

## **LESIONES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.**

El tratamiento de las glándulas salivales es a veces, desconcertante. Sin embargo, la identificación de estos estados es a menudo relativamente simple, puesto que la mayoría de las enfermedades de las glándulas es la neoplásica.

Solo estudiaremos en esta sección las enfermedades que afectan a las principales glándulas salivales. Nos referimos con particular énfasis a los datos clínicos y sialográficos, propios de cada enfermedad.

Como la sialografía constituye un método diagnóstico único e importante en el estudio de las enfermedades de las glándulas salivales nos referiremos primero a las indicaciones, contraindicaciones y a su técnica.

### **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 de contraste. Aun cuando esta técnica constituye 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 determinación de la naturaleza del proceso patológico que afecta las glándulas salivales requiere la evaluación de todos los datos disponibles. Los antecedentes, el examen físico, los datos de laboratorio, la evidencia radiográfica, el estado de los dientes, el estudio de la permeabilidad del conducto, el examen de la calidad y cantidad de saliva, son todas ellas partes importantes del trabajo diagnóstico.

#### **Indicaciones**

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. Estas transgresiones del contorno físico y de la posición de la glándula salival se descubren al hacerlas visibles la sialografía.

Esta 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. Esto puede contribuir a resolver la cuestión planteada acerca de la extirpación quirúrgica de la glándula salival.

Las principales glándulas salivales están sometidas a una variedad de enfermedades inflamatorias. El sialograma, al revelar las alteraciones según el

modelo de difusión de la solución radiográfica, combinado con los antecedentes del paciente y los datos clínicos, contribuye al diagnóstico y al subsiguiente tratamiento de estos estados.

La sialografía facilita también la demostración 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 la saliva. Adicionalmente, algunas soluciones sialográficas pueden ejercer una acción antiséptica favorable cuando el yodo, un componente de la solución es liberado sobre el tejido inflamado. Recientemente se han incorporado compuestos quimioterápicos a las soluciones de contraste, con objeto de intentar prevenir las exacerbaciones de una infección en una glándula ya enferma, subsiguientemente a la sialografía.

### **Contraindicaciones**

Existen algunas contraindicaciones de la sialografía. La mayor parte de los medios sialográficos deben su opacidad a la presencia del halógeno, el yodo. En ocasiones, se presenta un paciente con antecedentes de hipersensibilidad a este elemento. Se han publicado casos de reacciones anafilactoides y de colapso cardiovascular, por la administración de compuestos orgánicos hidrosolubles que contienen yodo, usados en la angiografía, cardiografía, colangiografía y urografía. No se han observado tales efectos adversos con los métodos sialográficos. Sin embargo, siempre son posibles reacciones de hipersensibilidad.

Durante una infección aguda de la glándula salival no debe practicarse la sialografía. La introducción de la solución de contraste en el sistema de conductos y la glándula con infección aguda, puede agravar una situación ya de por sí difícil. El procedimiento deberá retrasarse hasta que haya terminado el episodio agudo.

### **Técnica**

Sólo los conductos de las glándulas Parótida y submaxilar pueden hacerse visibles por el empleo de medios sialográficos. La glándula salival sublingual carece de un conducto importante en el que quepa introducir una cánula, como un procedimiento habitual en el consultorio. Ocasionalmente, el conducto de Bartholin un conducto ancho que drena los lóbulos anteriores de la glándula salival sublingual, desagua en el conducto de Wharton y puede ser demostrado en un sialograma submaxilar.

Inicialmente, se deben localizar los orificios de los conductos parotídeo y submaxilar. El conducto de Stenon tiene su orificio en la mucosa bucal

adyacente a la porción coronal del segundo molar del maxilar superior, mientras que el orificio del conducto de Wharton se halla en la carúncula sublingual, a ambos lados del frenillo de la lengua. La identificación del orificio del conducto se puede facilitar aumentando el flujo de saliva. El masaje y el movimiento como de exprimir la glándula afectada fuerzan la salida de saliva por el orificio del conducto. Para estimular el flujo salival se pueden usar sialogogos, tales como la pilocarpina, el sabor agrídulce de un limón o de un caramelo ácido, y soluciones débiles de los ácidos clorhídrico o cítrico.

Una vez localizado el orificio del conducto, se inserta una sonda nasolacrimal delgada. Al introducirla en el conducto de Stenon, 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 doblegable.

La penetración en la luz del conducto de Wharton plantea un problema totalmente distinto. El diámetro del orificio de entrada es muy pequeño y se halla en una estructura anatómica extremadamente móvil y no resistente: la carúncula sublingual. Paciencia, perseverancia y delicadeza son necesarias para la introducción en este conducto.

Aproximadamente, 0,8 ml de solución es generalmente necesaria para llenar el sistema de un conducto normal de la glándula parótida, y una cantidad algo menor (0,6 ml) es suficiente para el árbol del conducto de la glándula submaxilar. 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 paciente experimenta un dolor severo, no se inyecta más líquido. Se practica luego el examen radiográfico.

### **Radiografía sialográfica**

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 extraglandulares.

### **Medios de contraste sialográficos.**

En el pasado se usaban los aceites halogenados viscosos (Lipiodol y iodochlorol, pero se producían reacciones granulomatosas graves cuando el medio de contraste quedaba atrapado durante un periodo prolongado en el parénquima 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 granulomatosas y de una viscosidad excesiva se introdujeron el Ethiodol, el Pantopaque y el Hytrast. Sin embargo,



estas soluciones, así como los aceites halogenados poseen innatamente la cualidad, siempre objetable, de conservar su opacidad durante períodos muy prolongados. La sialografía se practica de ordinario a causa de un estado patológico y se cuenta generalmente con la retención de la solución opaca. En tales casos, todos estos agentes comparten la característica común, aciaga, de impedir todo estudio subsiguiente a causa de la persistencia de la opacidad del medio de contraste retenido.

Para superar esta propiedad indeseable se usan hoy numerosos preparados comerciales hidrosolubles: el acetrizoato sódico (Urokon), el diatrizoato sódico (Hypaque) y el diatrizoato de metilglucamina (Renografin). Ninguno de ellos conserva su opacidad durante largos períodos de tiempo, ni provoca respuestas granulomatosas cuando es retenido en el parénquima glandular. Todos ellos son homogéneos, miscibles en los líquidos orgánicos y la saliva, desdoblados rápidamente y eliminados, y tanto su viscosidad como su tensión superficial se reducen. Se hallan muy cerca de las normas estándar requeridas de un agente ideal. Por desgracia, sin embargo, su opacidad no es tan intensa como la de los medios de contraste previamente mencionados.

## **LESIONES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.**

Existen tres glándulas salivales mayores y de cuatrocientas a quinientas menores, que vierten sus secreciones en la cavidad bucal. Durante su desarrollo la invaginación del epitelio conduce a su formación por eso evolutivamente como funcionalmente son parte de la mucosa bucal. Sus secreciones son mucosas serosas o mixtas, y las células que revisten sus conductos son potencialmente capaces de diferenciarse.

<b>Glándula o glándulas</b>	<b>Tipo de célula secretora</b>
Parótida	Serosa
Submaxilar	Serosa con algunas mucosas
Sublingual	Mucosas con algunas serosas
Sublingual menor (Rivinus)	Mixtas principalmente mucosas
Glándulas labiales	Mixtas principalmente mucosas
Glándulas de la mejilla	Mixtas principalmente mucosas
Glosopalatina	Mucosas puras
Lingual anterior ( Blandin Muhn)	Mixtas
Glándulas de Von Ebner	Serosas
Glándulas de la raíz de la lengua	Mucosas
Glándulas de la mitad posterior del paladar duro	Mucosas
Glándulas del paladar blando y úvula	Mucosas
Glándulas de cojín retromolar.	Mucosas

La glándula parótida vierte su secreción en la cavidad bucal a través del conducto de Stenon, la submaxilar por el conducto de Wharton, y la sublingual por el de Bartholin. Las sublinguales accesorias desembocan en la cavidad bucal por los conductos de Rivinus.

Como se desprende del cuadro anterior existen glándulas salivales en cualquier lugar de la cavidad bucal, con excepción de la encía y la mitad anterior del paladar duro.

La parótida y en menor grado las glándulas submaxilares están íntimamente relacionadas con los ganglios linfáticos verdaderos. Estos ganglios linfáticos drenan la piel de la zona temporal anterior, las partes laterales de la frente, y los párpados, la región posterior de la mejilla, parte del oído externo, la parótida y la pared lateral de la faringe. Como la glándula parótida y los ganglios linfáticos cervicales, incluyendo los ganglios parotídeos, se desarrollan simultáneamente y en una misma zona del feto, los ganglios linfáticos cervicales contienen inclusiones del epitelio glandular, esa relación es importante para la comprensión de algunas de las lesiones de las glándulas salivales.

La primera etapa en el desarrollo de las glándulas salivales consiste en la invaginación del epitelio bucal y la formación del sistema de conductos. Posteriormente, los acinos se diferencian del revestimiento epitelial de esos

conductos. Las células de los conductos conservan esta potencialidad durante toda la vida y constituyen la fuente de la mayoría de los neoplasmas sino de todos.

## **Anomalías del desarrollo de las Glándulas Salivales.**

Las enfermedades que afectan a las glándulas salivales menores y mayores de las estructuras orofaciales afectan también a las glándulas submucosas de las vías aéreas superiores incluidas las glándulas secretoras

Estas anomalías pueden incluir agenesia, de algunas o todas las glándulas más importantes, es rara y suele ir acompañada de otras anomalías faciales, la ausencia de una sola glándula salival, aunque sigue siendo rara, es relativamente más frecuente y puede asociarse con disostosis mandibulofacial o hemitrofia de la cara. También se ha observado ausencia congénita del conducto parotídeo.

La ausencia de todas las glándulas salivales importantes o de sus conductos, puede ser causa de xerostomía

## **Lesiones reactivas no infecciosas.**

### **Fenómeno de extravasación mucosa.(Mucocele)**

Es un quiste que contiene mucus; aparece en las glándulas salivales de la mucosa bucal y comprende un 2.8% de los quistes provenientes de las biopsias bucales.

Se presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada, translúcida y azulada. Si se localiza profundamente, la palpación pone de manifiesto una formación circunscrita, que se desplaza con facilidad. Puede producirse en cualquier lugar de la cavidad bucal excepto en la mitad anterior del paladar duro, que carece de glándulas salivales. Los labios y la lengua constituyen los sitios preferidos. Las lesiones superficiales se abren frecuentemente y luego de descargar una sustancia mucoide viscosa, se colapsan. Apenas parecen haber cicatrizado, recidivan, esta secuencia cíclica de ruptura descarga y recidiva puede continuar durante meses.

Ocurre con mayor frecuencia en el labio inferior, fuera de la línea media en la porción mucosa del labio, afecta con mayor frecuencia a niños y adolescentes cerca del 50 % de las lesiones ocurren antes de los 21 años de edad.

Microscópicamente, la lesión plenamente desarrollada consiste en una cavidad quística llena de un material homogéneo levemente basófilo, que es mucus. Dispersas por esta sustancia pueden observarse células redondas, tumefactas, al parecer en degeneración. El revestimiento del quiste habitualmente está formado únicamente por tejido de granulación y, en circunstancias extremadamente raras, por epitelio. La glándula salival, así como el tejido conectivo en la vecindad del fenómeno de extravasación (mucocele), muestran infiltración de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos. En un estadio temprano, como en uno que se ha abierto, no resulta posible

reconocer ninguna cavidad quística nítidamente delimitada y la lesión consiste en una infiltración difusa de la zona afectada con mucus.

El fenómeno de extravasación se forma como consecuencia de una ruptura traumática del conducto excretor de una glándula salival y la posterior acumulación de saliva en los tejidos. Por consiguiente, el tratamiento consiste en la eliminación del quiste junto con la glándula asociada. Como las glándulas salivales menores están cerca de la superficie, suelen extirparse junto con el fenómeno de extravasación (mucocele), luego de lo cual se lleva a cabo una curación.

### **Quiste por retención mucosa.**

Se considera quiste porque esta rodeado por epitelio el término " mucocele " se usa en forma genérica antes de establecer el diagnóstico microscópico para referirse tanto al quiste de retención mucosa como al fenómeno de extravasación.

Esta lesión se produce por retención de flujo salival se piensa que la causa es el bloqueo del conducto.

Es menos frecuente que el de extravasación, ocurre después de los 50 años y se localiza en el paladar piso de boca, mejilla o seno maxilar y raras veces en el labio inferior, es asintomática sin antecedente de traumatismo que varía de 3 a 10 milímetros.

Desde el punto de vista histológico está formado por células epiteliales del conducto, oncocitos que forman una capa doble o pseudoestratificada de células cuboidales o columnares. Contiene cantidades variables de secreción viscosa o espesa y en los conductos pueden apreciarse tapones mucosos o sialolitos, sin células inflamatorias.

El tratamiento de elección es la extirpación completa del quiste y de los lóbulos de la glándula salival accesoria, el pronóstico es excelente sin recurrencia.

### **Ránula:**

Una ránula es una tumoración grande en el piso de la boca, de consistencia blanda y llena de mucus. Microscópicamente y en su formación, la ránula es idéntica al mucocele, salvo que está asociada con glándulas de mayor tamaño, razón por la cual su dimensión es mayor. Se produce como consecuencia de un defecto en el conducto de Wharton (glándula submaxilar) o en el de Bartholin (glándula sublingual mayor).

Algunas veces el tratamiento consiste en la escisión del quiste y la glándula. Sin embargo, es mejor recurrir a un procedimiento descrito por Partsch que establece una conexión con la superficie para el conducto afectado (marsupialización).

### **Mucocele del seno maxilar.**

Es una lesión sinusal, solitaria de naturaleza benigna, se define como la obstrucción del orificio de dicho seno.

### **Etiología.**

La teoría más aceptada tiene que ver con la obstrucción del orificio de salida del seno, que origina retención mucosa en la cavidad. Otros factores relacionados incluyen: enfermedad inflamatoria con engrosamiento de la mucosa, traumatismo óseo y tumores localizados cerca del ostiún. En los niños puede ser importante la presencia de fibrosis quística.

### **Características clínicas.**

Son poco frecuentes antes de la pubertad por lo general se presentan entre los 13 y 80 años, el 65 % se localiza en los senos frontales y el 10 % en el maxilar. La expansión lenta del seno maxilar a veces produce bloqueo del ostiun y con el tiempo erosión de los límites anatómicos normales, por lo que si ocurre infección sinusal en estas condiciones, puede formarse una masa inflamatoria aguda o absceso denominado " Píoccele"

El 10 % de las radiografías sinusales en los exámenes de rutina muestran mucocèle de seno maxilar. Los hallazgos radiológicos destacan opacificación por una masa de tejido blando, por la secreción atrapada que, reemplaza todo el espacio respiratorio si no recibe tratamiento. La descalcificación del borde mucoperióstico produce la pérdida gradual de los bordes óseos normales. El resultado final es una masa lisa, destructiva y expansiva, rodeada por una zona de osteítis esclerosante. Algunos mucocèles contienen calcificaciones distróficas visibles en la pared del seno. La tomografía computarizada es útil para la valoración del tipo y extensión de estas lesiones.

### **Histopatología.**

En algunos casos se observa hiperplasia de las células mucosas y caliciformes, y en otras se encuentra epitelio cuboidal atrofiado, secundario a la presión. El moco puede drenar o herniarse hacia la lámina propia y produce una reacción inflamatoria concomitante. el contenido del mucocèle puede variar de espeso y mucoso a firme y gelatinoso. En ocasiones puede solidificarse en el tejido conectivo y producir lo que se denomina tumor por impactación de moco, en los casos que ocurre hemorragia en la cavidad o submucosa, pueden observarse además surcos de colesterol, depósitos de hemosiderina y acumulación de lípidos.

### **Diagnóstico diferencial.**

Incluye procesos inflamatorios de origen odontógeno, ya que los quistes grandes de este tipo pueden infectarse y producir un cuadro clínico y

radiológico similar. Debe diferenciarse de la neoplasia primaria del seno maxilar, en especial cuando el mucocele es destructivo.

### **Tratamiento y Pronóstico.**

El tratamiento es quirúrgico y ha diferencia de los quistes del seno maxilar por retención mucosa, puede utilizarse curetaje y desbridamiento de la cavidad sinusal. El método quirúrgico varía desde la antrostomía nasal hasta el procedimiento definitivo de Caldwell-Luc, que elimina el contenido antral. El pronóstico es excelente si el tratamiento quirúrgico es adecuado.

### **Quiste y pseudoquiste por retención en el seno maxilar.**

Son hallazgos frecuentes en las radiografías periapicales, y panorámicas, es importante diferenciarlos del mucocele por la naturaleza destructiva de este último que requiere cirugía extensa.

### **Etiología y patogenia.**

Los quistes por retención, en ocasiones denominados quistes secretorios, pueden originarse por la obstrucción parcial de una glándula seromucosa antral, que causa dilatación del conducto y la formación de una estructura quística cubierta por epitelio.

Una explicación alternativa para estos quistes, es la posible invaginación del epitelio respiratorio hacia el tejido conectivo subyacente, lo que separa el espacio aéreo antral. Esta teoría explicaría la formación de quistes en ausencia de glándulas seromucosas. Es posible que los pseudoquistes también conocidos como quistes no secretores, se originan en la inflamación causada por la infección o alergia, el daño de la pared de los capilares por toxinas bacterianas anoxia u otros factores permite la pérdida de proteínas hacia los tejidos blandos circundantes, que aumenta la presión osmótica, y en forma secundaria, la acumulación coalescente de líquidos; estos podría explicar su crecimiento clínico.

### **Características clínicas.**

La mayor parte son asintomáticos, aunque en ocasiones presentan sensibilidad ligera o expansión bucal en la región del pliegue mucobucal.

En las radiografías aparecen como esferas bien delimitadas, a diferencia del mucocele antral respetan las estructuras óseas y sus límites, muy rara vez pueden ser bilaterales.

### **Histología.**

El quiste por retención se cubre de epitelio ductal columnar pseudoestratificado, con células mucosas dispersas, el tejido conectivo presenta inflamación mínima en un fondo colágeno evidente. El pseudoquiste no presenta cubierta epitelial

sino un depósito de mucina rodeado por tejido conectivo o comprimido que lo hace similar si no idéntico, al mucocele de la mucosa bucal por extravasación.

### **Diagnóstico diferencial.**

Incluye enfermedad polipoide inflamatoria, hiperplasia de la mucosa sinusal secundaria a infección odontógena sinusitis maxilar y tumores en los tejidos blandos de la mucosa antral.

A diferencia de los quistes del seno maxilar, los pólipos sinusales o antrales no se localizan en el piso del seno. El piso sinusal liso o elevado sugiere quistes antrales y no pólipos, pues estos últimos producen engrosamiento irregular de la mucosa sinusal y erosionan el hueso.

### **Tratamiento.**

Por lo general los quistes y pseudoquistes antrales no lo requieren, porque su crecimiento es limitado y no son destructivos. lo único que necesitan es observación periódica después de informar al paciente la presencia de la lesión.

### **Sialometaplasia necrosante.**

Es una enfermedad benigna, se describió por primera vez en 1973, aparece en cualquier glándula salival o senonasal. La importancia de reconocer este trastorno se relaciona con su similitud clínica y microscópica con enfermedades malignas como carcinoma de células escamosas o el mucoepidermoide, lo cual da origen a que, en muchos casos, se indique cirugía radical innecesaria.

### **Etiología y Patogenia.**

Se cree que el fenómeno inicial en su producción se relaciona con isquemia o la obstrucción del flujo sanguíneo local. Los elementos acínicos sufren necrosis isquémica después de infarto localizado de los lóbulos de las glándulas salivales, después se aprecia metaplasia escamosa de los conductos que en ocasiones corresponde a la fase inicial de curación.

La enfermedad puede deberse a traumatismo local o manipulación quirúrgica La sialometaplasia intrabucal se presenta de manera espontánea, sin antecedente de traumatismo y no se relaciona con hábitos o lesiones bucales particulares.

### **Características clínicas.**

Se presenta en la unión del paladar blando con el duro, tumoración sensible con eritema se rompe y forma una úlcera profunda delimitada cuya base es lobular de color amarillo grisáceo puede ser unilateral o bilateral 1 a 3 cm. de diámetro, sensibilidad leve o dolor sordo curación de 6 a 10 semanas.

## **Histopatología.**

Ulceración, necrosis, metaplasia escamosa del epitelio de los conductos, el reconocimiento de la necrosis y la preservación de la estructura lobular es útil para distinguir este proceso de las neoplasias, ya que en las enfermedades malignas no se respeta la estructura lobular.

## **Diagnóstico diferencial.**

Debe excluirse el carcinoma de células escamosas y otras enfermedades malignas. Las gomas sifilíticas y las infecciones micóticas profundas. Diabetes mal controlada.

## **Tratamiento y pronóstico.**

La enfermedad es un proceso benigno autolimitado, que no requiere tratamiento específico, sin embargo debe realizarse una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.

## **Enfermedades de las glándulas salivales por radiación.**

Los pacientes que reciben niveles tumorocidas de radiación por cáncer de cabeza y cuello, con frecuencia desarrollan una gran variedad de alteraciones inmediatas, intermedias y de larga duración en tejidos y estructuras de la zona radiada. Cuando la radiación pasa por glándulas salivales se producen alteraciones en el volumen viscosidad y ph, así como de los componentes orgánicos e inorgánicos de la saliva. Estos cambios predisponen un aumento de caries y enfermedad periodontal.

## **Etiología y patogenia.**

El principal defecto biológico de la radiación sobre las glándulas salivales, al igual que en otros tejidos, es la ionización. La radiosensibilidad varía en los diferentes tejidos y el efecto es mayor cuando la actividad mitótica es alta, cuando las mitosis son prolongadas o las células son indiferenciadas.

Las células endoteliales son susceptibles a la radioterapia y los efectos a largo plazo en los sistemas en los que se encuentran pueden ser profundos a veces presentan tumoración degeneración y necrosis los que causa abombamiento de las células endoteliales, disminución de la luz y, por último, obstrucción y resistencia a la circulación, con la subsecuente disminución de la funcionalidad del parénquima dañado.

Es bien conocida la relación tiempo, dosis de radiación y función de las glándulas salivales. A medida que el nivel de radiación aumenta, disminuye el flujo de saliva, las glándulas menores se afectan aunque con menor intensidad.

## **Histopatología.**

Los cambios iniciales en los acinos serosos incluyen infiltración del intersticio glándular por neutrófilos y eosinófilos, así como alteraciones degenerativas de los acinos, como picnosis nuclear, vacuolización citoplasmática y pérdida de los gránulos de cimógeno.

## **Tratamiento y pronóstico.**

La recuperación de la función salival es insignificante, el riesgo de caries y enfermedad periodontal es grave, y persiste en forma indefinida, por lo que debe iniciarse un programa de prevención antes de la radioterapia y continuarlo durante el resto de la vida.

El flúor, profilaxia e higiene bucal excelente, es el tratamiento.

## **Inflamaciones:**

La inflamación de las glándulas salivales recibe el nombre sialoadenitis. Estas inflamaciones, al igual que en cualquier otro lugar de la economía, pueden clasificarse de acuerdo con su agente causal en: bacterianas, virales, obstructivas, etc. y de acuerdo con su cuadro histopatológico en específicas e inespecíficas.

Seguiremos como ordenamiento esta última clasificación.

La Sialadenitis obstructiva se debe a la formación de cálculos salivales o tapones mucosos tema que será desarrollado mas adelante.

## **Parotiditis aguda inespecífica:**

Las infecciones agudas inespecíficas bacterianas mas frecuentes son aquellas que se presentan en niños o ancianos y producen un agrandamiento agudo y doloroso de la glándula afectada. A veces puede inclusive salir pus por el conducto al oprimir la glándula.

Los microorganismos mas frecuentemente relacionados con esta afección son los estreptococos viridans y el estafilococo aureus.

Generalmente remiten en forma espontánea o con el tratamiento antibiótico, pero en la mayor parte de los casos, se vuelven crónicos recurrentes con lapsos hasta de varios meses entre una y otra agudización.

En los periodos agudos, la glándula se halla afectada por edema y polimorfo nucleares. En las etapas de silencio clínico este cuadro agudo se hace crónico y el parénquima es reemplazado en sectores por tejido fibroso, y un infiltrado crónico con predominio linfocítico.

Otra variedad de sialadenitis aguda es la postquirúrgica. Con el advenimiento de los antibióticos esta enfermedad que podía tener un curso gravísimo, hoy sería una complicación postquirúrgica más, debido al ingreso de microorganismos de la cavidad bucal a través del conducto excretor, dado que las drogas administradas para disminuir el flujo salival a fin de dejar más limpio el campo quirúrgico liberan el conducto excretor y lo dejan abierto para el paso de las bacterias.

La forma más común de sialoadenitis se asocia a la formación de cálculos salivales Sialolitiasis o tapones mucosos. En estas glándulas, los conductos excretores también se hallan inflamados. Esta inflamación recibe el nombre sialodooquitis.

La inflamación de los conductos produce la metaplasia de epitelio hacia uno escamoso. El tejido glandular sufre una inflamación crónica que avanza fundamentalmente a través de los tabiques y se extiende por el parénquima Este se atrofia por sectores y es reemplazado por tejido fibroso. Los conductos muestran signos de retención.

## **Parotiditis Virales, Fiebre Urleana, Paperas.**

Es una enfermedad viral altamente infecciosa y contagiosa, que se transmite a través de las gotas de Pflügger de la saliva.

Afecta fundamentalmente a la glándula parótida en niños entre 5 y 18 años.

El período de incubación es de aproximadamente 2 a 3 semanas.

Luego se manifiesta un cuadro de agrandamiento unilateral o bilateral. (este último en la mayor parte de los casos.) de las parótidas, que se vuelven tumefactas y dolorosas a la palpación o al abrir la boca.

Este cuadro clínico dura entre 7 y 10 días y luego comienza la remisión. A veces puede complicarse afectando otras glándulas salivales, gónadas páncreas o mamas. En los adultos otras complicaciones, sobre todo en los hombres, puede ser la orquitis, que lleva luego a la esterilidad.

Es una enfermedad que se resuelve sola y sin complicaciones y generalmente sin secuelas. Además como enfermedad viral deja inmunidad.

### **Microscopia:**

El cuadro microscópico muestra una infiltración del parénquima por linfocitos y mononucleares y algunos cambios degenerativos a nivel glandular.

Es típica la ectasia de los conductos cuyas luces suelen contener restos de células descamadas y leucocitos

### **Tratamiento:**

Se administran analgésicos y antipiréticos para controlar el dolor y la fiebre, debe considerarse la dieta líquida y reposo en cama el sondaje y la dilatación del conducto principal de salida de la glándula bajo anestesia local, puede facilitar el drenaje del exudado purulento.

### **Específicas:**

Las glándulas salivales pueden hallarse involucradas, al igual que otros órganos, en enfermedades específicas tales como: TBC, Sífilis Sarcoidosis, gonorrea etc. Con cuadros histopatológicos patognomónicos de cada inflamación

## **Litiasis.**

Es producida por una obturación del conducto excretor de la glándula. Por un cálculo o sialolito

### **Sialolito:**

En proporciones variables dentro de una media, un sialolito está compuesto por fosfato de calcio 75% carbonato de calcio 10 % sales solubles y materia orgánica en proporciones iguales y agua alrededor del 2 % Su forma es generalmente redondeada u ovoide. Puede medir desde algunos milímetros hasta 2cm. o más de diámetro y Por otra parte en algunos casos sólo es necesaria la remoción del cálculo y en otros muy crónicos es necesaria también la ablación conjunta, de la glándula para evitar la recidivas.

Para explicar su etiología se han intentado varias teorías: mecánicas, químicas, inflamatorias y neurohumorales.

La mecánica se basa en el curso ascendente que presenta el conducto de Wharton (Glándula más afectada) lo que haría mas difícil el flujo salival.

Entre las químicas, dos son las más importantes: Una que intenta explicarlo a través de la producción de una materia orgánica, que luego se calcifica por capas.

La teoría cristalina se refiere a una saliva sobre saturada de Ca y P que sería la causa principal del origen del sialolito.

En las causas de tipo inflamatorio capaces de originar litiasis, estarían las enfermedades bacterianas, virales, etc. así como la irritación por cuerpos extraños. Estos últimos pueden penetrar con cierta facilidad, aunque raramente por el conducto de Wharton y ser la causa de desarrollo de un cálculo.

Dado que su etiología es sumamente discutida además se han elaborado otras teorías para explicarla:

Neurohumorales:

La desarrollada por Dechaume, que habla de un reflejo que produciría la constricción del conducto ej. Por una irritación, lo que lleva al éxtasis y a la sobresaturación y precipitación de sales cálcicas.

Rauch habla de un estímulo neurogénico y lleva a una segunda fase de reacción local, como inflamaciones, cambios de Ph etc. estos estímulos pueden ser de tipo hormonal, enzimático, inflamatorio, nutricional, etc.

Lo mas aceptado en la actualidad es una etiología mixta, donde el primer proceso sería de tipo neurohumoral que provocaría la precipitación de las sales de calcio, que se unirían por una matriz de mucopolisacáridos. A partir de este núcleo el cálculo crecería por aposición alternada de capas de mucopolisacáridos seguida de una precipitación cálcica.

### **Aspecto clínico.**

La glándula se agranda y es dolorosa, sobre todo frente a estímulos secretorios, como la comida, lentamente, desciende luego el agrandamiento, a medida que la glándula descarga la saliva excretada en la cavidad bucal y deja

de doler. Muchas veces el cálculo puede hallarse por palpación, dentro del conducto y más por radiografía, aunque si no contiene al menos el 60 % de materia inorgánica no puede verse radiográficamente. La Sialografía muestra imágenes irregulares del sistema, la presencia de dilataciones pequeñas y la obstrucción en el punto en donde se halla el cálculo.

La glándula mas afectada es la submaxilar con 75% debido a la dirección ascendente de su conducto. Le sigue en frecuencia la parótida 20% y luego la sublingual 5%. También puede afectar a las glándulas salivales menores, particularmente a las del labio superior, mucosa bucal y paladar. Es una enfermedad que afecta con más frecuencia a los hombres de edad mediana.

## **Enfermedades Metabólicas.**

Este grupo de trastornos de origen metabólico o sistémico caracterizado por crecimiento de glándulas salivales, casi siempre la parótida, que muestra síntomas inflamatorios y se relaciona con enfermedades crónicas como alcoholismo, deficiencias dietéticas, obesidad diabetes sacarina, hipertensión e hiperlipidemia.

Evidencias claras apoyan la relación entre cirrosis alcohólica y crecimiento asintomático de la glándula parótida con índices que varían entre el 30 y 80 %, este crecimiento se atribuye a la deficiencia de proteínas.

En la diabetes sacarina se observa una disminución del flujo salival, además del crecimiento de la parótida.

En la acromegalia también se nota un crecimiento de la parótida, igual que en pacientes con pancreatitis recurrente.

## **Trastornos relacionados con alteraciones inmunitarias.**

Lesión linfoepitelial benigna o enfermedad de Mikulicz, se utiliza desde 1952 para denominar una tumoración unilateral o bilateral de la glándula parótida producida por una infiltración benigna por células linfoides que se pensaba era de origen inflamatorio. Aunque evidencias mas recientes, sugieren una alteración de tipo innunitario.

### **Etiología.**

Tal vez se deba a anomalías genéticas o susceptibilidad del sistema inmunocelular. Se supone que puede deberse un incremento de la funcionalidad de los linfocitos "T" auxiliares o a una depresión de la función de las células supresoras que permiten la activación de las células "T". Otra teoría relativa a la enfermedad la explica como una agresión antigénica causada por una alteración viral de los antígenos superficiales de las células glandulares, que podría estimular la producción de anticuerpos dirigidos contra el tejido glandular por las células "B". La activación de ambos fenómenos a veces produce una reacción inmunitaria con pérdida del parénquima salival y, por consiguiente, alteración de la función glandular.

### **Características clínicas.**

Es de poca frecuencia, mas en mujeres de edad media. Se manifiesta como un crecimiento progresivo lento, asintomático de las glándulas salivales afectadas, es unilateral y con el tiempo bilateral, con reducción del flujo salival con las consiguientes infecciones bacterianas; este crecimiento se trasforma en nodular cuando las infecciones se repiten.

### **Histopatología.**

El proceso ocurre alrededor de los conductos intralobulares y origina sialadenitis o parotiditis linfocítica que determina la dilatación de los conductos y una sialadenitis periductal.

La atrofia acínica es proporcional al grado de infiltración linfocítica.

En etapas tardías de la enfermedad hay fibrosis intersticial que produce punteado crónico o sialadenitis cavitaria en el examen sialográfico; raras veces se observan depósitos amiloides. El resultado final es la pérdida total de los acinos y de la función secretoria.

### **Tratamiento y pronóstico.**

No se cuenta con tratamiento específico para esta enfermedad, deben controlarse en forma frecuente por el riesgo de transformación maligna y su posible relación con el síndrome de Sjögren.

### **Síndrome de Sjögren.**

Es una reacción inmunitaria que causa sequedad ocular, queratoconjuntivitis seca y xerostomía bucal, por destrucción de glándulas salivales y lagrimales.

### **Etiología.**

Se desconoce aunque las numerosas alteraciones indican una enfermedad de gran complejidad, quizá se deba a una reacción inflamatoria crónica de origen autoinmune, que puede limitarse a las glándulas exocrinas o extenderse hasta incluir trastornos sistémicos del tejido conectivo en el primer caso es Síndrome de Sjögren primario y en el segundo secundario.

### **Características Clínicas.**

Se presenta en todos lo grupos raciales a partir de los 50 años y el 90 % de los casos ocurre en mujeres, la molestia principal es la xerostomía, caries, enfermedad periodontal y candidiasis bucal. En el 50 % de los casos ocurre crecimiento de la glándula parótida con frecuencia recurrente y simétrica.

### **Histopatología.**

En los individuos con este síndrome el parénquima se reemplaza por un infiltrado linfocítico y en el 40% de los casos se observa islas epimioepiteliales. Degeneración acinar, depósitos hialinos periductales y perivasculares.

### **Diagnóstico.**

Depende de hallazgos de laboratorio, examen y antecedentes clínicos, la tríada clásica es xerostomía, xeroftalmia y enfermedad artrítica.

### **Tratamiento.**

Es sintomático, para lo cual se dispone de saliva y lágrimas artificiales, higiene bucal escrupulosa, modificaciones de la dieta, flúor, pilocarpina ( sialogogo ).

El pronóstico se complica, por la posible transformación de la lesión en linfoma en el 6 al 7 % de los casos.

En general, el síndrome de Sjögren evoluciona con el tiempo y requiere de tratamiento sintomático prolongado, por lo que es muy importante el control dental, oftalmológico y reumatológico entre otros.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Alcaayaga Oscar; Patología, anatomía y fisiología patológica buco dental, 4ta edición, Editorial El Ateneo, Argentina, 1960.
- S.N. Bhaskar.: Patología Bucal. Editorial Ateneo. Argentina. 1981.
- Borghelli Ricardo Francisco, Temas de patología bucal clínica, Editorial Mundi, Argentina, 1979.
- Burket Lester, Medicina Bucal, Nueva Editorial Interamericana, 7ma edición, México, 1977.
- Burnett George, Microbiología y enfermedades infecciosa de la boca, Editorial Limusa, 1ra. Edición, México, 1986.
- Díaz Julio, Enfermedades de la boca, Editorial mundi, tomo I
- Giunta John, Patología Bucal, Editorial Interamericana, México, 1975.
- Lewis Eversole, Patología bucal, diagnostico y tratamiento, Editorial Medica Panamericana, Argentina, 1983.



- 
- Mitchel David, Propedéutica odontológica, 2da edición, Editorial Interamericana, México, 1973.
  - Regezy Joseph, Patología Bucal, 3era edición, Nueva Editorial Interamericana, México, 2000.

Htp.