

IV. LARINGE Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

CAPÍTULO 147

PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Enrique Ruiz Veguilla, Andrés Barrios Recio, Félix Díaz Caparros

Hosp. Sta Maria Del Rosell Cartagena

ANATOMIA

Las glándulas salivales se dividen en mayores y menores. Las mayores están constituidas por tres pares de glándulas (parótida, submaxilar y sublingual), externas a la cavidad bucal y que drenan a través de conductos excretores. Desde un punto de vista estructural, las glándulas salivares mayores son de tipo tubuloacinar.

La glándula parótida es la de mayor tamaño. Está situada en la fosa retromandibular y recubierta por una cápsula que constituye un desdoblamiento de la fascia cervical superficial. Limita profundamente con la rama ascendente de la mandíbula y el músculo masetero; por detrás con el conducto auditivo externo (CAE); cranealmente con el cigoma, y por debajo, con el músculo esternocleidomastoideo. Drena a la boca a través del conducto de Stenon, a la altura del segundo molar superior. El nervio facial la atraviesa y se divide en cinco ramas distales. Funcionalmente esta compuesta de acinos serosos.

La glándula submaxilar o submandibular se sitúa en la celda submaxilar, en la parte alta y central del cuello, bajo la rama horizontal de la mandíbula. El límite inferior es el músculo digástrico; El superior la mandíbula, y se apoya en el músculo milohioideo. Desemboca en el suelo de la boca a través del conducto de Wharton. Es atravesada por la arteria facial y tiene dos relaciones nerviosas de vecindad de importancia como son el nervio hipogloso y el nervio lingual. Segrega saliva seromucosa.

La glándula sublingual esta situada en los dos tercios anteriores del suelo de la boca. Tiene acinos mucosos y drena al suelo de la boca a través de múltiples conductos de Rivinus.

Las glándulas salivares menores están constituidas por pequeñas acumulaciones de tejido glandular (aproximadamente 800), repartidas principalmente por debajo de la mucosa de la cavidad oral y la orofaringe. Estructuralmente son de tipo tubular simple y tubuloacinar seromucoso.

FISIOLOGÍA

La función de todas las glándulas salivares es la producción de saliva. La secreción salival sirve para el mantenimiento de la higiene bucodental; preparación del alimento para la masticación, gusto y deglución; iniciación de la fase precoz de digestión de los hidratos de carbono y para la regulación indirecta de la hidratación del organismo. La producción salival oscila entre litro y litro y medio al día. La secreción salival consta de dos tipos: una fracción serosa, que contiene ptialina (una amilasa alfa), que contribuye a la digestión de almidones y una fracción mucosa que se encarga de la lubricación. Las glándulas parótidas secretan fracción serosa, las submaxilares serosa y mucosa, las sublinguales sobre todo mucosa y las bucales solo mucosa. Existe una

inversión iónica con respecto al plasma sanguíneo, siendo la concentración de iones potasio en la saliva siete veces mayor que en el plasma. La saliva sirve como vehículo excretor de antibióticos, distintos metales e incluso algunos virus.

EXPLORACIÓN Y DIAGNOSTICO

La parte más definitoria de la orientación clínica es la anamnesis, que debe recoger los síntomas, su inicio, la periodicidad, la duración y la patología asociada.

La exploración física incluye la inspección y la palpación. Además debe precisarse si existe tumoración y/o tumefacción, así como el aspecto de la piel y de los conductos excretores. En ciertas patologías inflamatorias es muy útil realizar una palpación bimanual con expresión glandular.

El estudio por imagen es útil para confirmar la impresión clínica. La radiografía simple tiene poco interés pues gran parte de la patología pasa desapercibida. La sialografía se realiza introduciendo contraste a través del conducto de Wharton o Stenon. Se pueden obtener imágenes sugestivas de manera indirecta, observando como se modifica la morfología canalicular. Las técnicas utilizadas han cambiado en los últimos años y cada vez cobra más fuerza la tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN).

El estudio histológico constituye la clave diagnóstica de toda la patología de las glándulas salivales. El estudio citológico con punción-aspiración con aguja fina (PAAF) puede ser de utilidad en manos de un citólogo experimentado. La realización de biopsias labiales tiene su importancia en el estudio del síndrome seco o de Sjogren o para el diagnóstico de enfermedades sistémicas.

PATOLOGÍA NO TUMORAL

- MALFORMACIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES
- INFLAMACIONES AGUDAS
 - INFLAMACIONES AGUDAS BACTERIANAS
 - PAROTIDITIS AGUDA BACTERIANA
 - INFLAMACIONES VIRICAS
 - PAROTIDITIS AGUDA EPIDEMICA (PAPERAS)
 - SUBMAXILITIS AGUDA SUPURATIVA NO LITIASICA
 - INFLAMACIONES SECUNDARIAS A FÁRMACOS O ALERGENOS
- INFLAMACIONES CRÓNICAS
 - PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE
 - SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE SUBMAXILAR
 - TUBERCULOSIS
 - SIFILIS
 - SIALOADENITIS POR RADIOTERAPIA
 - LITIASIS SALIVAL
 - SIALOSIS
- TRAUMATISMOS
- SIALORREA
- FÍSTULA SALIVAL
- ESTENOSIS

MALFORMACIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

La ausencia total de glándulas salivales es excepcional. Pueden existir aplasias unilaterales o hipoplasias, generalmente asociado a síndromes malformativos.

Podemos encontrar distopias, ectopias o heteropias de glándulas salivales, en definitiva tejido glandular en zonas no habituales, como la hipófisis, región mastoidea o cuello.

Como una patología relativamente frecuente, la ránula (literalmente significa <rana pequeña>). Se trata de un quiste de retención situado debajo de la lengua, es congénito o se ha adquirido por obliteración de los pequeños conductos excretorios de la glándula sublingual. Su aspecto es de tumoración de contenido líquido, renitente a la palpación, translúcida y de coloración azulada, que se visualiza al levantarla punta de la lengua. La palpación bimanual nos orienta hacia el diagnóstico, siendo su tratamiento la exéresis completa del quiste con preservación de mucosa. Debemos realizar un diagnóstico diferencial con el quiste dermoide, el cual a la palpación es duro (contenido sólido).

INFLAMACIONES AGUDAS

Aunque todas las infecciones de las glándulas salivales pueden ser llamadas sialitis, cuando la infección es inicialmente parenquimatosa, se denomina sialoadenitis. Sin embargo, cuando afectan a los conductos, se denominan sialodooquitis.

INFLAMACIONES AGUDAS BACTERIANAS

Parotiditis Aguda Bacteriana

Se trata de la infección bacteriana de una o ambas glándulas parótidas. Hoy en día esta infección bacteriana es menos frecuente que hace unos años y se presenta preferentemente en ancianos, por lo general después de una cirugía abdominal o cardiotorácica, donde la disminución de la secreción salival y la ectasia de saliva favorecen la infección. El agente causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*, seguido de *Streptococcus pneumoniae*.

Histopatología. La lesión suele ser mixta (parenquimatosa y canalicular); presenta tres formas: catarral, que es una inflamación banal; Supurativa, por la existencia de pequeños abscesos miliares, y gangrenosa, por infiltración necrótica de toda la glándula.

El cuadro clínico produce una tumefacción inflamatoria de toda la glándula con dolor intenso, fiebre y mal estado general. Aparece secreción purulenta por el conducto de Stenon y, con frecuencia, trismus.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y en los datos exploratorios.

El tratamiento consiste en la administración de antibióticos parenterales de amplio espectro, junto con abundante hidratación y medidas locales (calor, masajes). En caso de absceso se precisará drenaje quirúrgico. Tener en cuenta el recorrido de las ramas del facial.



En el niño el proceso infeccioso suele ser recurrente a diferencia del adulto y constituye el proceso de agudización de una parotiditis crónica bacteriana. Los síntomas corresponden a una inflamación aguda con fiebre elevada, dolores y malestar general. La sialografía como en todo proceso agudo esta contraindicada, pero es normal después del mismo. En esta fase aguda debe realizarse un tratamiento conservador y sintomático en el que tiene gran importancia los antibióticos y la hidratación del niño.

INFLAMACIONES VIRICAS

Parotiditis Aguda Epidémica (Paperas)

Consiste en la infección vírica de ambas parótidas por un virus del grupo paramixovirus. También existen cuadros clínicos similares producidos por otros agentes víricos, entre los que destacan los virus coxsackie, los echovirus y el citomegalovirus.

Se trata de una enfermedad típica de la infancia, con un pico de incidencia entre los 4 y 8 años. Suele aparecer en forma de pequeñas epidemias locales en guarderías y colegios, de forma preferente en invierno o primavera. El periodo de incubación es de 2 a 3 semanas.

La patogenia, predominan las lesiones a nivel del tejido conjuntivo intersticial, pero también se producen alteraciones necróticas de las células acinosas, que invalidan la noción de restitutio ad integrum, una vez que el cuadro ha pasado.

El cuadro clínico se caracteriza por la aparición súbita de una tumefacción parotidea uni o bilateral con dolor asociado, sin supuración que, por lo general, esta precedida por fiebre y malestar. La saliva es clara. Debido al carácter neurotrópo del virus causal, pueden producirse lesiones irreversibles en el nervio auditivo con sordera unilateral o bilateral. De forma simultánea a la infección de las glándulas salivales o bien posteriormente, pueden afectarse también el páncreas, los testículos los ovarios (lo que puede provocar esterilidad) y el sistema nervioso central (encefalitis).

El diagnóstico se establece por la historia clínica y los datos de la exploración física.

El tratamiento es sintomático e incluye reposo, analgésicos y calor local, así como forzar una buena hidratación. En la mayoría de los casos la enfermedad confiere inmunidad para toda la vida. Debemos recordar que los recién nacidos y los niños hasta los 9 meses no suelen padecerla por la inmunidad pasiva adquirida de la madre.

Hoy en día, la incidencia de esta infección en España esta disminuyendo gracias a la vacunación universal, que por lo general se administra junto con las vacunas de la rubéola y el sarampión) a los 15 meses de vida, con una dosis de recuerdo a los 4 años.

SUBMAXILITIS AGUDA SUPURATIVA NO LITIASICA

Es una afección rara. Más frecuente en el recién nacido y en el lactante. El tratamiento se lleva a cabo mediante antibióticos.

INFLAMACIÓN SECUNDARIA A FÁRMACOS Y ALERGENOS

La atropina, la fenilbutazona y los derivados de la fenotiacina pueden producir una tumefacción de la glándula salival. También una inflamación súbita de la glándula parótida hay que tener en cuenta un fenómeno alérgico.

INFLAMACIONES CRÓNICAS

PAROTIDITIS CRÓNICA RECIDIVANTE

Se trata de inflamaciones recidivantes con sobre infección de una parótida.

Consiste en una enfermedad de patogenia desconocida. Se da preferentemente en la infancia y se supone que existen ectasias congénitas del conducto excretor, como factor predisponente, que luego se sobre infecta.

El cuadro clínico se caracteriza por presentar episodios repetidos de inflamación unilateral de la glándula parótida. Ésta aparece indurada y dolorosa y segrega una saliva espesa y lechosa, a veces muy purulenta. Los ataques se repiten a intervalos irregulares; en cambio en los periodos intercrisis, el paciente se halla asintomático.

El diagnóstico se realiza por la anamnesis y la evolución clínica. En la sialografía es frecuente encontrar ectasias ductales arrosariadas. Se objetiva una reducción y alteración de la formación de saliva (disquilia). Se evidencia una activación intra glandular excesiva del sistema calicreína-cinina. En la sialadenitis electrolítica se produce un aumento desmesurado de la viscosidad y eventualmente la obstrucción del sistema excretor (el sodio y la actividad de la fosfo-hexosa-isomerasa están incrementados; ocasionalmente, se producen sialolitiasis o sialoadenitis obstructivas) Histopatologicamente se evidencia un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en el intersticio y una metaplasia del conducto.

No se conoce tratamiento etiológico alguno. Se suelen tratar con antibióticos de amplio espectro y aprotinina. Garantizar el flujo salival (estimular la salivación). En casos raros, la falta de respuesta a estas medidas obliga a la parotidectomía parcial con conservación del facial. En las formas infantiles existe la tendencia, que la enfermedad mejore de forma espontánea al llegar a la pubertad. El tratamiento con antibióticos puede acortar los brotes. Además, se aconseja el masaje de la glándula por el propio paciente.

SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE DE LA GLANDULA SUBMAXILAR

Antiguamente llamada tumor de Küttner. En mujeres de 50 años o más, quienes se quejan de una tumefacción unilateral o bilateral, moderadamente dolorosa y crónica. La patogenia esta aun poco esclarecida, aunque se le atribuye una influencia hormonal en la mujer menopausica.

Aunque se trata de una afección benigna, dado el aspecto pseudotumoral de la glándula y al inconcluyente resultado de la PAAF, se recomienda la exéresis de la glándula.

TUBERCULOSIS

Afecta principalmente a la parótida y puede sobrevenir a cualquier edad. Se caracteriza por la aparición de uno o varios nódulos en el interior de la glándula. Suele ser unilateral y siempre se trata de tuberculosis secundaria. El diagnóstico se sirve de la PAAF y de las reacciones cutáneas. El tratamiento debe ser medico, aunque es rara la desaparición total de los nódulos, lo que llevaría a la realización de una parotidectomía superficial con conservación del nervio facial.

SÍFILIS

Afección muy rara, que afecta generalmente a la glándula parótida y casi siempre es bilateral.

SIALOADENTITIS POR RADIOTERAPIA

Se produce una disminución de la secreción salival, por aparición de trastornos funcionales de las glándulas salivales por fibrosis en los conductos mayores y menores, pudiendo llegar a una xerostomía completa acompañada de ageusia. Suele aparecer tras irradiación de tumores de cabeza y cuello con niveles superiores a 10-15 Gy. La clínica puede durar meses o años y se debe iniciar una terapia sustitutiva con saliva artificial, para así evitar la formación de caries dental y otras patologías bucodentales.

LITIASIS SALIVAL (SIALOLITIASIS)

Consiste en la aparición cálculos en los conductos de excreción de una glándula salival, que provocan obstrucción y un proceso inflamatorio secundario. Se trata de una enfermedad del adulto que se presenta, sobre todo, entre las décadas 5ª y 8ª de la vida. Es más frecuente en la glándula submaxilar, por diversas razones: la saliva es seromucosa, el drenaje es contra la gravedad y, además, el conducto de Wharton es muy estrecho. En porcentaje, la glándula submaxilar presenta aproximadamente el 85% de los cálculos; la parótida el 14%, y la sublingual el 11%.

En cuanto a la generis del cálculo, se cree que los tapones mucosos o detritus celulares forman el nido para el depósito de calcio inorgánico y sales fosfatadas que formaran luego el cálculo. Favorecida la aparición del calculo por procesos disquímicos transitorios (alteraciones cuantitativas o cualitativas de la secreción salival).

Existen dos grandes formas de presentación de esta enfermedad: aguda y crónica. En la forma aguda, el paciente sufre una súbita hinchazón muy dolorosa de la glándula afecta que, típicamente, aparece en el momento de la ingestión alimentaria. Al continuar comiendo, la distensión sigue aumentando.

En la forma crónica o recidivante, el paciente presenta tumefacción recidivante de la glándula afecta durante las comidas (debido a la obstrucción del conducto excretor) y después de estas.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y puede corroborarse al palpar el cálculo (palpación bimanual del conducto afecto). Cuando el contenido en calcio del cálculo es alto puede observarse en la radiografía simple. El tratamiento inicial se basa en analgésico, relajante y medidas locales. Cuando es posible debe realizarse la extirpación del cálculo, lo que comporta una rápida desaparición del dolor, mediante intentos de dilatación del conducto excretor con pequeñas sondas con balón inflable para que el cálculo se expulse espontáneamente; otra posibilidad es la incisión endoral del conducto en la región sublingual en cálculos situados en la porción anterior del conducto excretor; en casos de litiasis profundas o intraglandulares con inflamación de la glándula, esta deberá ser extirpada por vía externa (procurando respetar la rama marginal de la mandíbula del nervio facial (nervio submentoniano) que transcurre horizontalmente a lo largo de la mandíbula). En los casos recidivantes, también, debe procederse a la extirpación de la glándula salival correspondiente.

SIALOSIS

Se trata de enfermedades de naturaleza distrófica, nutricionales, a menudo denominadas sialoadenosis, donde existe una afectación sistémica frecuentemente. Se caracteriza por un infiltrado linfocitario. Clínicamente se trata de enfermedades que dan lugar a tumefacciones recidivantes no inflamatorias e indoloras de las glándulas salivales, con disminución posterior de la salivación (hiposialia) y sequedad oral (xerostomia). La sialoadenosis más frecuente afecta a la parótida y entre las causas más frecuente se encuentra el alcoholismo (una hipertrofia en el 80% de los sujetos alcoholitos), el exceso de alimentos ricos en almidón, la hiperproteinemias tipo IV y los estados desnutricionales importantes como la anorexia nerviosa en el mundo desarrollado.

Como causa sistémica de sialoadenosis podemos destacar el síndrome de Sjögren, la sarcoidosis, la mucoviscidosis y la infección por el virus VIH.

Síndrome de Gougerot-Sjögren

Se trata de una enfermedad de carácter autoinmune caracterizada por la inflamación y destrucción de las glándulas lagrimales y salivales. Se produce una infiltración linfocitaria que conlleva un aumento de las glándulas salivales, en especial la parótida.

La causa de esta enfermedad es desconocida. Presenta un claro predominio en mujeres, con un inicio entre los 40 y 60 años. Existen dos formas del síndrome de Sjögren: primario y secundario. La forma primaria consiste en el síndrome seco, mientras que en la secundaria este síndrome se acompaña de afectación del tejido conectivo, especialmente con artritis reumatoide, xerostomia, queratoconjuntivitis seca, rinofaringitis seca junto a la consabida tumefacción de las glándulas salivales. Más tarde aparecerá atrofia glandular. Hay hipertrofia parotídea en el 80% de las formas primarias y en el 35% de las secundarias.

El diagnóstico se confirma por la presencia de anticuerpos específicos, así como por la biopsia de las glándulas salivales menores. El tratamiento es problemático, debido a que se desconoce la etiología, y esta encaminado a combatir la sequedad, la afectación glandular salival y las alteraciones sistémicas. Para la sequedad de la boca y laringe se administra lágrima artificial.

Sarcoidosis

Esta enfermedad autoinmune afecta en el 50% de los casos a las glándulas salivales menores y tan solo en un 4% a la parótida, de ahí la importancia de la biopsia labial para el diagnóstico.

El síndrome de Heerfodt o fiebre úveoparotídea es una forma clínica rara de sarcoidosis, consistente en la asociación de una uveítis, parálisis facial, tumefacción parotídea y fiebre.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Concepto. La infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) puede producir una hipertrofia linfoproliferativa con quistes en el espesor de las glándulas salivales. Se desconoce si la lesión se produce directamente por el virus o bien por un incremento linfoproliferativo.

Se produce una tumoración difusa de una o ambas parótidas que, a menudo, se acompaña de adenopatías cervicales. En muchos pacientes aparece también xerostomía.

Diagnóstico: En la exploración por imágenes se detecta la presencia de quistes múltiple de parótida, a menudo bilaterales. Los quistes múltiples de parótida obligan a descartar una

infección por VIH. El diagnóstico definitivo se obtiene con la correlación de la historia clínica con los hallazgos de laboratorios típicos de esta infección.

El tratamiento es el propio de los individuos infectados por el VIH. En ocasiones en los quistes parotídeos se utiliza la cirugía o la radioterapia a dosis bajas.

Resaltar el diagnóstico diferencial con el Síndrome de Mikulicz y con la hipertrofia maseteriana. El primero de ellos, el Síndrome de Mikulicz, no tiene una etiología unitaria ni es una enfermedad independiente. La tumefacción de las glándulas salivales y lagrimales puede ser debida a tumores, sialosis Granulomatosis de células epiteloideas, sialoadenitis crónica o patología de los ganglios linfáticos periglandulares. El diagnóstico debe establecerse mediante biopsia. La hipertrofia maseteriana, se produce al morder o cerrar la boca, la tumefacción de tipo muscular, se endurece y acentúa, comprobándose con palpación bimanual endoral y exterior.

TRAUMATISMOS

El compromiso más importante en un traumatismo que afecta a las glándulas salivales es la afectación nerviosa, tanto del nervio facial, como del hipogloso, como del lingual, debiendo procederse a la reparación quirúrgica inmediata. Las lesiones del conducto excretor solo requieren de una reparación quirúrgica si afectan a los grandes conductos excretores. Las fístulas salivales postraumáticas suelen ceder de forma espontánea.

El síndrome auriculotemporal o síndrome de Frey se caracteriza por sudoración y enrojecimiento de la región preauricular durante la masticación y la deglución, durante la ingesta de la comida aparece rubor (por vasodilatación) y sudoración de la piel de la mejilla delante de la oreja (sudoración gustativa). Debuta a los meses de un accidente traumático o postoperatorio de la parótida; debido a que en la regeneración aberrante de los nervios secretorios parotídeos, se produce una anastomosis entre fibras parasimpáticas postganglionares destinadas a la glándula y fibras simpáticas vegetativas destinadas a la piel. Llegando a inervar las glándulas sudoríparas de la piel de la mejilla. De ello resulta una hipersensibilidad de las glándulas sudoríparas cutáneas frente a impulsos colinérgicos. El tratamiento se realiza con pomadas de escopolamina o solución de cloruro de aluminio. En ocasiones se recomienda la neurectomía del nervio timpánico en la caja timpánica. Actualmente también se utiliza la toxina botulínica.

SIALORREA (TIALISMO)

Sialorrea y tialismo son sinónimos y designan la secreción salival excesiva y no el derrame de saliva fuera de la boca. Este último puede producirse por sialorrea pero también en pacientes con disfagia. Entre las distantes causas destacamos las lesiones digestivas, las intoxicaciones, causas neurológicas, causas gineco-obstétricas como el tialismo gravídico, endocrinopatías o efecto secundarios de medicamentos.

FÍSTULA SALIVAL

Debido a su etiología tan variada la colocaremos como un punto independiente; su origen puede ser secundario a un traumatismo de la glándula o del conducto excretor, intervenciones quirúrgicas, inflamaciones específicas o inespecíficas, malformación congénita. Su sintomatología, es el drenaje salival hacia el exterior, sobre todo durante la ingesta de los alimentos. Las fístulas glandulares se cierran espontáneamente, mientras que las ductales deben ser intervenidas (conversión quirúrgica de la fístula externa en interna). Existen otras

posibilidades de tratamiento como es la reducción de la secreción salival mediante radioterapia, o bien, como último recurso, la exéresis de la glándula.

ESTENOSIS

Pueden ser extrínsecas o por alteraciones odontológicas principalmente, o intrínsecas, consecutivas a infecciones, traumatismos, cálculos o incluso neoplasias del conducto. Se caracterizan por inflamación dolorosa, periódica con la comida. En el diagnóstico se utiliza la sialografía. El tratamiento consiste en la supresión de los factores causales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encyclopedie Medico- Chirurgicale. Eservier. Paris
2. Ignacio Cobeta. Otorrinolaringología y patología cervicofacial. Barcelona. Ars Médica 2003
3. Guyton A.C. Tratado de fisiología Médica. 11º Edición 2005 Interamericana
4. J. Abello, P. Taserra. Otorrinolaringología. Barcelona
5. H.-G. Boenninghaus. Otorrinolaringología. Traducción de la 9ª edición alemana.