

CORRELATO.

LA SIALOGRAFIA EN LOS TUMORES PAROTIDEOS *

Dr. RAUL LEBORGNE

En general, la radiografía simple de la parótida sólo es ilustrativa en la litiasis, siendo la sialografía el método más efectivo en el estudio de su patología; es decir, la visualización radiológica de la parótida mediante la inyección de un medio de contraste, practicada por el orificio bucal del canal excretor. Esta anodina visualización por vía retrógrada del sistema canalicular de la glándula constituye un verdadero progreso en el estudio e indicaciones terapéuticas de las afecciones parotídeas.

HISTORIA

La sialografía fue practicada por primera vez por Charpy y Dubecq en 1904, quienes inyectaron mercurio en el canal de Stenon de piezas anatómicas.

Arcelin, en 1912, empleó como medio de contraste, en el vivo, el bismuto, medio de contraste que fue sustituido con todo éxito por el lipiodol en las publicaciones de Uslenghi de Buenos Aires, de Wikouski y de Carlsten en el año 1925.

Entre los trabajos más completos sobre este tema figuran los del año 1937 de John V. Blady y Alfred F. Hocker del Memorial Hospital de Nueva York.

* Trabajo del Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer del Ministerio de Salud Pública. Director: Dr. Félix Leborgne.

TECNICA

Instrumentos necesarios: una jeringa de 2 c.c. con una aguja de punta roma, de 5 c.c. de longitud y de 1 mm. de diámetro, con una dilatación cónica de 2 mm. situada próxima a la punta. Esta dilatación la hemos hecho construir para que sirva de tapón del crificio salival e impida que el líquido inyectado refluya durante o después de la inyección.

La aguja que acabamos de describir no es indispensable; con cualquier aguja de punta roma y de diámetro conveniente, es posible inyectar el líquido, pero creemos que nuestro modelo presenta apreciables ventajas.

Un fino dilatador del orificio lacrimal y un foco frontal completan el instrumental necesario para inyectar la parótida.

Como medio de contraste usamos el Iodinol, que es un aceite yodado al 40 % con excelentes condiciones de fluidez, opacidad y tolerancia.

LA INYECCION

Primeramente se pondrá el paciente en posición decúbito dorsal, con la cabeza en deflexión; luego se coloca la placa y el equipo radiográfico en posición adecuada para la proyección de perfil. Hecho esto, se le hace abrir la boca al enfermo y con los índices separamos la mejilla correspondiente, lo que nos permite, ayudados de una buena iluminación frontal, ver en la mucosa bucal, frente al segundo molar superior, una pequeña papila, con el orificio del canal de Stenon (fig. 1).

La eyaculación salivar provocada por el masaje y la compresión de la región parotídea, puede facilitar la localización de este orificio, que será inmediatamente explorado con el dilatador lacrimal; luego introducimos por él nuestra aguja en el canal de Stenon, hasta que la oliva cónica haya entrado lo suficiente como para obstruir el orificio, e impida el reflujo del líquido inyectado.

Entonces se inyecta suavemente alrededor de 1 c.c. del medio de contraste, es decir, hasta que el paciente tenga una ligera molestia en la región parotídea; manifestada esta molestia, se

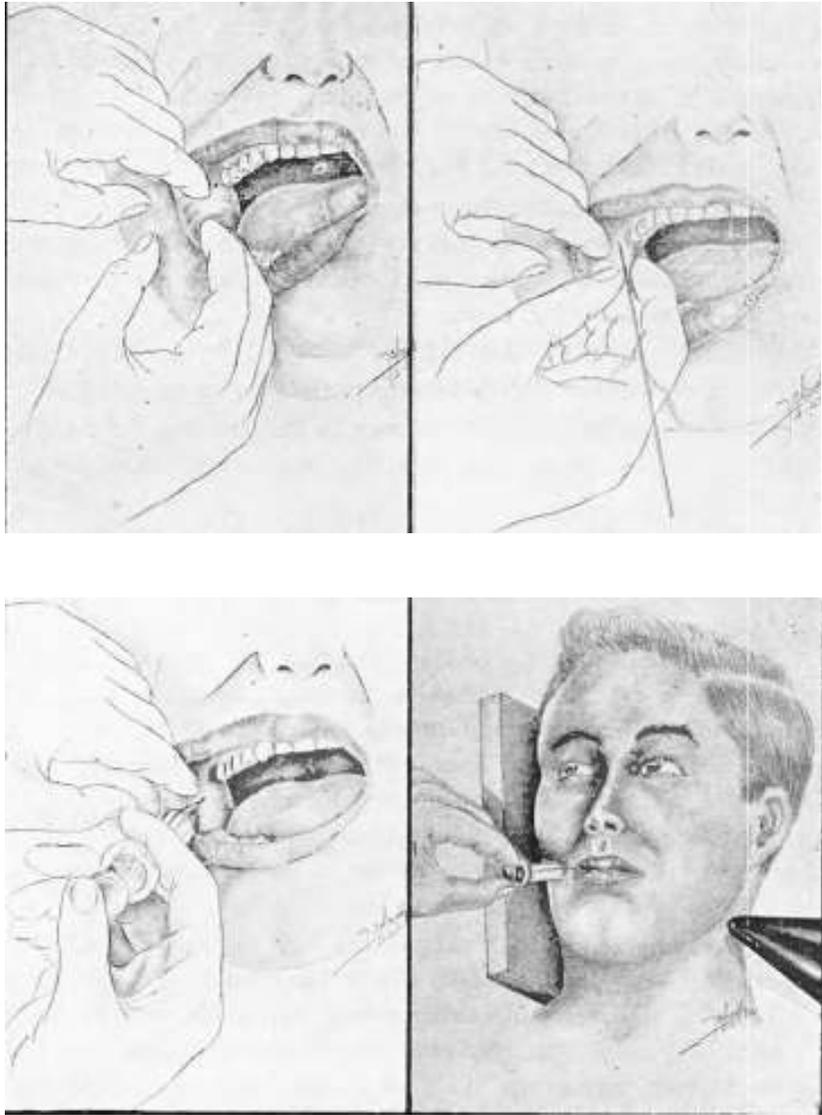


Fig. 1.— Los distintos tiempos en la técnica de la sialografía parotídea.



Fig. 2.—Sialografía parotídea normal. Incidencia de perfil.



Fig. 3.—Caso anterior; proyección ánteroposterior; especialmente indicada para ilustrar sobre la localización superficial o profunda del proceso en la glándula.

detendrá la inyección. Se le hace cerrar la boca al paciente y sin sacar la jeringa, que él mismo sostiene perfectamente con sus labios, se toman las placas de perfil y si es posible films estereoscópicos. Las radiografías de perfil deben ser completadas con una proyección ánteroposterior.

Empleando una correcta técnica no se tienen complicaciones, pero indudablemente no parece aconsejable practicar una sialografía en una glándula con proceso inflamatorio agudo.

Como generador de rayos X recomendamos un aparato portátil por su gran manualidad. El tiempo de exposición depende de la potencia del aparato y del grosor del paciente, pero en general, medio segundo será una pose suficiente para un generador de 15 M. A. empleando 40 cms. de distancia foco placa.

ANATOMIA RADIOLOGICA

El canal de Stenon, de aproximadamente 1 mm. de diámetro y de calibre uniforme, en sus dos primeros tercios es extraglandular y forma una curva alrededor del músculo masetero; luego se abre en numerosas ramas formando los canales intraglandulares. El tamaño, número y forma de ramificación de los canales presentan muchas variaciones individuales.

En la sialografía generalmente se visualiza sólo el sistema canalicular [aspecto de árbol sin hojas (figs. 2 y 3)], pero si se inyecta una mayor cantidad de medio de contraste que la capacidad canalicular, se producirá una impregnación parenquimatosa con la imagen característica del árbol con hojas, delimitándose perfectamente toda la glándula, pero menos nítidamente el sistema excretor.

PROCESOS INFLAMATORIOS

Una de las mayores utilidades de la sialografía es que permite, en general, el diagnóstico diferencial entre las afecciones médicas y las quirúrgicas. Los procesos inflamatorios tienen sus imágenes características y su aspecto depende especialmente de su localización, ya sea canalicular o parenquimatosa. Las inflamaciones canaliculares se caracterizan por dilataciones del Ste-

non y de los canales intraglandulares, pudiendo apreciarse además su posible etiología: litiasis, estricturas, dilatación, etc. Las parotiditis parenquimatosas tienen una imagen típica, especialmente la parotiditis crónica recidivante; toda la glándula está llena de pequeñas imágenes redondeadas de lipiodol del tamaño de una cabeza de alfiler o algo más grande (fig. 4). Imágenes radiográficas similares a éstas han sido descritas también en el síndrome de hipocrinia de Gougerot-Hower-Sjögren.



Fig. 4.— Parotiditis crónica recidivante.

Existe un proceso inflamatorio crónico benigno de la parótida que se encuentra especialmente en mujeres de edad madura que consultan por una tumoración dura de toda la glándula, prácticamente indolora, de varios meses de evolución, y cuyo diagnóstico clínico diferencial con los procesos malignos presenta grandes dificultades cuando el proceso es unilateral. Desde el punto de vista anatómico se trata de una infiltración linfocitaria, intersticial, difusa de la glándula, bastante similar a la enfermedad de Mickulicz. Es, posiblemente, en estas circunstancias, que

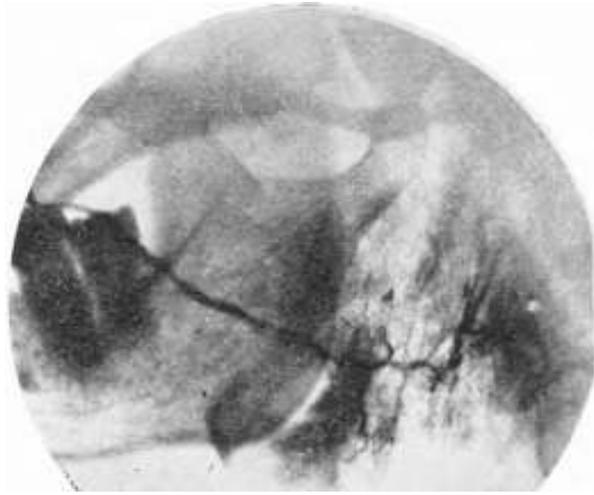


Fig. 5.

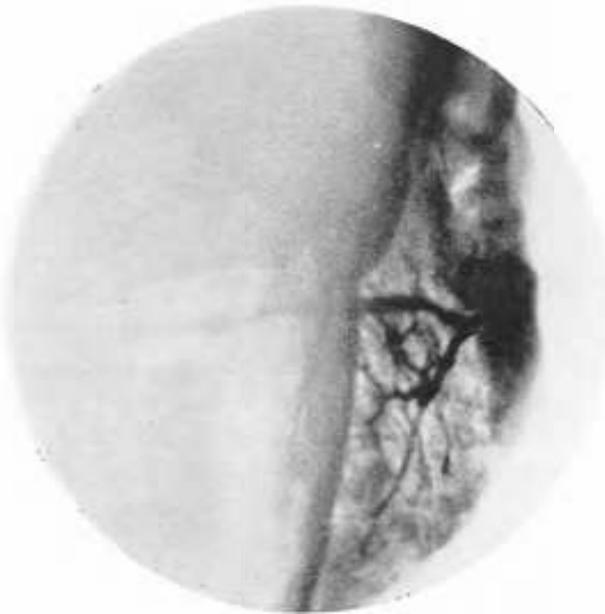


Fig. 6.

Figs. 5 y 6.—Proceso inflamatorio crónico benigno que clínicamente puede simular una lesión maligna. Las incidencias lateral y anteroposterior muestran los canales intraglandulares con ligeras alteraciones, algunos de ellos finos, que rellenan regularmente toda la glándula, la cual presenta una impregnación parenquimatosa. Rápida involución del proceso fue obtenida con radioterapia.



Fig. 7.— Incidencia lateral. Defecto de relleno en la parte central de la parótida, disponiéndose los canales alrededor de la tumoración, en la manera característica de un tumor mixto.

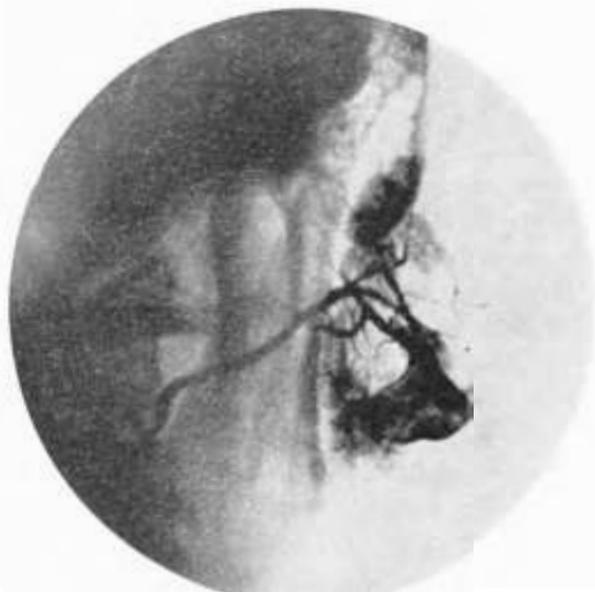


Fig. 8.— Mismo caso. Incidencia ánteroposterior. El proceso se localiza en el lóbulo superficial.

la sialografía tiene su mayor aplicación. Su imagen es muy característica: el canal de Stenon es sensiblemente normal y los canales intraglandulares finos rellenan regularmente toda la glándula, pudiendo frecuentemente observarse la impregnación del parénquima (figs. 5 y 6).

Queremos insistir particularmente en esta afección inflamatoria benigna que es extraordinariamente sensible a la radioterapia y que ha sido, en algunas oportunidades, de acuerdo a la literatura médica mundial, confundida con una lesión maligna y tratada con parotidectomía radical con sacrificio del facial.

LOS TUMORES

Los tumores parotídeos producen un característico defecto de relleno en el sistema canalicular, el cual permite afirmar la existencia de un tumoración intraglandular y su localización, aunque muchas veces la naturaleza del proceso no pueda determinarse con exactitud. Debemos destacar que las neoformaciones desarrolladas en la periferia de la glándula, especialmente en su polo inferior, pueden alcanzar un tamaño apreciable sin que alteren la morfología canalicular, siendo prácticamente imposibles de diferenciar de los tumores extraparotídeos que habitualmente no alteran la morfología glandular. Cuando los tumores extraparotídeos producen compresión, gran parte de la glándula parece estar desplazada, sin distorsión del sistema canalicular.

Los *tumores mixtos* se caracterizan por un defecto de relleno en una región de la glándula, contorneado por los canales que han sido desplazados por la neoformación (figs. 7 y 8). Los canales regularmente rellenos, algunos de ellos estirados y afinados, se disponen alrededor del tumor, envolviéndolo. Podemos encontrar imágenes similares en otros procesos encapsulados circunscritos, como ser: quistes, adenopatías, cistoadenoma de Warthin, etcétera.

La radiografía raramente nos permitirá afirmar la naturaleza benigna de una lesión, pero sí permitirá un diagnóstico de presunción y poder afirmar la localización intraparotídea del proceso y su relación topográfica, dando al cirujano un amplio conocimiento del campo operatorio para planear su acto quirúrgico.

Carcinoma.—Las imágenes radiológicas del carcinoma son variables según las distintas formas anatómicas, localización y extensión del proceso. Los carcinomas extendidos a toda la glándula o que por su localización obstruyen precozmente el canal de Stenon, impiden la visualización del sistema canalicular. Lesiones menos extendidas o alejadas del Stenon producen un defecto de



Fig. 9.— Amputación de los canales y destrucción de las ramificaciones en el polo inferior por un carcinoma primitivo de parótida. Parotidectomía y estudio patológico: Prof. Pedro Larghero Ybarz.

relleno o laguna, a límites imprecisos, no disponiéndose los canales alrededor de la laguna ni envolviéndola como lo hacen en los tumores encapsulados; por el contrario, los canales en su vecindad presentan destrucción de sus ramificaciones, amputaciones e irregularidad del calibre. Como en el caso de los tumores benignos, las lesiones malignas desarrolladas en la periferia de la glándula parótida pueden ser difícil de visualizar.

BIBLIOGRAFIA

- ANTOINE, M. et TRELIETX, Mme. A. J.—“La Sialographie”, 1952.
- ARCELIN.—Radiographie d'un Calcul Salivaire de la Glande Sublinguale. “Lyon Med.”, 118: 769, 1912.
- BLADY, J. V. and HOCKER, A. F.—Sialography: Its Technic and Application in the Roentgen Study of Neoplasms of the Parotid Gland. “Surg. Gynec. and Obst.”, 67: 777-787, December 1938.
- BLADY, J. V. and HOCKER, Alfred F.—The application of Sialography in Non-neoplastic diseases of the Parotid Gland. “Radiology”, vol. 32, N° 2, pp. 131-141, February 1939.
- BLADY, J. V. and HOCKER, A. F.—Clinical Aspects of Sialography. A Report of a Case of Mikulicz's Disease. “The Medical Woman's Journal”, April 1939.
- CANESSA, H. M. y CAUBARRERE, N. L.—La radiografía contrastada de la glándula parótida. “Revista Argentina de Otorrinolaringología”, N° 4-5, abril-mayo 1935.
- CALDSTEN, D. B.—Lipiodolinjektion in den Ansführungsgang der Speicheldrüsen. “Acta Radiol. Stockholm”, 6: 221-223, 1926.
- GERE, Henry.—Contribution a l'étude radiographique de la lithiase sous-maxillaire. “La Sialographie”. These, 1938.
- LEBORGNE, Raúl.—Estudio radiológico de las glándulas salivares. “Bol. de Soc. de Cirugía del Uruguay”, tomo XVIII, N° 1, pp. 55-76, 1946.
- PIQUINELA, José A.—Los tumores mixtos de la parótida, el tumor de Warthin, Parotidectomía con conservación del facial. “Bol. de Soc. de Cirugía del Uruguay”, tomo XXV, N° 2-3, pp. 250-275, 1954.
- PRAT, D.; CORRE, L. y LEBORGNE, R.—Parotiditis bilateral y submaxilitis crónica. “Bol. de Soc. de Cirugía del Uruguay”, tomo XVIII, N° 4, pp. 381-389, 1947.
- SWINTON, N. W. and WARREN, Shields.—Salivary Gland Tumors. “Surg. Gynec. and Obst.”, vol. 67, N° 4, pp. 424-435, 1938.
- WINSTEN, Joseph; GOULD, David M. and WARD GRANT, E.—Sialography. “Surg. Gynec. and Obst.”, vol. 102, N° 3, pp. 315-321, 1956.