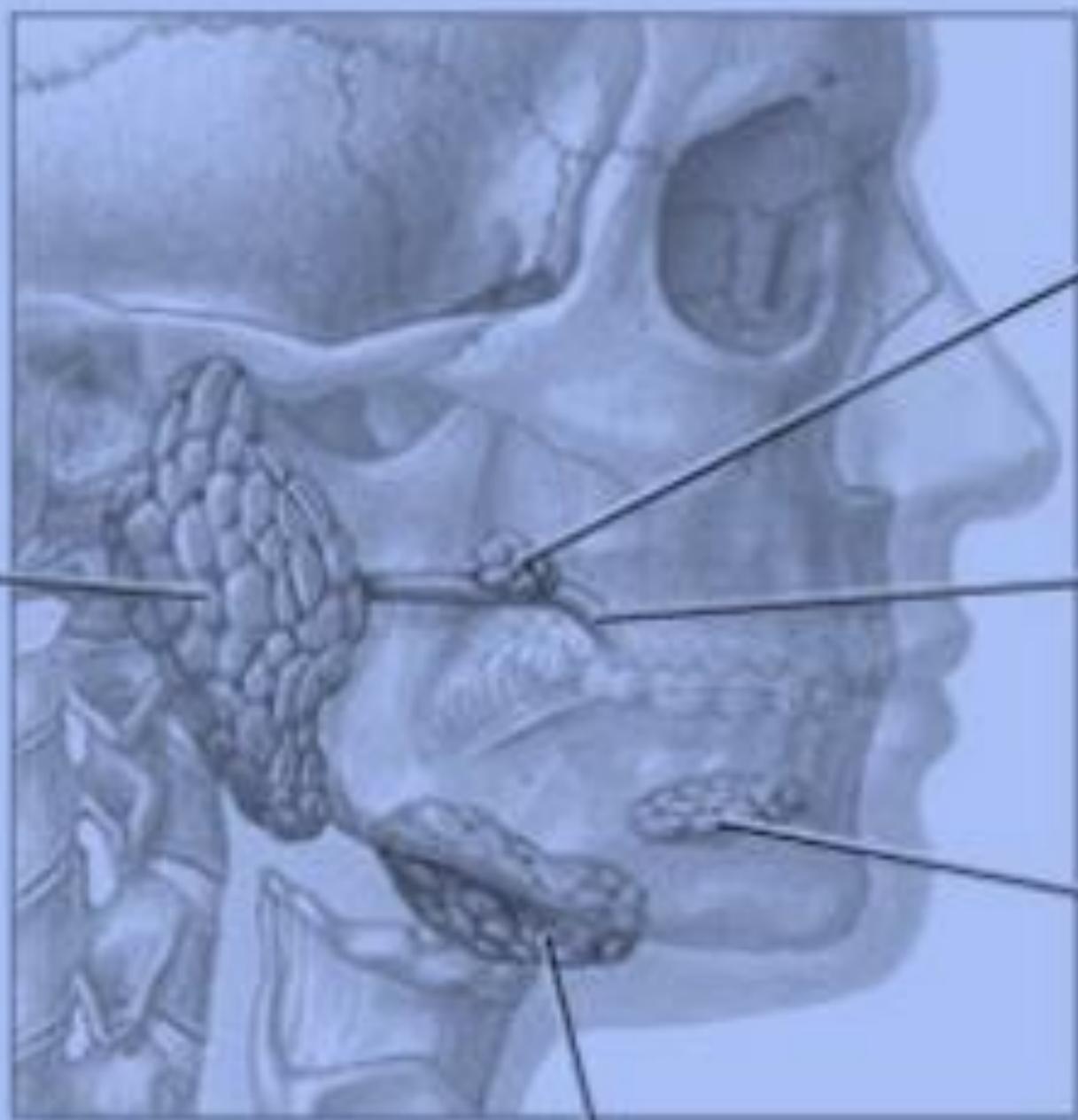


PATOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Dr. Gutiérrez Díaz

Glándulas salivales

- ▶ Exocrina / Endocrina
- ▶ Dividen:
 - Mayores
 - Menores o Accesorias o Secundarias



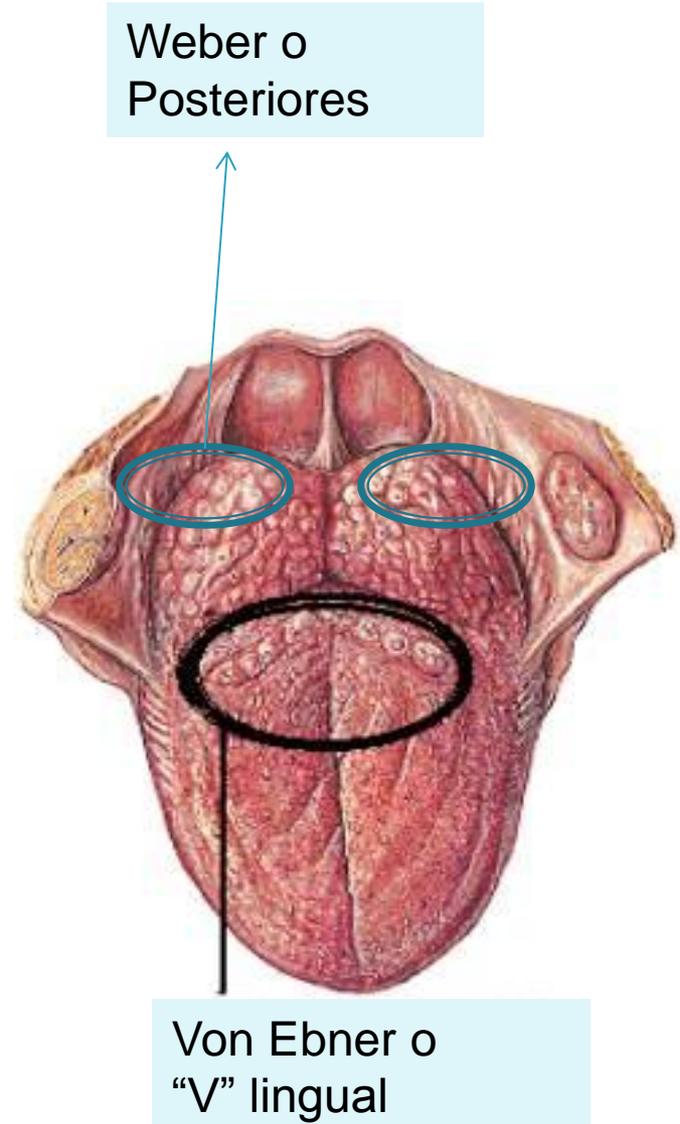
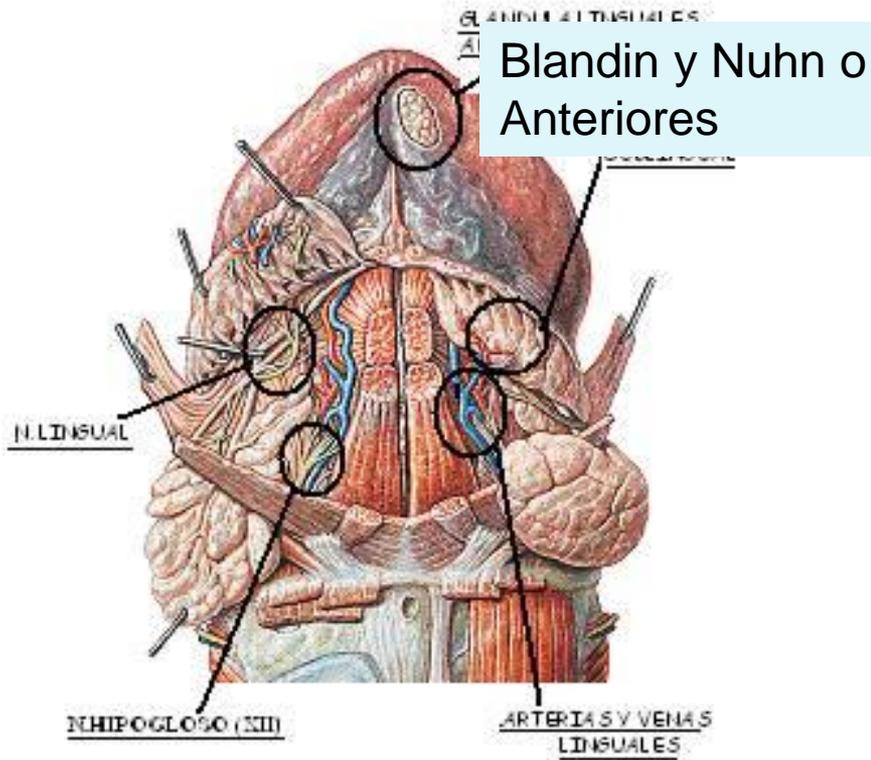
Glándula parótida

Glándula parótida accesoria

Conducto parotídeo

Glándula sublingual

Glándula submandibular



SALIVA

FLUJO: 1,5 cc/minuto (apenas perceptible en sueño)
1000-1500 cc/24h

- ▶ SEROSA: PAROTIDA y VON EBNER
 - ▶ MUCOSA: LABIALES-PALATINAS
 - ▶ MUCOSEROSA: SM-SL-BLANDIN NUHN
- 

SALIVA-FUNCIONES I

1) PROTECTORA:

- ARRASTRE MECÁNICO (1-4 gr. Bacterias)
- FACTORES ANTIMICROBIANOS
 - INNATOS:
 - LISOZIMA
 - LACTOFERRINA
 - MIELO PEROXIDASA
 - TIOCIANATOS
 - LEUCOTOXINAS
 - OPSONINAS
 - ADQUIRIDOS: Ig A, Ig G, Ig M

SALIVA-FUNCIONES II

- 2) **DIGESTIVA: PTIALINA O AMILASA**
 - Glándulas Serosas (PAROTIDA y VON EBNER)
 - Almidón a maltosa

 - 3) **BUFFER: Neutralizando Ácidos**
BICARBONATO
FOSFATO
PROTEINAS

 - 4) **REMINERALIZANTE: CALCIO-FOSFATOS**
- 

SALIVA-FUNCIONES III

5) OTRAS:

LUBRICACIÓN
VIA DE EXCRECCIÓN

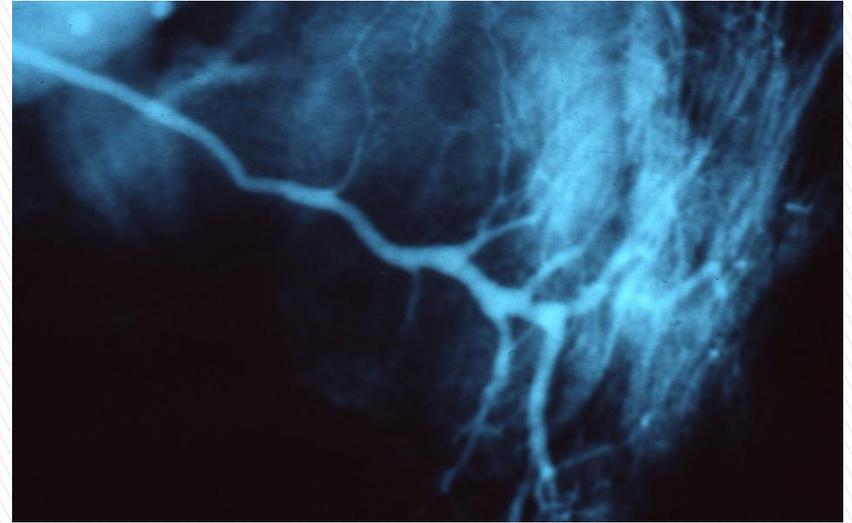
6) ENDOCRINA:

- PAROTINA (OGATA-ITO)
 - Interrelación en Hipófisis, Tiroides, Gónadas, H. De C.
 - Maduración T. Conjuntivo y Cartilaginoso.

Diagnosticos

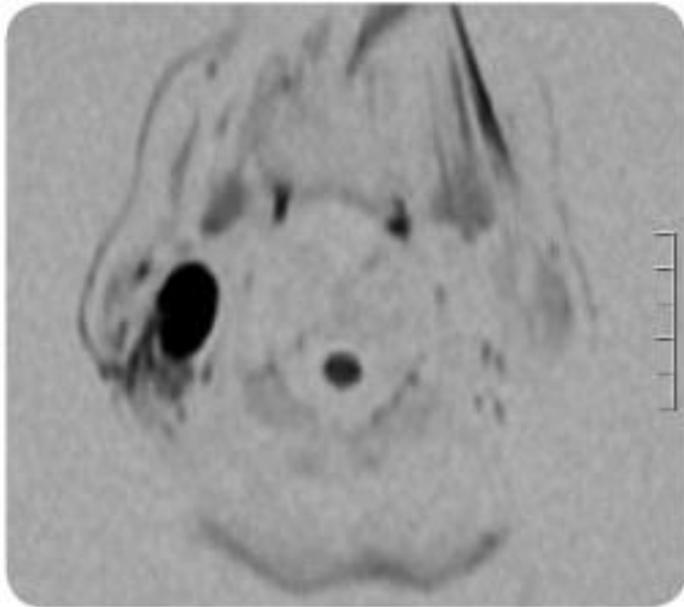
- ▶ H^a Clínica y Exploración
 - ▶ *Recogida y estudio de la saliva*
 - ▶ PAAF (85–95% de fiabilidad)
 - ▶ Imagen
- 

Imagen

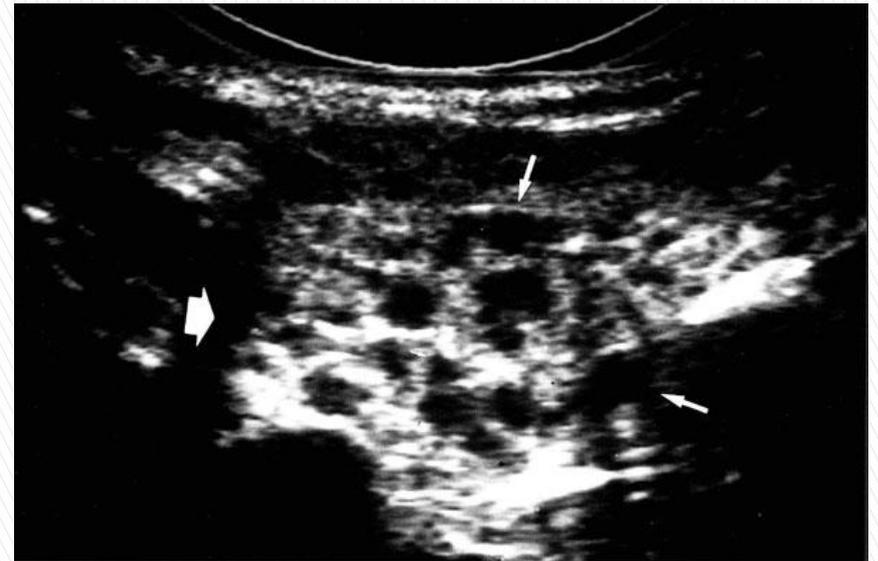


SIALOGRAFÍA

Imágenes



CT Y MR



Ecografía

Patología Glándulas Salivales

- ▶ Inflamatoria
- ▶ Tumoral



PATOLOGÍA INFLAMATORIA

- ▶ SIALOADENITIS:
 - Vírica
 - Bacteriana
 - Por Radiación
 - Obstructiva
 - Inmunopatológicas



Sialoadenitis Infeciosa

	Nº Glándulas	Inicio	Pus	Afectación general
Vírica	Múltiples	Muy Agudo	Ausente	Fiebre alta
Bacteriana	Unilateral	Brotos	Presente	Alteraciones en piel o fístulas

Virica

- ▶ Paperas
 - Paramixovirus (Johnson y Goodpasture)
- ▶ Citomegalica
 - Citomegalovirus

PAROTIDITIS EPIDÉMICA

- ▶ NIÑOS (invierno y primavera)
 - ▶ VIRUS DE JOHNSON:
 - TROPISMO GLANDULAR
 - NEUROTROPISMO.
 - ▶ INCUBACIÓN (20 DIAS)
 - ▶ DESARROLLO (2-3 DIAS):
 - TUMEFACCIÓN BILATERAL
 - SÍNDROME FEBRIL
 - LEUCOPENIA CON LINFOCITOSIS
- TTO:
 - SINTOMÁTICO
 - GAMMA-GLOBULINAS
 - LISOZIMA
 - Antibioterapia
 - INMUNIDAD-VACUNACIÓN

SIALOADENITIS AGUDA BACTERIANA

- ▶ ESTAFILOCOCO AUREO +
- ▶ Mecanismo:
 - Ascendente
 - Hematológico
 - Linfática
 - Tto que originan xerostomía (Tranquilizantes, Diuréticos y antihistamínicos)
- ▶ Leucocitosis con neutro filia

SIALOADENITIS AGUDA BACTERIANA

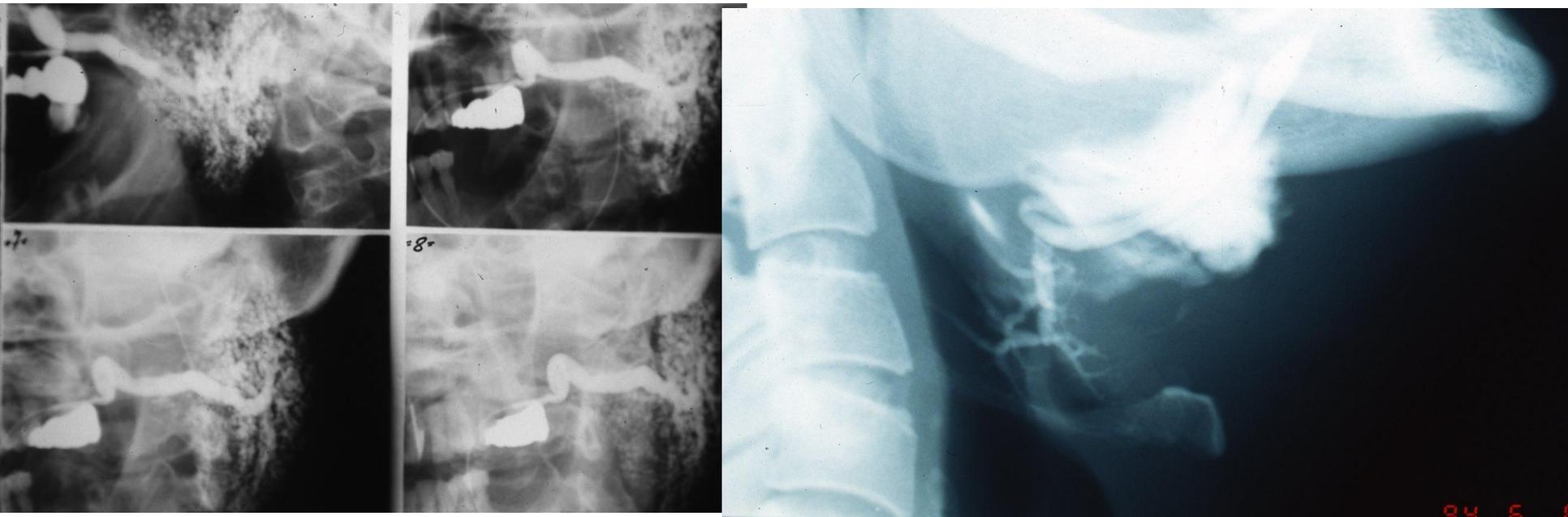
- ▶ TRATAMIENTO:
 - HIDRATACIÓN
 - REPOSICIÓN ELECTROLÍTICA
 - ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA
 - DILATACIÓN DE CONDUCTOS
 - DRENAJE DE ABCESO

SIALOADENITIS CRÓNICA

Bacterianas

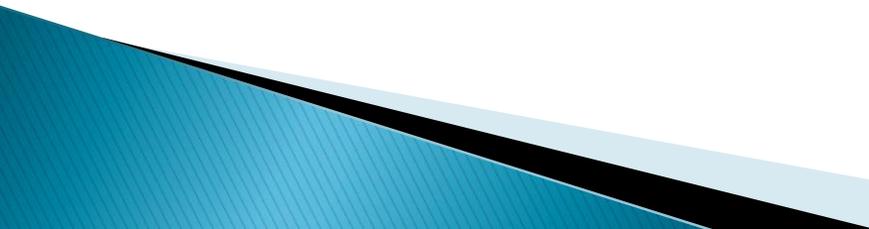
- ▶ Crónica de origen Trivial (de Payen, Claisse-Dupré, Chaissaignac, Remouchamp y Kussmaul)
 - Infantil
 - Parótida bilateral sin cálculos
 - Idiopáticas
 - Cuadro subclínico y brotes
 - Suelen desaparecer con la pubertad
- ▶ Crónica Específicas:
 - Tuberculosa
 - Sifilítica
 - Actinomicósica

SIALOADENITIS CRÓNICA



Deyección de cabras

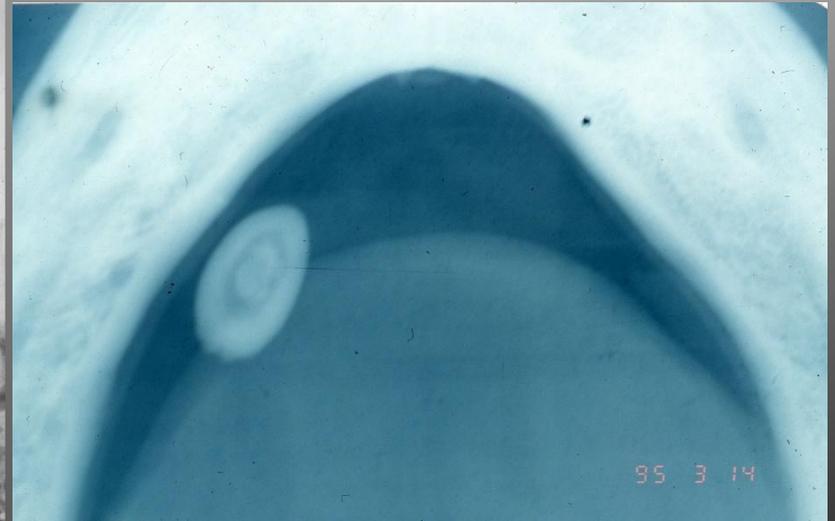
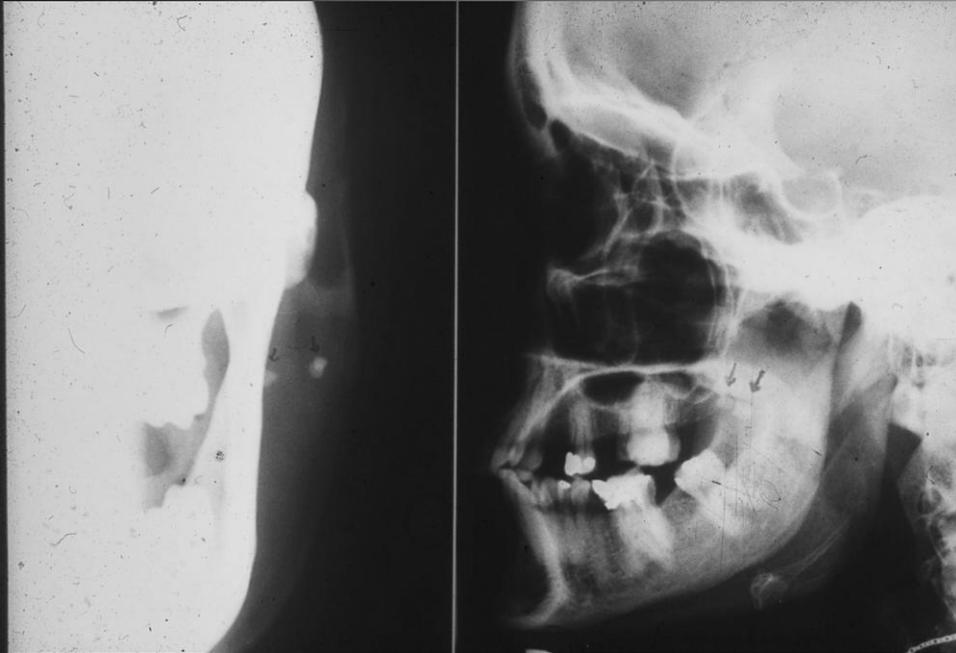
PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA: SIALOLITIASIS

- ▶ CALCULOS EN EL SISTEMA DUCTAL SALIVAL
 - ▶ Submaxilar y unilateral
 - ▶ No todos los cálculos están relacionados con anomalías sistémicas del metabolismo del calcio, pues muchos en la glándula parótida son proteináceos y no calcáreos, por lo que no aparecen en radiografías
- 

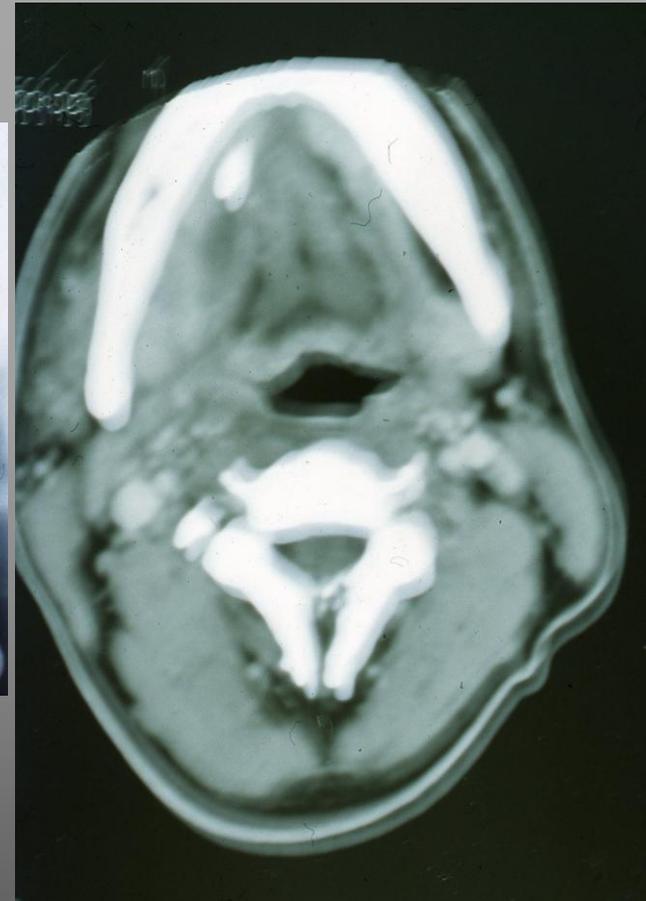
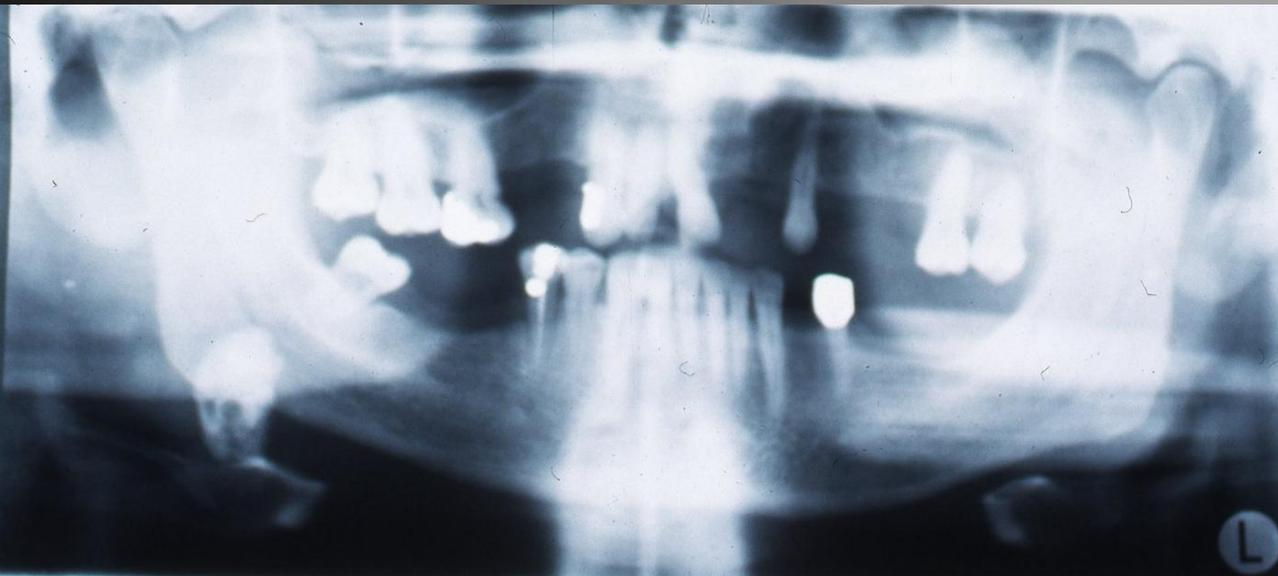
PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA: SIALOLITIASIS

- ▶ CLINICA:
 - COLICO SALIVAL / HERNIA DE GARIEL
- ▶ INFLAMACIÓN + ÉSTASIS + INFECCIÓN
- ▶ TTO:
 - ESPASMOLÍTICOS
 - SIALOGOGOS
 - ANTIBIÓTICOS
 - QUIRÚRGICO
 - ENDOSCOPIA
- ▶ DIAG. POR IMAGEN:
 - RX-SIALOGRAFÍA-TAC

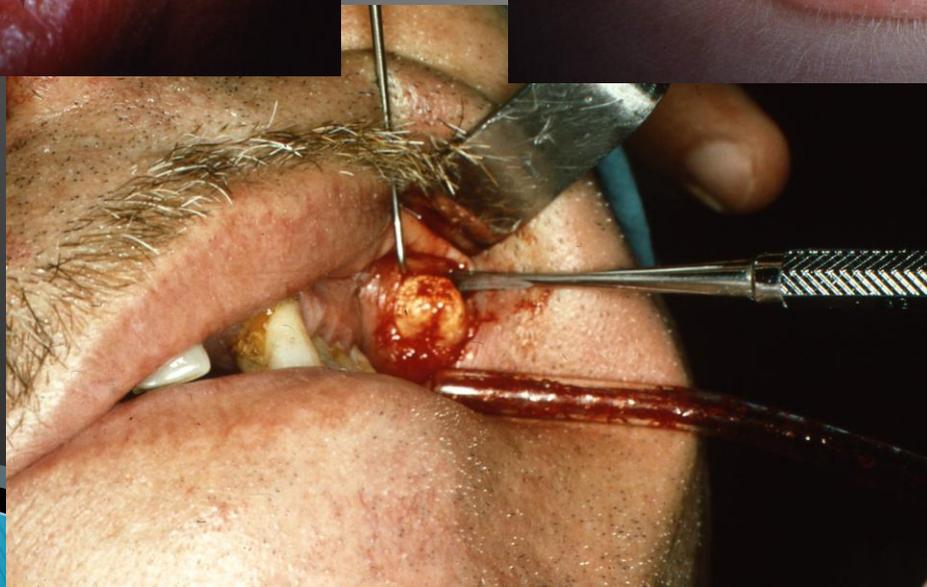
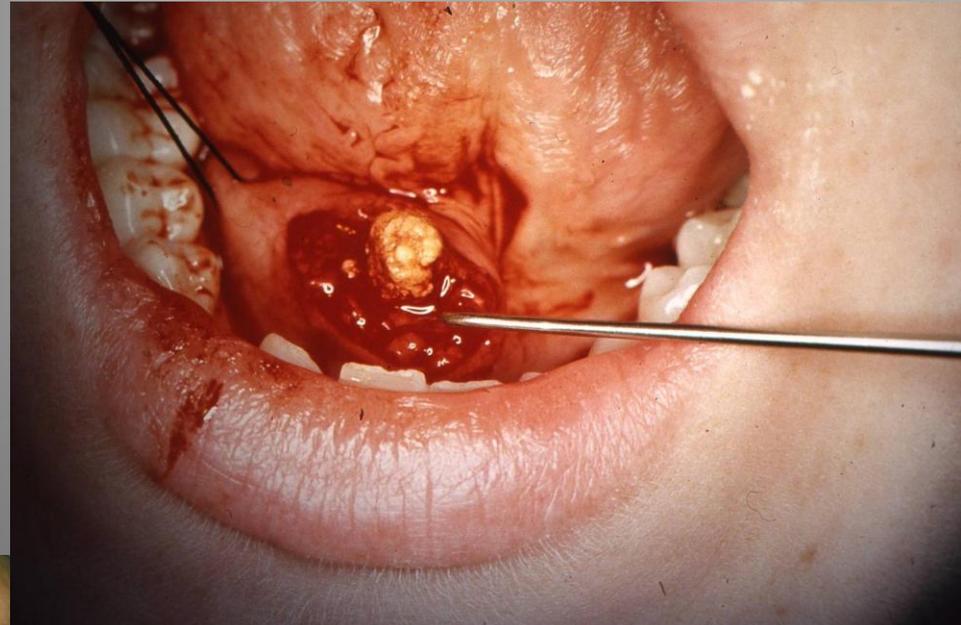
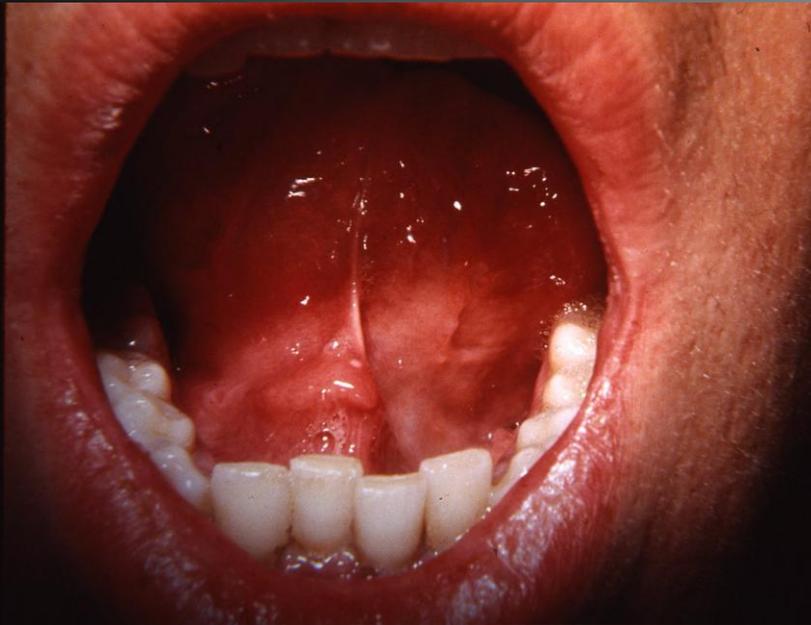
SIALOLITHIASIS



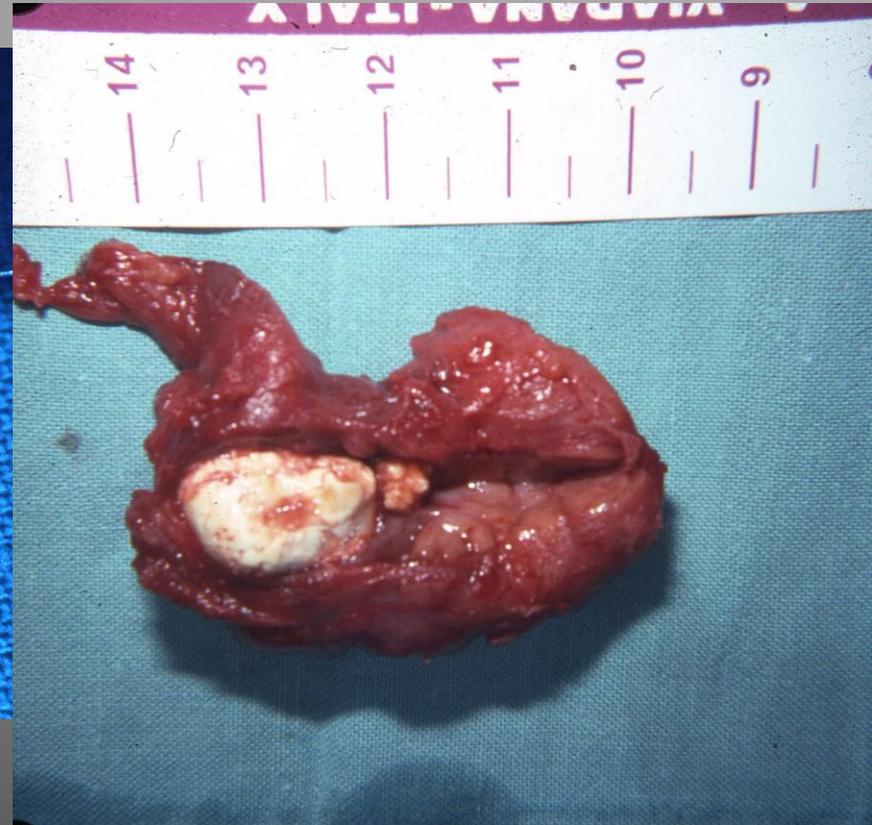
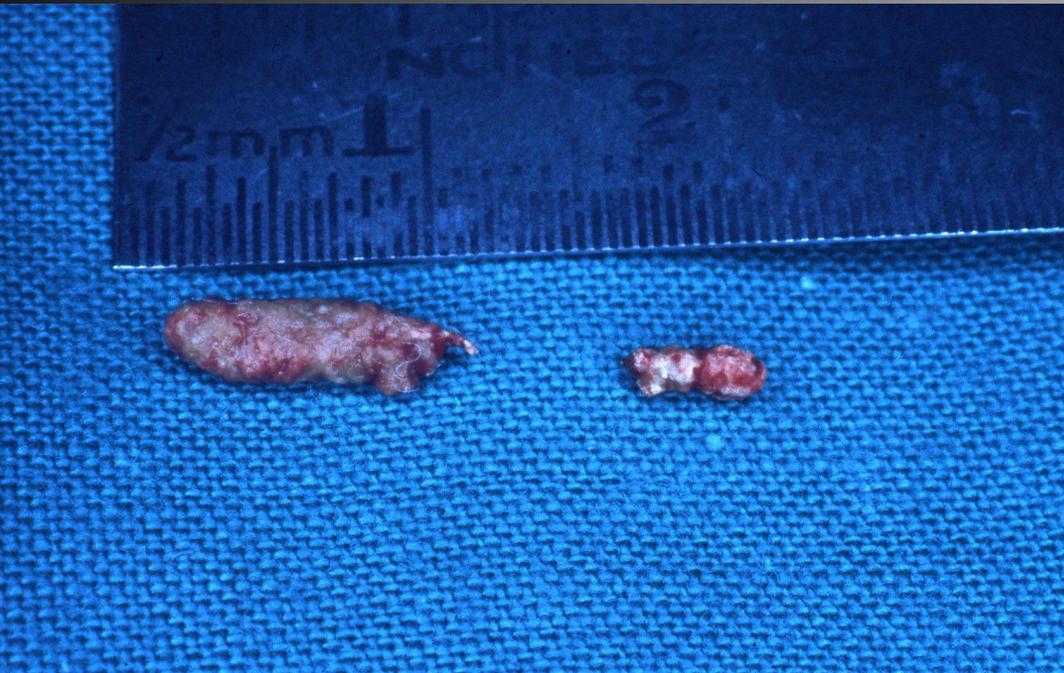
SIALOLITHIASIS



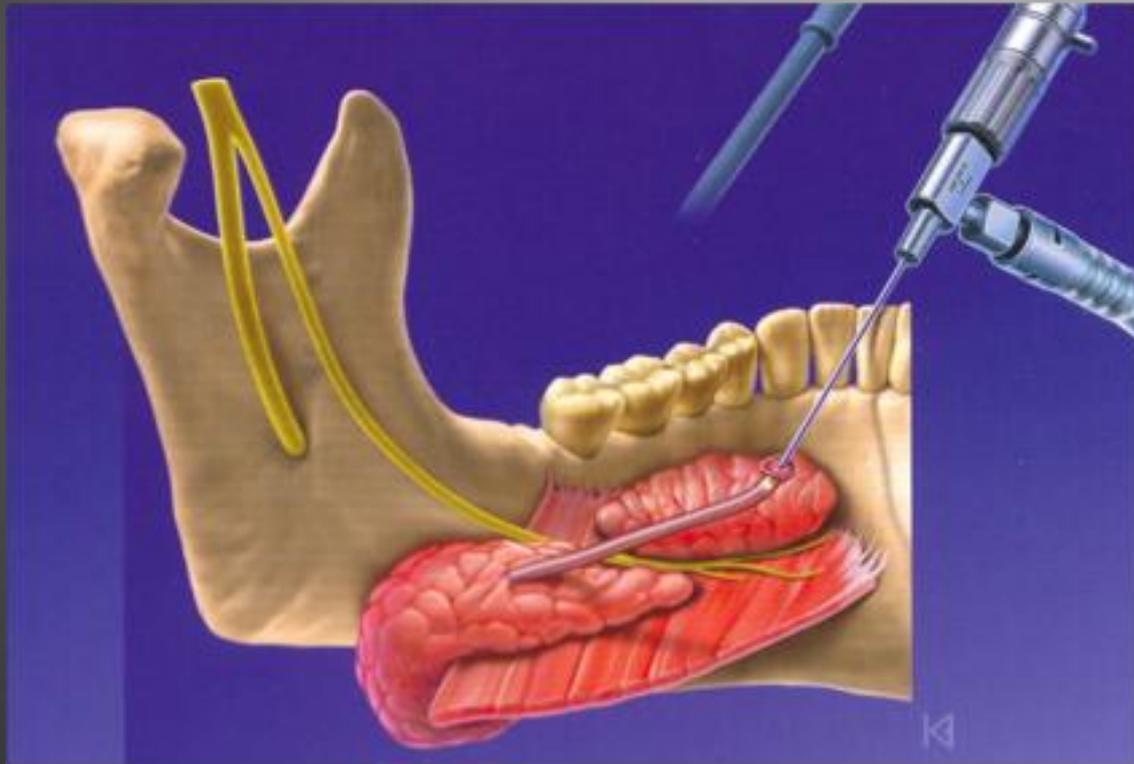
SIALOLITIASIS: TRATAMIENTO

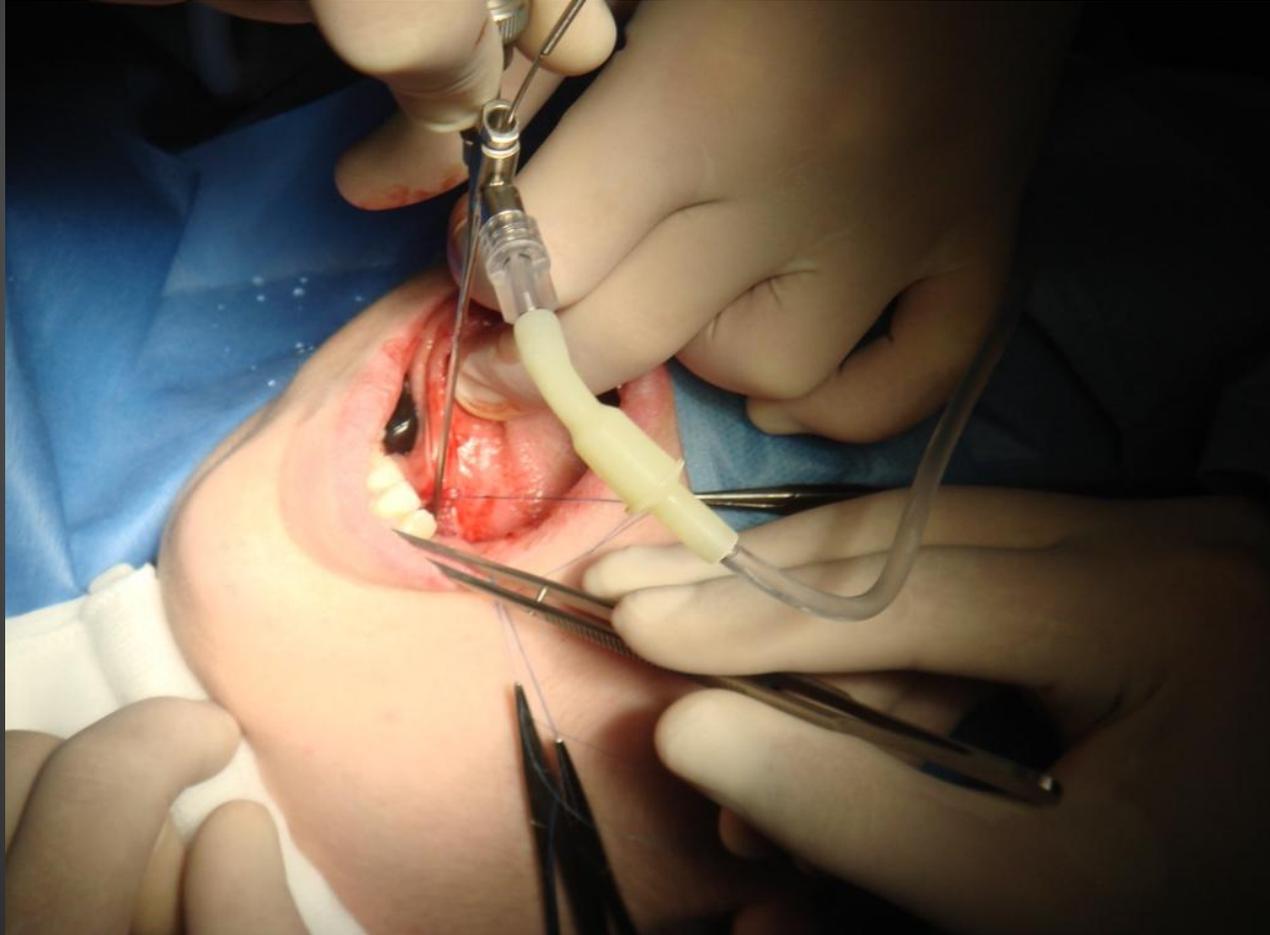


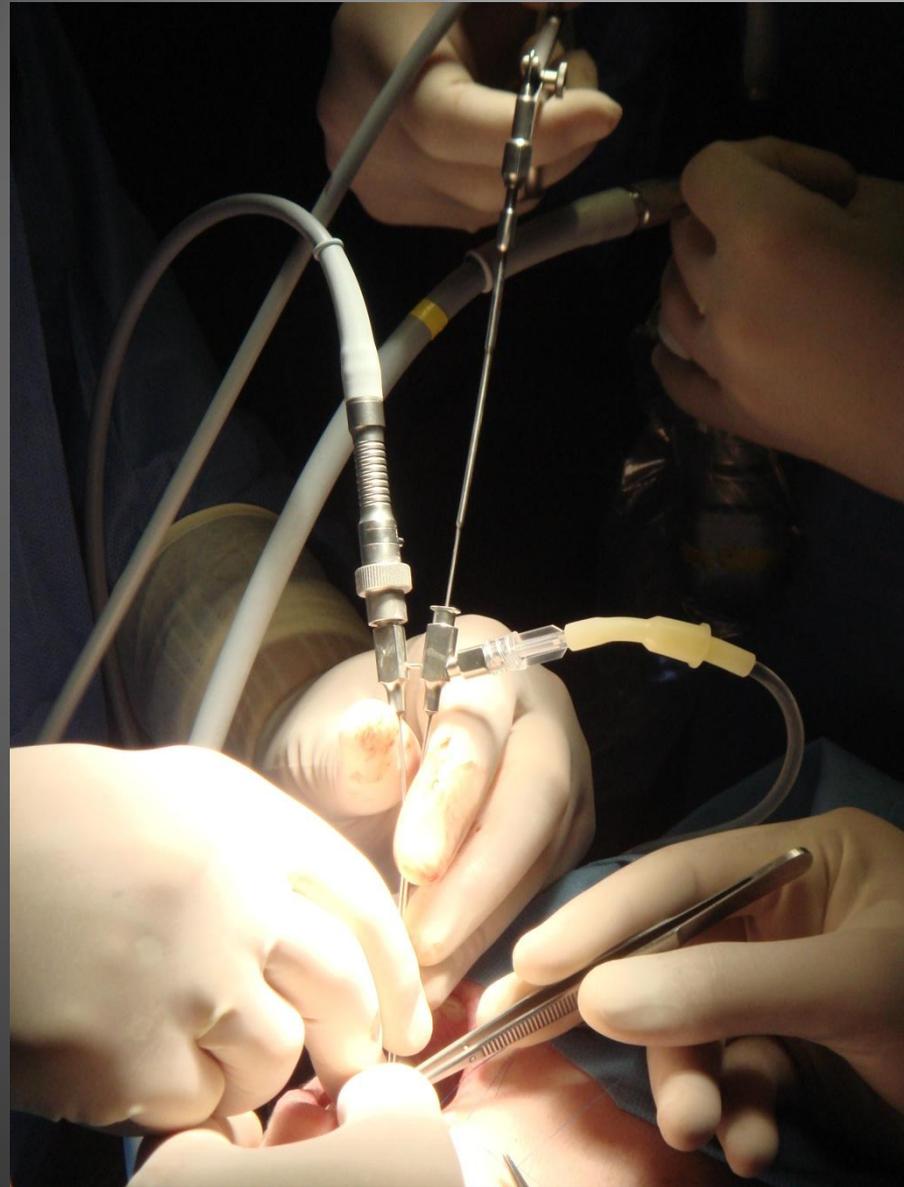
SIALOLITIASIS: TRATAMIENTO



SIALOENDOSCOPIA







PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA: MUCOCELE

- ▶ QUISTE DE RETENCIÓN SALIVAL
- ▶ Patología mas frecuente en Gl. Salivales Menores
- ▶ ORIGEN TRAUMÁTICO
- ▶ COLOR AZULADO
- ▶ TTO: EXERESIS + GLANDULA

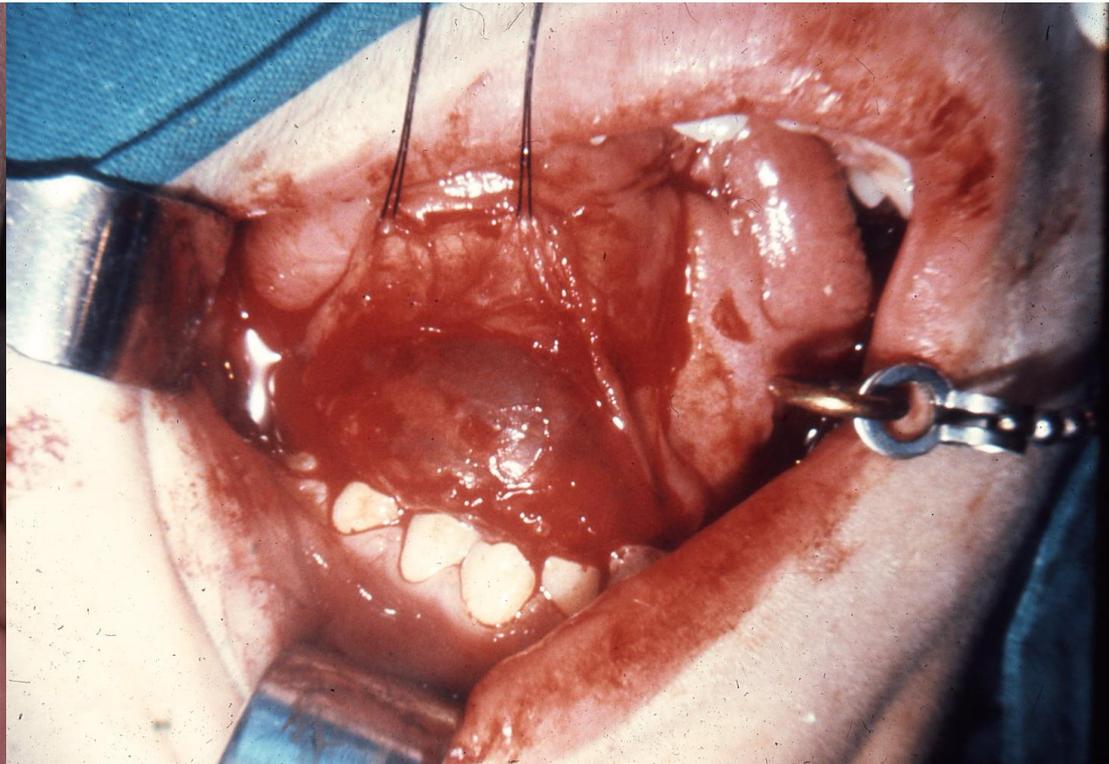


RÁNULA

- ▶ MUCOCELE DEL SUELO DE BOCA GRANDE
- ▶ TX + MALFORM. C. EXCRETORES
- ▶ GL. SUBLINGUAL
- ▶ BLANDA, DEPRESIBLE, AZULADA.
- ▶ DIAGNÓSTICO: CLINICO-RM
- ▶ TTO: EXERESIS
- ▶ RECIDIVAS



RÁNULA



SINDROME DE SJÖGREN

- ▶ ENF. CRÓNICA AUTOINMUNE
- ▶ TRIADA
 - Queratoconjuntivitis seca
 - Xerostomia
 - Enfermedad Reumatica (+ Artritis reumatoide)
- ▶ INFILT. LINFOPLASMOCITARIO
- ▶ TTO:
 - SINTOMATICO
 - MULTIDISCIPLINAR

Sarcoidosis

- ▶ Enfermedad granulomatosa sistémica
- ▶ Manifestaciones:
 - Oral: Gl. Salival menores sobre todo labial
 - Parotidomegalia y parálisis facial intermitente
- ▶ S de Heerfordt (Parálisis+ sialomegalia+ uveítis)

S Mikulicz

- ▶ Aumento del tamaño de las glándulas lacrimal y salival debida a la infiltración de elementos linfocíticos por enfermedad linfomatosa maligna

TUMORES GLANDULAS SALIVALES

➤ 3-5% T. DE CABEZA Y CUELLO

➤ *Benignos 4:1 Malignos*

❖ 80% PARÓTIDA:

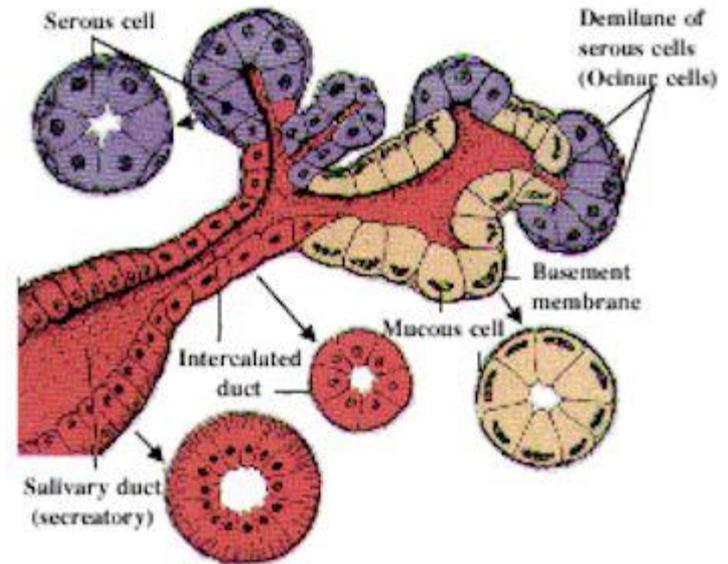
❖ 75% BENIGNOS

❖ 25% MALIGNOS

❖ 10% SUBMAXILAR: 50% MALIGNOS

❖ 9% GL.MENORES: 65% MALIGNOS

❖ 1% SUBLINGUAL: 80% MALIGNOS



TUMORES GLANDULAS SALIVALES

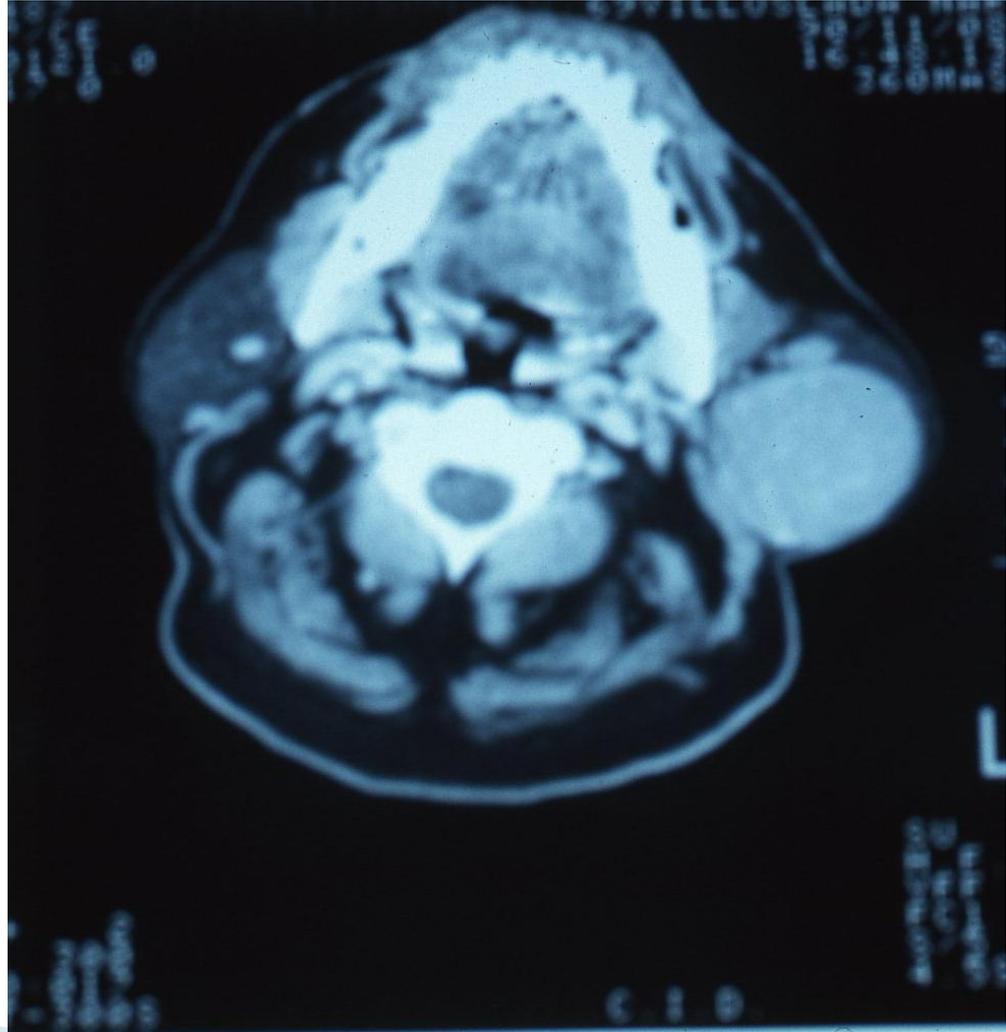
- ▶ BIOPSIA / CITOLOGÍA (PAAF)



ADENOMA PLEOMORFO T. MIXTO) I

- ▶ 80% TOTALIDAD T.DE GL. MAYORES
- ▶ CLINICA:
 - TUMORACIÓN + SIGNOS (-)
 - DURO BIEN DELIMITADO
 - SIGNO DE NELATON
 - TAC
 - MALIGNIZACIÓN 5%

ADENOMA PLEOMORFO (T. MIXTO) I



ADENOMA PLEOMORFO (T.MIXTO)

II

▶ HISTOLOGÍA: Complejidad estructural:

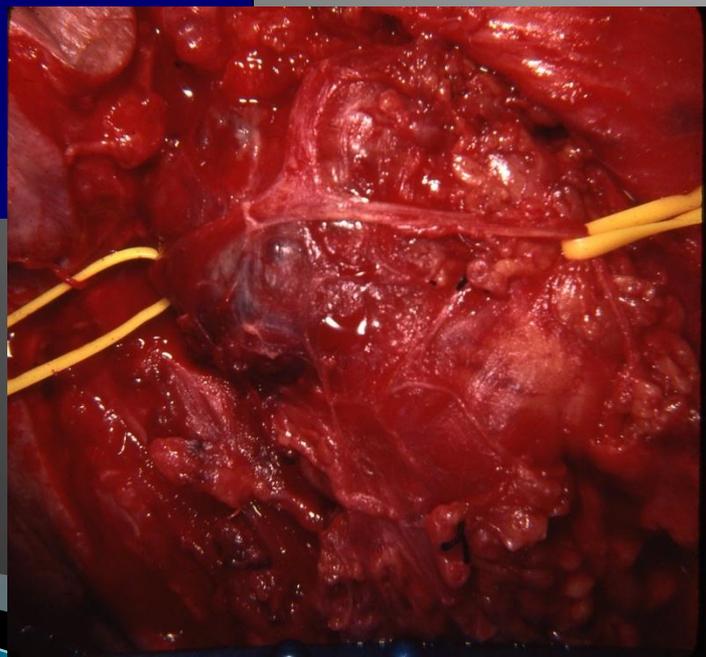
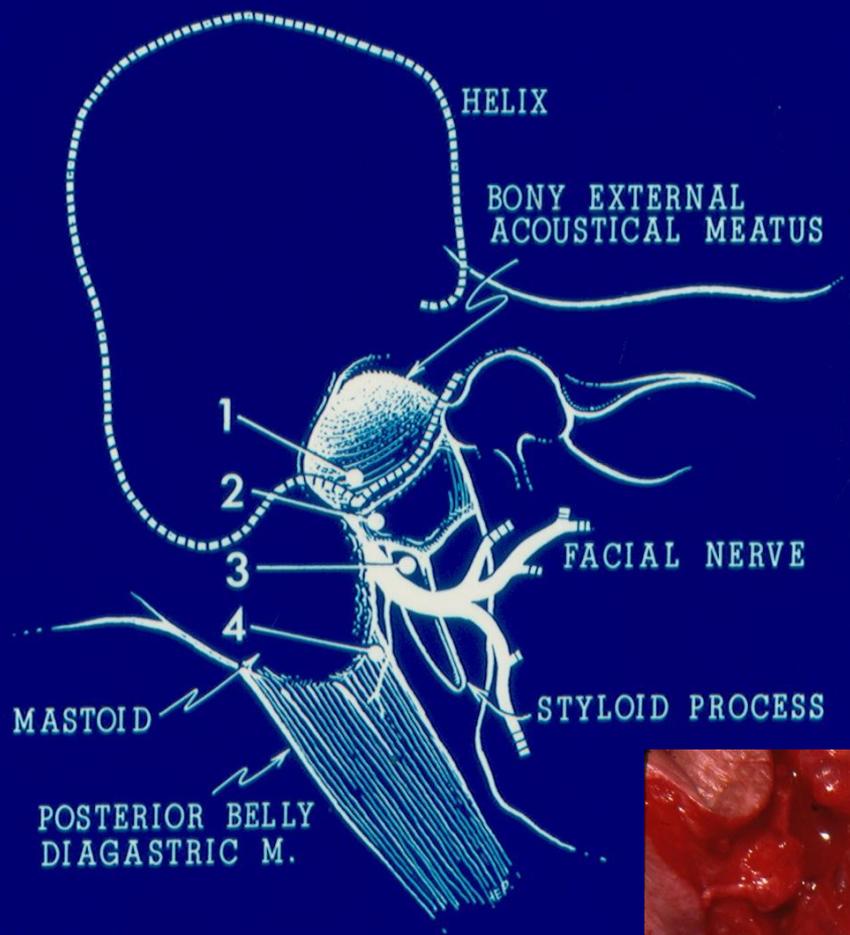
Pleomorfismo:

- TEJ. EPITELIAL
- T.MIXOIDE-CONDROIDE
- C.MIOEPITELIALES
- MATERIAL MUCOIDE

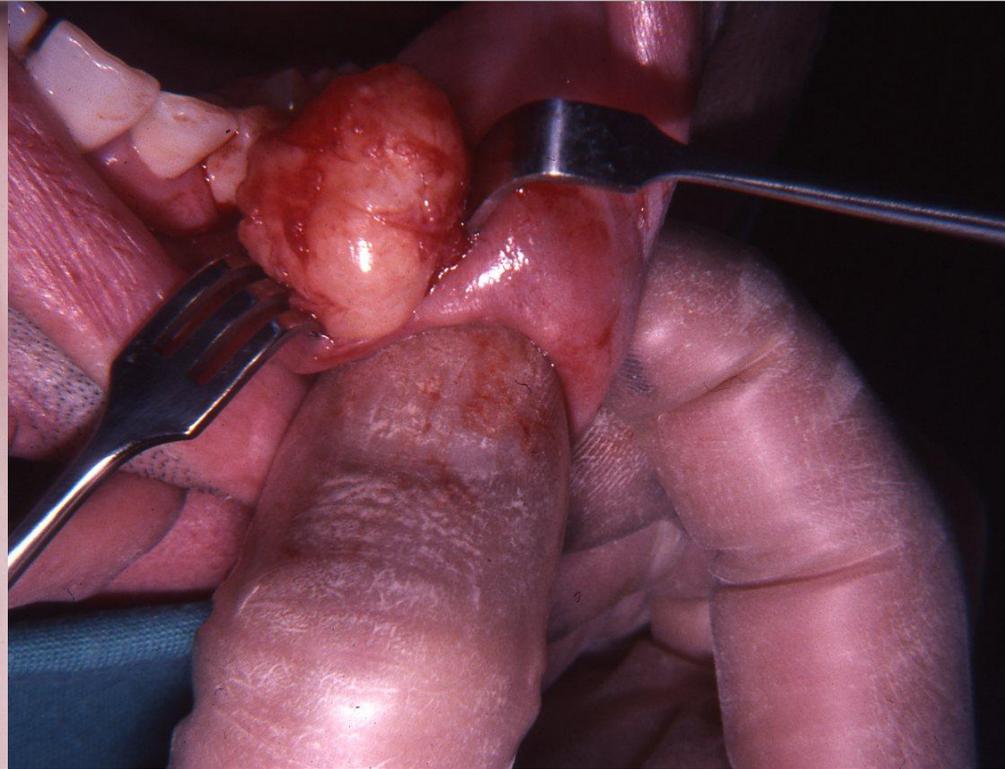
▶ TTO:

- PAROTIDECTOMÍA CONSERVADORA
- SUBMAXILECTOMIA
- EXERESIS (G.S. MENORES)





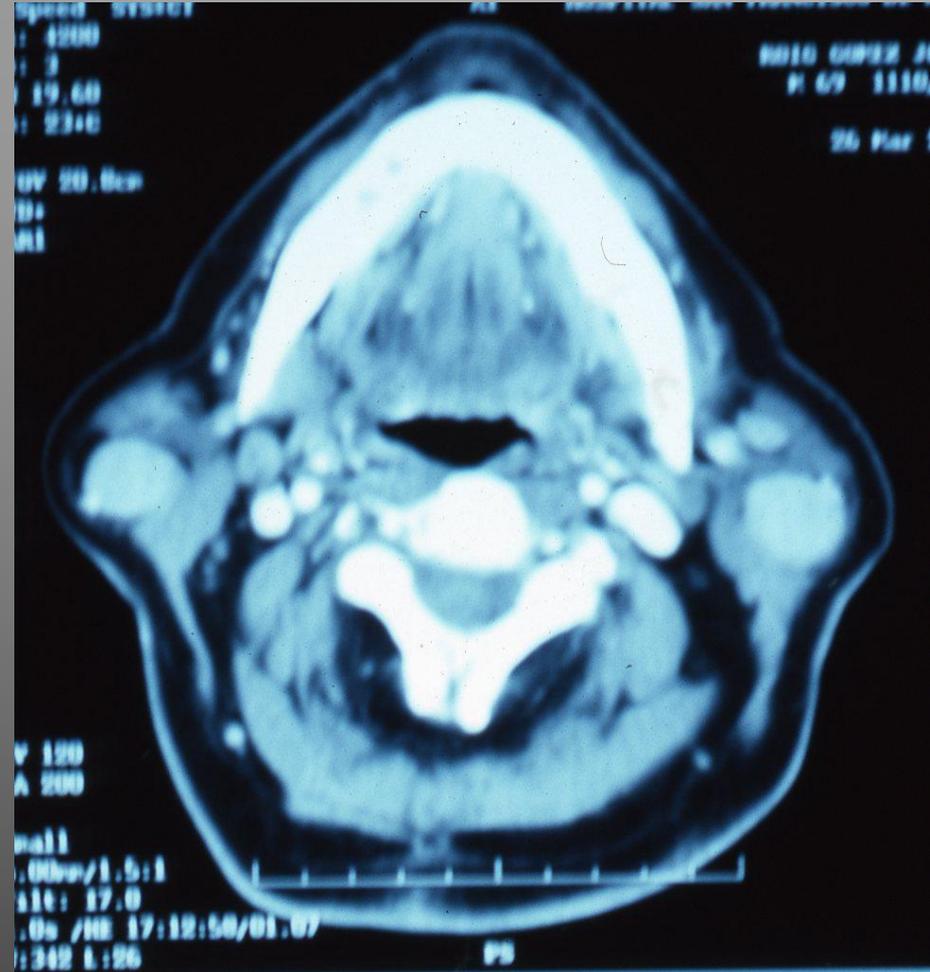
ADENOMA PLEOMORFO



TUMOR DE WARTHIN

- ▶ 2º EN FRECUENCIA (5ª DECADA)
 - ▶ PAROTIDA
 - ▶ MULTICENTRICO-BILATERALIDAD
 - ▶ CONSISTENCIA QUÍSTICA
 - ▶ CAPTACIÓN Tc.99
 - ▶ TTO: Parotidectomia conservadora.
- 

TUMOR DE WARTHIN



TUMORES MALIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES

- ▶ 10–15% DE T. SALIVALES
- ▶ Clínica
 - CRECIMIENTO RÁPIDO
 - DOLOR
 - PARESIA / PARÁLISIS FACIAL
 - DUREZA PÉTREA
 - INFILTRACIÓN CUTÁNEA
 - METÁSTASIS CERVICALES
- ▶ PEOR PRONÓSTICO: SM–SL

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE (I)

- ▶ TUMOR DERIVADO DEL EPITELIO DUCTAL – GL. MAYORES (75%) Y MENORES (25%)
- ▶ ES EL TUMOR MALIGNO MAS FRECUENTE EN PAROTIDA
- ▶ BAJO GRADO (80%) ± T. MIXTO
- ▶ ALTO GRADO:
 - DOLOR – ULCERACIÓN
 - INVASIÓN PERINEURAL
 - METASTASIS LINFATICAS – RECIDIVAS

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE (II)

- ▶ GL. S. MENORES MUCOCELE
- ▶ TTO:
 - PAROTIDECTOMIA
CONSERVADORA O RADICAL
 - TUMORECTOMIA
 - VACIAMIENTO GANGLIONAR
CERVICAL / RT
 - CURACIÓN 15 AÑOS:
 - 48% BAJO GRADO / 25% ALTO
GRADO

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO (CILINDROMA)

- ▶ 25% TUMORES MALIGNOS
- ▶ EL + FRECUENTE EN GL. MENORES (PALADAR)
- ▶ CLINICA:
 - CRECIMIENTO LENTO
 - DOLOR NEURALGICO
 - INFILTRACIÓN PERINEURAL – PERIOSTICA – OSEA
 - METASTASIS HEMÁTICAS (PULMON – CEREBRO)
- ▶ TTO:
 - RADICALIDAD
 - RADIOTERAPIA

T.MIXTO MALIGNIZADO

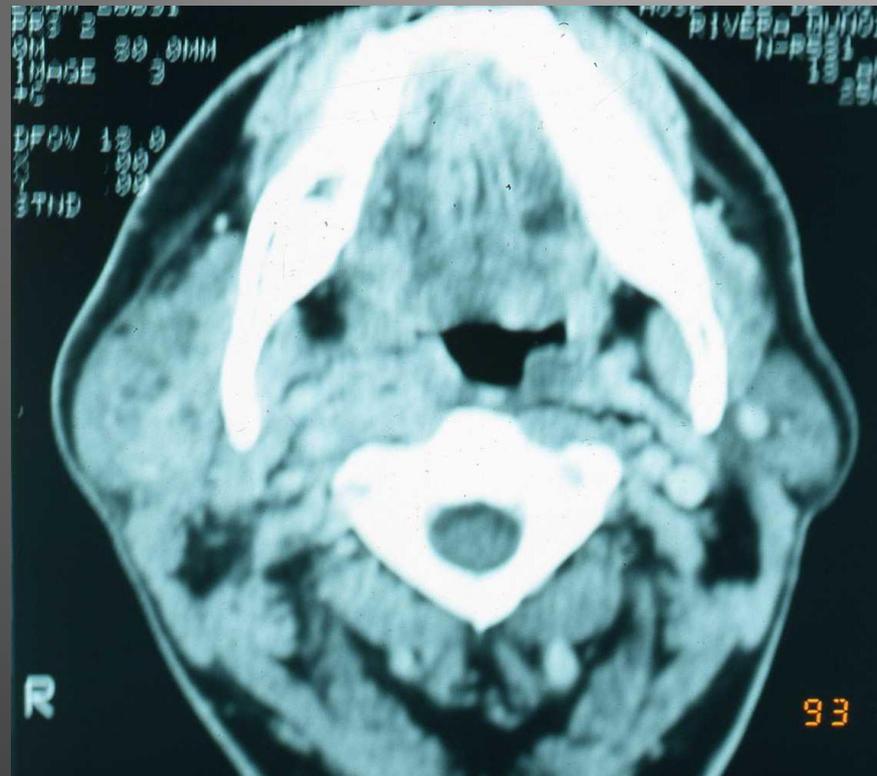
- ▶ 2% DE ADENOMAS PLEOMORFOS DESPUES DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN:
 - CRECIMIENTO RAPIDO
 - AUMENTO DE CONSISTENCIA
 - DOLOR
 - AFECTACIÓN N.FACIAL

- ▶ CONSIDERAR COMO FACTOR:
 - SIEMBRAS
 - RECIDIVAS

CARCINOMAS

- ▶ MAS FRECUENTES EN GL. SALIVARES MAYORES
- ▶ Clínica
 - RAPIDO CRECIMIENTO CON DOLOR
 - INFILTRACIÓN CUTÁNEA
 - AFECTACIÓN TEMPRANA DE N.FACIAL
 - RECIDIVAS LOCALES
 - METASTASIS LINFÁTICAS
- ▶ ADENOCARCINOMA: supervivencia 5 años 75%
- ▶ CARCINOMA EPIDERMOIDE: supervivencia 5 años 25%
- ▶ ANAPLÁSICO (Met. Hemáticas):supervivencia 5 años 10%

CARCINOMAS





Gracias por su Atención