografía de la glándula salival: Los pacientes tomaron 473 ml (1 pt de agua) y orinaron antes de empezar el estudio. Después se inmovilizó la cabeza en una relación posterior al cristal de la cámara; cada paciente recibió una dosis intravenosa de 10 milicurios de sodio *pertechnetate* tc. 99 mm.

Se obtuvieron 2 minutos de centelleo secuencial por intervalos de 10 y 12 minutos y los próximos fueron de 60 a 80 minutos. Se recolectaron simultáneamente datos en el videotape para su clasificación. Los procedimientos concluyeron con una rutina de cuatro vistas estáticas para el estudio de las glándulas salivales y la región de la boca. El control de los estudios en pacientes fue hecho con centellografía del cerebro sin ninguna enfermedad en las glándulas salivales.

FLUJO SALIVAL: La proporción del flujo salival fue obtenida al coleccionar la saliva de la parótida después de la estimulación con jugo de limón con modificación de la

copa de Carlson y Crittenden. Los datos proporcionales -- del flujo fueron expresados simultáneamente en ml/5 minutos por cada glándula parótida. Dentro del laboratorio -- una proporción de flujo se considera normal cuando es de 1 ml/5 minutos; esto es comparado con los valores normales que se publican en donde quiera. Las proporciones de flujo de saliva fueron agrupadas menos arbitrariamente porque se disminulan si fueran de 0.4 a 1.0 ml/5 minutos y se marcan todavía menos de 0.4 a 1.0 ml/5 minutos.

A pesar de que los radionúclidos han sido usados -- por varios años en la investigación basada en la fisiología de las glándulas salivales, recientemente se tiene la habilidad para visualizar a las glándulas completamente. -- Taplan y asociados en 1963, reportaron centelleo en las -- glándulas salivales de los pacientes a los cuales se les -- dio 250 microcurios de yodo y se agregó 131 de suero de -- albúmina. Las partículas proteínicas fueron subsecuente-- mente metabolizadas por las células de Kupfer's, la libera-- ción de yodo inorgánico que después se concentra en las -- glándulas salivales. La calidad del centelleo resultante -- fue satisfactorio, pero la dosis de radiación requerida de yodo del suero de albúmina agregado, hizo que la prueba no fuera práctica al trabajo de rutina por la alta dosis de -- radiación en la glándula tiroides.

Al año siguiente Harper y otros popularizaron el uso de pertechnetate 99 mtc al variar los procedimientos clínicos. Como el yodo y el pertechnetate (ION) que activa la concentración en las glándulas salivales y tiroides, pero como el promedio de vida es de seis horas y carece de beta radiación el pertechnetate de sodio se pudo dar en dosis de milicurios y sólo con una fracción de radiación expuesta comparada con la dosis de yodo inorgánico radioactivo.

En 1965 Borner y colaboradores reportaron el uso del pertechnetate específicamente para dar la imagen a la glándula salival por los métodos de centelleo recto convencional y llegaron a la conclusión de que este procedimiento muestra una gran promesa para detectar los desórdenes morfológicos y funcionales de estos órganos.

Recientemente otros investigadores reportaron casos de pacientes donde se usó el centelleo y se encontró una gran proporción de inflamación y neoplasmas.

La disminución o ausencia de absorción de pertechnetate en las glándulas salivales es un fenómeno inespecífico. La disminución de la absorción unilateral del pertechnetate ha sido reportado en pacientes con tumores de metástasis primaria, aplasia congénita, sialoadenitis quirúrgica y la disminución de absorción bilateral puede verse en

pacientes con enfermedades sistemáticas del tejido conjuntivo, parotiditis supurativa aguda, sialoangiectasis multicéntrica, así como el síndrome de Sjogren's.

El uso de radionúclidos en el procedimiento de llenado en el diagnóstico, disponible para evaluar las condiciones patológicas de las glándulas salivales. Estas pruebas por primera vez dejan evaluar la función de las glándulas salivales con una visualización directa de la secreción -- del parénquima glandular. En comparación, con el contraste de la sialografía provee una información morfológica indirecta acerca del estado funcional de las glándulas y después manipula los resultados en las pruebas de función - - glandular. Además el pertechnetate facilita la examinación extensa de las glándulas sublinguales, regiones difícilmente determinadas por la sialografía y el flujo salival.

El continuo uso del monitor visual con la cámara de centelleo gamma dinámico en la glándula salival y la secuencia de la centellografía da otra dimensión a los estudios - que dependen del centelleo recto en el cual se cambió el - tiempo para mejorar las pruebas. Con el uso de este método se puede captar toda la capacidad funcional de las glándulas salivales y estudiarse al mismo tiempo, con entera secuencia de los eventos ocurridos que son datos muy importantes, y la concentración máxima de pertechnetate en la glán-

dula no se alcanza a ver. Además la etapa individual de la función glandular, vascular, fase de concentración, fase de excreción se puede separar, permitiendo ver los diferentes tipos de enfermedad de las glándulas salivales.

El valor de la centellografla salival en el diagnóstico de los desórdenes glandulares demostrados por Sorsdahl y otros es que observaron vaclo en las glándulas después de estimular las glándulas con jugo de limón en un paciente con sialitiasis y otro con un absceso que comprime el conducto de la glándula parótida; el registro técnico de este método nos dio la información al seguir la progresión natural del pertechnetate de las glándulas parótidas dentro de la cavidad oral.

Este procedimiento nos da una útil información, y es fácil de mejorar este estudio, se hace en menos de 80 minutos y requiere instrumentación y radionúclidos los cuales se encuentran fácilmente en los hospitales. No hay incomodidad para el paciente y no se expone a nada de radiación. Todo el cuerpo recibe la dosis por inyección intravenosa de 10 milicurios de pertechnetate de sodio estimado en 0.12 rads y en un órgano grande se pone 1.3 rads.

Nosotros calculamos la dosis para una glándula parótida normal de 0.60 rads, lo cual se compara con los datos

de Borner. Esto representa la dosis máxima en las glándulas salivales y debe ponerse menos concentración cuando hay alguna enfermedad en las glándulas.

Quizá la más importante característica de la centellografía secuencial salival puede probar la sensibilidad de absorción en los pequeños cambios de disfunción glandular, al detectar la asimetría en la glándula parótida ya sea en su actividad y en su función glandular diferente cuando se usó la terapia de inmunidad. Esta particularidad es importante, porque a pesar del mejoramiento de la xerostomía se induce a una terapia, semejante objetivo de mejoramiento no ha sido probado por ningún otro procedimiento de diagnóstico de uso común.

SIALOGRAFIA

La sialografía hace radiográficamente visible el -- conducto excretor y sus ramas de las glándulas parótida o submaxilar por medio de la inyección en el conducto excretor de una solución radiopaca. Aun cuando esta técnica ha venido a constituir un medio inestimable en el diagnóstico de las enfermedades de las glándulas salivales, se trata sólo de un dato más en el arsenal del investigador.

La sialografía es útil para averiguar la presencia de procesos patológicos extraglandulares que pueden simular una enfermedad de la glándula salival. Una enfermedad extrínseca de cierta magnitud puede provocar el desplazamiento de una glándula salival y de su sistema conductor.

La sialografía contribuye también al diagnóstico de una variedad de anormalidades intraglandulares. Se usa para hacer visibles las estrecheces del conducto, los quistes y las fístulas. El procedimiento es valioso para identificar un cálculo salival demasiado pequeño o insuficientemente calcificado para que pueda ser identificado por la radiografía de rutina. Además, la técnica sirve para determinar la capacidad funcional relativa de la parte distal de la glándula frente a una obstrucción persistente.

Las principales glándulas salivales están sometidas a una variedad de enfermedades inflamatorias. El sialograma, al revelar las alteraciones del modelo de difusión de la solución radiográfica, combinado con los antecedentes del paciente y los demás datos clínicos, contribuye al diagnóstico y al subsiguiente tratamiento de estos estados.

La sialografía facilita también las demostraciones y la localización de una neoplasia intraglandular. En algunos casos, ayuda a diferenciar un tumor benigno de otro maligno.

La técnica se ha usado también con fines terapéuticos. Las soluciones de contraste, en particular las variedades más viscosas, pueden ejercer un efecto favorable, al dilatar el sistema de los conductos y desintegrar los tapones mucosos o inflamatorios que impiden el flujo normal de saliva.

Algunas soluciones sialográficas pueden ejercer una acción antiséptica favorable como el yodo, un componente de la solución, es liberado sobre el tejido inflamado. Recientemente se han incorporado compuestos quimioterapéuticos a las soluciones de contraste, con objeto de intentar prevenir las exacerbaciones de una infección en una glándula ya enferma, subsiguientemente a la sialografía.

TENICA:

Sólo los conductos de las glándulas parótida y submaxilar pueden hacerse visibles por el empleo de medios sialográficos.

Inicialmente se deben localizar los orificios de los conductos parotídeo y submaxilar. El conducto de Stensen tiene su orificio en la mucosa bucal adyacente a la porción de la corona del segundo molar del maxilar superior. La identificación del orificio del conducto se puede facilitar aumentando el flujo de saliva. El masaje y el movimiento como de exprimir la glándula afectan la salida de la saliva por el orificio del conducto. Para estimular el flujo salival se pueden usar sialogogos, tales como la pilocarpina, el sabor agridulce de un limón o de un caramelo ácido, y soluciones débiles de los ácidos clorhídrico o cítrico.

Una vez que ha sido localizado el orificio del conducto, se inserta una sonda nasolacrimal delgada. Al introducirla en el conducto de Stensen, conviene recordar que el conducto presenta un retorcimiento natural, inmediatamente posterior a su orificio. Para vencer este obstáculo se empuja hacia delante y lateralmente la cara anterior de la mejilla, enderezando así el conducto parotídeo.

Recientemente se han usado tubos de polietileno, -- dentro de un sistema cerrado. Los tubos se usan para sondear el conducto y la solución sialográfica se introduce en la glándula inyectándola desde el extremo abierto del tubo. Esta se cierra con una pinza hemostática o un pali- llo de dientes. El sistema cerrado tiene la ventaja de -- que permite al cirujano controlar la cantidad de solucio- nes que debe ser inyectada.

Aproximadamente, 0.8 ml de solución es generalmente necesaria para llenar el sistema de un conducto normal de la glándula parótida.

Como el dolor es mínimo, no es necesaria la anestesia. La solución de contraste se va inyectando despacio, -- en suaves emboladas, con pausas entre éstas. Si el pacien- te experimenta un dolor severo, no se inyecta más líquido. Se practica luego el examen radiográfico.

RADIOGRAFIA SIALOGRAFICA.

La técnica sialográfica comienza por la obtención -- de una imagen de conjunto, antes de la introducción de la solución radiopaca. Esta radiografía inicial puede servir para demostrar la presencia de cálculos, calcificaciones -- glandulares, enfermedad ósea y estados patológicos extra--

glandulares que pueden ser responsables de las manifestaciones clínicas.

Una imagen radiográfica es satisfactoria cuando la solución opaca se hace visible: primero, la glándula parótida vista desde atrás hacia adelante, y luego, una imagen lateral-oblicua.

Se dice al paciente que vuelva 24 horas después para determinar la rapidez con que es vaciada la solución de contraste del sistema del conducto. Esta imagen suministra una información valiosa.

MEDIOS DE CONTRASTE SIALOGRAFICOS.

En el pasado se usaban los aceites halogenados viscosos (Lopiodol y Iodochoforol), pero se producían reacciones granulomatosas graves cuando el medio de contraste -- quedaba atrapado durante un período prolongado en el páncreas glandular. Sin embargo, los medios de contraste a base de aceite poseen cualidades deseables. Su naturaleza viscosa facilita su manejo, ejercen efectos terapéuticos benéficos y su extremada radiopacidad permite una visibilidad excelente.

Para evitar el problema de las reacciones granuloma

tosas y de una viscosidad excesiva se introdujeron el --
Ethiodol, el Pantopaque y el Hytrast. Estas soluciones, --
así como los aceites halogenados, poseen innatamente la --
cualidad, siempre objeccionable, de conservar su opacidad --
durante períodos muy prolongados.

Se usan hoy numerosos preparados comerciales hidro-
solubles: el acetrizoato sódico (Urokon), el diatrizoato -
sólido (Hypaque) y el diatrizoato de metilglucamina (Reno-
grafin). Ninguno de ellos conserva su opacidad durante --
largos períodos de tiempo, ni provoca respuestas granuloma-
tosas cuando es retenido en el parénquima glandular.

CAPITULO IV

T R A T A M I E N T O

El tratamiento del adenoma pleomórfico de la glándula salival es quirúrgico. La revisión de la literatura -- existente y los ejemplos estudiados, señalan que la extirpación local o la enucleación han tenido éxito sin recurrencia. En el caso poco frecuente de recurrencia local, - después de la extirpación de un tumor benigno mixto, la re currencia puede ser extirpada fácilmente.

Una excisión quirúrgica amplia del tumor constituye el tratamiento de elección. Por el hecho de que las recurrencias son multinodulares y en consecuencia más difíciles de erradicar que la lesión primaria, se recomienda la excisión amplia de ésta.

Pero la manera exacta del tratamiento suele ser discutida. Algunos cirujanos prefieren enuclear el tumor, - mientras otros particularmente en el caso de las lesiones parotídeas prefieren eliminar el lóbulo afectado. Las lesiones intrabucales se tratan, por lo común, mediante la excisión extracapsular conservadora.

En el pasado, la recidiva de los tumores mixtos benignos de todas las localizaciones eran un hallazgo clíni-

co común, probablemente porque en la cápsula de la lesión las células tumorales son tan frecuentes que pueden quedar pequeños nidos en el tejido después de la enucleación. Si se comprueba que hay invasión capsular, por lo general alcanza con una excisión algo más amplia con eliminación de un margen de tejido normal, y de la mucosa suprayacente en el caso de las lesiones intrabucuales, para evitar recidiva. Como estos tumores son radiorresistentes, la irradiación con rayos X depara pocos beneficios y, por lo tanto, está contraindicada.

Estos tumores deben ser extirpados tan pronto como se les descubra, si no existe contraindicación para ello. No hay bases para afirmaciones tales como "dejar que el tumor madure" o "dejarlo crecer hasta que produzca dolor o deformidad".

Al tomar una biopsia deben seguirse las siguientes precauciones:

Un tumor pequeño debe extirparse en su totalidad, con un amplio margen de tejido normal, y mandarse al laboratorio para su examen histológico. No es de desear hacer la excisión de una porción de la lesión para su análisis, y después extirpar la parte restante del tumor. La biopsia por incisión y los cortes por congelación pueden hacer

se para análisis del tejido en el momento de la extirpación primaria de un tumor grande, para hacer el diagnóstico. - Esto va seguido inmediatamente (minutos de la extirpación de la lesión en su totalidad).

Los tumores mixtos tienen marcada tendencia a recurrir aun después de considerárseles completamente extirpados, se aconseja cuando se hace la intervención, incluir - un amplio margen de tejido normal.

Cuando después de haber sido extirpado quirúrgicamente, una vez aparece un tumor mixto en la misma área, puede considerarse la recidiva como un tumor localmente maligno (agresivo, pero sin producir metastasis), y la glándula debe extirparse en su totalidad.

Está contraindicada la excisión simple, porque la recidiva constituye una complicación común.

El tratamiento de elección consiste en lobectomía o extirpación de la glándula por incontinuidad.

La parálisis del nervio y el síndrome auriculotemporal representan las complicaciones posteriores a la cirugía de la glándula parótida.

Originariamente la lesión adquirió reputación de re

cidivante, pero esto era probablemente atribuible a la circunstancia que no se eliminaba totalmente el tejido tumoral.

Las dificultades operatorias son grandes en la región parotídea a causa de la presencia del nervio facial y otras estructuras importantes. Además el tumor acusa tendencia a expandirse echando prolongaciones a manera de dedos que infiltran a la cápsula, o a producir "hijuelos" en los tejidos circundantes. En consecuencia, uno debe eliminar un amplio margen de tejido normal conjuntivamente con el tumor, y muchos cirujanos prefieren realizar una lobectomía de parótida.

El tratamiento consiste en una amplia excisión del tumor; la recurrencia es inevitable si la excisión es inadecuada.

Sin embargo, la recurrencia del adenoma pleomórfico se debe a las dificultades quirúrgicas muy considerables de la eliminación completa de tumores de la parótida (el sitio común), donde el nervio facial en particular hace que la disección sea peligrosa. Aun así, la tasa de recurrencia es baja en manos expertas, y en otros sitios en donde no hay estas dificultades la recurrencia no debe ser un problema.

Aunque la fulguración de la herida con electrocauterio o por sustancias químicas ha sido propuesta éstas alteran la cicatrización.

En la experiencia de los autores, la amplia resección sin fulguración es el mejor tratamiento en pocas complicaciones postoperatorias.

Los tumores mixtos grandes de la cavidad bucal y de las glándulas salivales tienden a recurrir después de su remoción, como resultado del crecimiento de los restos de las prolongaciones de la cápsula de las estructuras vecinas. La intervención quirúrgica incompleta tiende a activar la recidiva.

La extirpación total de la glándula con ablación de la cápsula da resultados infinitamente mejores.

Hay que seguir tratando a los pacientes durante bastante tiempo, ya que las recidivas son multinodulares y generalmente se deben a implantación de células tumorales en la herida durante la operación. Hay que evitar durante la intervención el manoseo y traumatismo de la cápsula y del tumor.

CONCLUSIONES

Las glándulas pueden ser asiento de tumores benignos y malignos que pueden desarrollarse en cualquier otro punto, como son: en labios, carrillos, piso de la boca, paladar duro o blando. Pero un 90% de todos los tumores mixtos se forman en la glándula parótida.

Este tipo de tumor se origina de tejido epitelial. Pueden encontrarse células linfoides y células productoras de mucina.

Tiene una sintomatología muy pobre. No produce ningún trastorno funcional por lo que los portadores no le prestan atención, sino hasta cuando su volumen empieza a producir deformación en la cara.

La edad de las personas con tumores mixtos varía desde muy temprana hasta muy avanzada; la edad promedio es durante la cuarta década. Se han observado tumores en lactantes de dos semanas de edad y se ha informado su aparición en octogenarios.

Con frecuencia es difícil distinguir clínicamente el tumor mixto de la región parotídea de otras neoplasias o de otros procesos patológicos; una buena historia clíni-

ca y un buen examen físico son necesarios para establecer un buen diagnóstico.

Los estudios sialográficos de los tumores mixtos -- aportan datos pertinentes en cuanto a la identidad de la lesión.

La examinación centellográfica que es extremadamente sensible al descubrir las pequeñas diferencias asimétricas en la actividad de la glándula salival es la terapia de inmunosupresión.

El paciente se presenta con una enfermedad general que puede ser terminal, pero puede ser que el padecimiento principal esté en un momento dado en la esfera bucal. Debemos de ser capaces de evaluar el estado general en relación con las necesidades de tratamiento del paciente y debemos conocer las limitaciones impuestas por el estado biológico. Esto nos permitirá llevar a cabo una terapia más adecuada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Shafer, William G., TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
3ra. Edición, (México), Editorial Interamericana, 1982. pp. 215-220.
- 2.- Tietze, Richard W., FISIOPATOLOGIA BUCAL.
1ra. Edición, (México), Editorial Interamericana, 1960. pp. 266-270.
- 3.- Velázquez, Tomás, ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL.
(Sin Edición) (México), Editorial Foeriniier, 1977. pp. 236-237.
- 4.- Gorlin, Robert J. y Golman, Henry M. PATOLOGIA ORAL.
1ra. Edición, (España), Editorial Salvat, 1977. pp. 1114-1121.
- 5.- Waite, Daniel E., CIRUGIA BUCAL PRACTICA.
1ra. Edición. (México), C.E.C.S.A. 1978. pp. 333-335.
- 6.- Irby, William B., ACTUALIZACIONES EN CIRUGIA BUCAL.
1ra. Edición, Tomo I, Buenos Aires, (Argentina), Editorial Mundi, 1987. pp. 278.
- 7.- Ries Centeno, Guillermo A., CIRUGIA BUCAL.
8va. Edición, (Argentina), Editorial Ateneo, 1980 pp. 572-576.

- 8.- Eversole, Lewis R., PATOLOGIA BUCAL.
1ra. Edición, (Argentina), Editorial
Panamericana, 1983. p. 171.
- 9.- Port-Euler, TRATADO DE ODONTOLOGIA
1ra. Edición, (España), Editorial
Labor, 1951. pp. 512-514
- 10.- Spouge, D.D., PATOLOGIA BUCAL.
1ra. Edición, (Argentina), Editorial
Mundi, 1972. pp. 439-441.
- 11.- Cohen, Bertram, FUNDAMENTOS CIENTIFICOS
DE ODONTOLOGIA.
1ra. Edición, (España), Editorial
Salvat, 1977. pp. 638-639.
- 12.- Boyd, William. TRATADO DE PATOLOGIA.
34a. Edición, (Argentina) Editorial
Mundi, 1971. p. 725.
- 13.- Thoma, Kurt H., PATOLOGIA BUCAL.
2a. Edición; Tomo II, (México),
Editorial Hispano-Americana,
1960. p. 1235.
- 14.- Dechaune, Michel. ESTOMATOLOGIA.
1ra. Edición, (Barcelona), Editorial
Toray-Masson, 1970. pp. 136 y 720.
- 15.- Pinbourg, J. J., ATLAS DE ENFERMEDADES
DE LA MUCOSA ORAL.
34a. Edición, (España), Editorial
Salvat, 1981. p. 100.
- 16.- Cawson, R.A. CIRUGIA Y PATOLOGIA - -
ODONTOLÓGICAS.
3ra. Edición, (México), Editorial
El Manual Moderno, 1983. p. 408.

- 17.- Maurel, Gerard, CLINICA Y CIRUGIA
MAXILO-FACIAL.
3ra. Edición, Tomo I, (Buenos Aires),
Editorial Alfa, 1959. pp. 430-437.

- 18.- Zegarelli, Edward, DIAGNOSTICO EN PATO
LOGIA ORAL.
2ea. Edición, (España), Editorial
Salvat, 1982. pp. 489-493.

- 19.- THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL
ASSOCIATION.
Junio 28, 1971.
Vol. 216, No. 13
pp. 2109-2116.