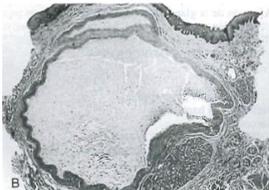
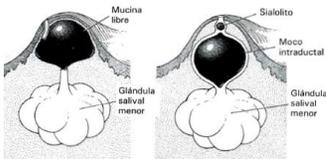


GLÁNDULAS SALIVALES, LESIONES REACTIVAS (NO INFECCIOSAS)

LESIÓN	ETIOLOGÍA	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	DX DIFERENCIAL	TRATAMIENTO
Extravasación de moco	<p>Relacionada con traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales menores que cortan o desgarran dicho conducto</p>  <p><small>Fig. 8-3. Mucocoele (fenómeno de extravasación de moco) del paladar blando.</small></p>	<p>Suelen ser indoloras y de superficie lisa, translúcidas o de color azulado en virtud de su ubicación superficial. Varía de unos cuantos milímetros hasta algunos centímetros de diámetro. El tamaño máximo se alcanza en unos pocos días y cuando se practica aspiración en la lesión se obtiene un material viscoso.</p>	<p>Cavidad bien circunscrita revestida por tejido de granulación que contiene mucina libre. La mucina y el tejido de granulación están infiltrados por abundantes neutrófilos, macrófagos, linfocitos y en ocasiones células plasmáticas.</p>  <p><small>B</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Carcinoma mucoepidermoide -Malformación vascular -Vena varicosa -Neurofibroma -Lipoma -Quiste de erupción -Quiste gingival 	<p>Excisión quirúrgica, y para prevenir la recurrencia es necesario extirpar las glándulas salivales menores relacionadas además del moco acumulado.</p>
Quiste por retención de moco	<p>Obstrucción del flujo de saliva a causa de un cálculo salival, cicatriz periductal o tumor invasivo</p>  <p><small>Fig. 8-1. (Izquierda, fenómeno de extravasación de moco; nótese el conducto seccionado en el lado superior izquierdo. Derecha, quiste por retención de moco.</small></p>	<p>Tumefacción asintomática, habitualmente sin antecedente de traumatismo. Tamaño de 3 a 10 mm y a la palpación es móvil, indolora y casi siempre sin alteración inflamatoria periférica. La mucosa</p>	<p>La cavidad del quiste por retención de moco está revestida por células epiteliales ductales. El tipo de revestimiento formado por células epiteliales varía de pseudoestratificado a una doble capa de células columnares o cuboidales. La luz del quiste contiene tapones de moco o sialolitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Neoplasia de glándulas salivales -Fenómeno de extravasación de moco -Neoplasias benignas del tejido conectivo 	<p>- Extirpar el quiste por retención de moco y los lóbulos relacionados de las glándulas salivales menores</p>

		que lo recubre es de color normal. Las más profundas suelen ser más firmes y difusas			
Ránula	Traumatismo y obstrucción del conducto ductal  <small>Fig. 9-18. Ránula sobre el piso de la boca.</small>	Masa de tejido blando fluctuante y unilateral en el piso de boca, color azul que se compara con el vientre de una rana y de ahí el término ránula, variedad de tamaño. Cuando es bastante grande puede desplazar la lengua hacia arriba y en dirección media, también puede cruzar la línea media. La ránula profunda o ránula hundida se desarrolla como consecuencia de la extravasación de moco a través del músculo milohioideo (hernia) siguiendo los planos aponeuróticos del cuello	Según se patogenia; Extravasación de moco: líquido mucoseroso rodeado de tejido de granulación Mucocele por retención: revestimiento derivado del epitelio del conducto, dentro del sistema de conductos también se pueden reconocer un cálculo salival calcificado.	-Tumores de glándulas salivales -Neoplasias mesenquimatosas benignas -Quiste dermoide	Marsupialización antes de una excisión definitiva tratando de reducir el tamaño de la lesión mediante descompresión natural. En caso de sialolitos, el cálculo debe retirarse por medios quirúrgicos o exprimir a través del orificio del conducto.
GLÁNDULAS SALIVALES ENFERMEDADES INFECCIOSAS					

<p>Parotiditis viral</p>	<p>Paramixovirus</p> 	<p>Pacientes sufren fiebre, malestar, cefalea y escalofríos, además de dolor preauricular. La inflamación parotídea tiende a ser asimétrica y alcanza su máxima amplitud en dos o tres días. Diez días después del inicio de los síntomas se advierte una disminución de la inflamación. Con frecuencia se detecta dolor local intenso, sobre todo con el movimiento de los maxilares al hablar y masticar.</p>	<p>**</p>	<p>Infecciones bacterianas</p>	<p>Terapéutica sintomática y reposo en cama</p>
<p>Parotiditis bacteriana</p>	<p>Staphylococcus aureus, así como Streptococcus viridians y Streptococcus pneumoniae</p> 	<p>Inflamación dolorosa, fiebre de baja intensidad, malestar y cefalea. La glándula afectada está muy adolorida, trismo es muy común y puede aparecer pus en el orificio del conducto</p>	<p>**</p>	<p>Parotiditis viral</p>	<p>Eliminar el microorganismo causante, además de rehidratar al individuo y drenar el pus, si está presente</p>

BIBLIOGRAFÍA

Joseph A. Regezi, Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 8, enfermedades de las glándulas salivales, pag 221-235