

Tema 24. PATOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

INDICE

1. Introducción

- 1.1. Recuerdo anatómico
- 1.2. Clínica y exploración

2. Patología No Tumoral

- 2.1. Infecciones virales
 - 2.1.1. Parotiditis aguda epidémica (paperas)
 - 2.1.2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- 2.2. Infecciones bacterianas
 - 2.2.1. Parotiditis aguda bacteriana
 - 2.2.2. Parotiditis crónica recidivante de la infancia
- 2.3. Litiasis salival
- 2.4. Síndrome de Sjögren

3. Patología Tumoral

- 3.1. Tumores benignos
 - 3.1.1. Adenoma pleomorfo
 - 3.1.2. Cistoadenolinfoma
 - 3.1.3. Otros tumores benignos
- 3.2. Tumores malignos
 - 3.2.1. Carcinoma mucoepidermoide
 - 3.2.2. Carcinoma adenoide quístico
 - 3.2.3. Carcinoma en adenoma pleomorfo
 - 3.2.4. Otros tumores malignos

4. Fundamentos de la cirugía de las glándulas salivales

1. Introducción

1.1. Recuerdo anatómico

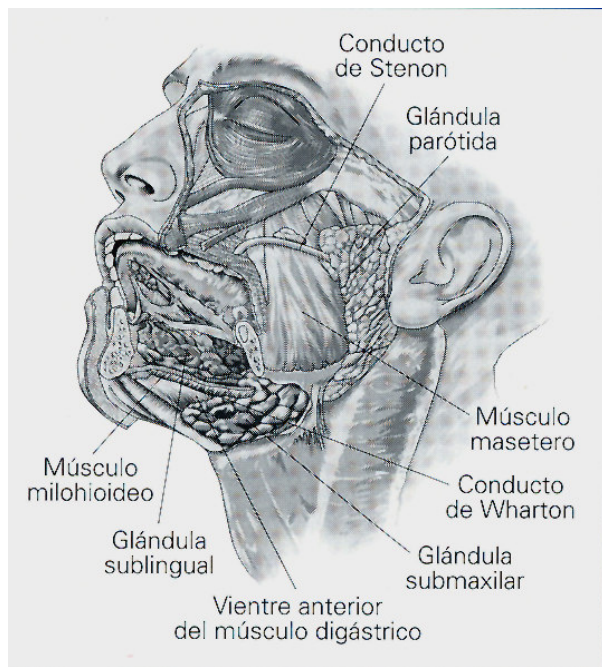
Existen 3 pares de glándulas salivales mayores: parótida, submaxilar y sublingual, y alrededor de 800 glándulas salivales menores, situadas fundamentalmente en la cavidad oral y la orofaringe. La función del conjunto de ellas es la producción de saliva.

La **glándula parótida** es la de mayor tamaño, está contenida en la fosa retromandibular y está recubierta por una cápsula que es un desdoblamiento de la fascia cervical superficial. Limita profundamente con la rama ascendente de la mandíbula y el músculo masetero, por detrás limita con el conducto auditivo externo, cranealmente con el cigoma e inferiormente con el músculo esternocleidomastoideo. Drena en la boca a través del conducto de Stenon a la altura del 2º molar superior. Tiene una relación muy importante con el nervio facial, que se divide

en su espesor en sus cinco ramas distales.

Funcionalmente está compuesta de acinis 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. Esta atravesada por la arteria facial y tiene dos relaciones nerviosas de vecindad



importantes: el nervio hipogloso y el nervio lingual. Segrega saliva seromucosa.

La **glándula sublingual** está situada en los dos tercios anteriores del suelo de la boca. Tiene acinis mucosos y drena en el suelo de la boca a través de los múltiples conductos de Rivinus.

1.2. Clínica y exploración

Dentro de la orientación clínica la parte más definitoria corresponde a la **anamnesis** que debe recoger los síntomas, su inicio, periodicidad, duración y patología asociada.

El **examen físico**, incluye la inspección y la palpación. Debe precisarse si existe tumefacción, tumoración, el aspecto de la piel y del conducto excretor. En ciertas patologías inflamatorias es muy útil realizar una palpación bimanual con expresión glandular.

El **estudio por la imagen** es útil para confirmar la impresión clínica. Las técnicas utilizadas han cambiado en los últimos años: actualmente tienen mayor peso y utilidad la tomografía computerizada y la resonancia magnética.

El **estudio histológico** es la clave diagnóstica de toda la patología de las glándulas salivales. El estudio citológico con punción-aspiración con aguja fina (PAAF) puede tener utilidad en manos de un citólogo experimentado. En general en la patología tumoral no se realizan biopsias sino exéresis amplias, que en el caso de la parótida consisten en una parotidectomía suprafacial y en el caso de las demás su extirpación completa.

2. Patología no tumoral

2.1. Infecciones virales

2.1.1. Parotiditis aguda epidémica (paperas)

Concepto. Infección vírica de ambas parótidas por virus del grupo paramixovirus. También existen cuadros clínicos similares producidos por otros agentes víricos, entre los que destacan el virus coxsackie, el virus ECHO y el citomegalovirus.

Epidemiología. Enfermedad típica de la infancia, con un pico de incidencia entre los 4 y los 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.

Clínica. Se caracteriza por la aparición súbita de una tumefacción parotídea con dolor asociado, que habitualmente ha venido precedida por fiebre y malestar. La saliva es clara.

Dado el carácter neurotrópo del virus causal, pueden presentarse lesiones irreversibles en el nervio auditivo con sordera uni o bilateral. Simultáneamente con las glándulas salivales, o posteriormente, puede afectarse el páncreas, los testículos, los ovarios (puede provocar esterilidad) y el sistema nervioso central (encefalitis).

Diagnóstico. Se realiza por la historia clínica y los datos de la exploración física.

Tratamiento. Es sintomático, incluyendo reposo, analgésicos, calor local y forzar una buena hidratación. En la mayoría de casos la enfermedad confiere inmunidad para toda la vida.

Hoy en día su incidencia en España está disminuyendo gracias a la vacunación universal, que se administra (junto con la de la rubéola y la del sarampión) habitualmente a los 15 meses de vida, con una dosis de recuerdo a los 4 años.

2.1.2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Concepto. La infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida puede producir una hipertrofia linfoproliferativa con quistes en el espesor de las glándulas salivares. No se conoce si la lesión se produce directamente por la acción del virus o por un incremento linfoproliferativo.

Clínica. Se produce una tumoración difusa de una o ambas parótidas. En muchos pacientes aparece xerostomía. A menudo se acompaña de adenopatías cervicales.

Diagnóstico. En la exploración por imagen se detecta la presencia de quistes múltiples de parótida, frecuentemente bilaterales. Los quistes múltiples de parótida obligan a descartar una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. El diagnóstico definitivo se obtiene con la correlación de la historia con los hallazgos de laboratorio típicos de esta infección.

Tratamiento. Es el propio de los individuos afectados por el VIH. En ocasiones se utiliza cirugía o radioterapia a bajas dosis a nivel de los quistes parotídeos.

2.2. Infecciones bacterianas

2.2.1. Parotiditis aguda bacteriana

Concepto. Se trata de la infección bacteriana de una o ambas glándulas parótidas que suele afectar a pacientes con mal estado general. Ocasionalmente puede aparecer en la glándula submaxilar.

Epidemiología y etiología. Hoy en día es menos frecuente que hace unos años. Se presenta preferentemente en ancianos, generalmente tras una cirugía abdominal o cardio-torácica, donde la disminución de la secreción salival y la ectasia de saliva favorecen la infección. El agente causal mas frecuente es *Staphylococcus aureus* seguido de *Streptococcus pneumoniae*.

Clínica. Se produce una tumefacción inflamatoria de toda la glándula con dolor intenso, fiebre y mal estado general. Aparece secreción purulenta por el conducto de Stenon. Frecuentemente aparece trismus.

Diagnóstico. Se basa en la clínica y los datos exploratorios.

Tratamiento. 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 precisa drenaje quirúrgico.

2.2.2. Parotiditis crónica recidivante

Concepto. Se trata de inflamaciones recidivantes con sobreinfección de una glándula parótida.

Epidemiología y etiología. Es una enfermedad de patogenia desconocida. Se da preferentemente en la infancia y se supone que existen ectasias congénitas del conducto excretor como factor predisponente, sobreinfectándose posteriormente.

Clínica. El paciente presenta episodios repetidos de inflamación unilateral de una glándula parotídea. La glándula aparece indurada y dolorosa, segregando una saliva espesa y lechosa, a veces francamente purulenta. Los ataques se repiten a intervalos irregulares, mientras que en los períodos intercrisis el paciente se halla asintomático.

Diagnóstico. Se realiza por la anamnesis y la evolución clínica.

Tratamiento. No se conoce tratamiento etiológico. En las formas infantiles existe la tendencia a mejorar espontáneamente al llegar a la pubertad. El tratamiento con antibióticos puede acortar los brotes. Se aconseja el masaje de la glándula por el propio paciente. En casos muy reiterativos se realiza una parotidectomía.

2.3. Litiasis salival (Sialolitiasis)

Concepto. Consiste en la aparición de cálculos en los conductos de excreción de una glándula salival que provocan obstrucción y un proceso inflamatorio secundario.

Epidemiología y Etiología. Es una enfermedad del adulto, presentándose sobretodo entre la 5ª y 8ª década 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 submaxilar presenta aproximadamente el 85% de los



cálculos; la parótida el 14% y la sublingual el 1%.

En cuanto a la génesis del cálculo se cree que los tapones mucosos o detritus celulares forman el nido para el depósito de calcio inorgánico y sales fosfatadas que formarán el cálculo.

Clínica. Hay dos grandes formas de presentación: aguda y crónica. En la forma aguda el paciente presenta una súbita hinchazón muy dolorosa de la glándula afecta, que aparece típicamente en el momento de la ingesta alimentaria. Al continuar comiendo aumenta la distensión.

En la forma crónica o recidivante los pacientes presentan tumefacción recidivante de la glándula afectada durante las comidas (debido a la obstrucción del conducto excretor) y después de ellas. *Diagnóstico.* El diagnóstico se basa en la clínica, y puede corroborarse al palpar el cálculo (palpación bimanual del ducto afecto). Cuando el contenido en calcio es elevado, los cálculos pueden visualizarse en la radiografía simple.

Tratamiento. El tratamiento inicial se basa en analgésicos, relajantes y medidas locales. Cuando es posible se realiza la extirpación del cálculo, lo que comporta una rápida desaparición del dolor. En los casos recidivantes debe procederse a la extirpación de la glándula salival correspondiente.

2.4. Síndrome de Sjögren

Concepto. Es una enfermedad de carácter autoinmune que se caracteriza por la inflamación y destrucción de las glándulas lagrimales y salivales. Se produce una infiltración linfocitaria destructiva que conlleva un aumento del tamaño de las glándulas salivares, en especial la parótida.

Epidemiología y Etiología. La causa es desconocida. Tiene un claro predominio en mujeres, iniciándose entre los 40 y los 60 años.

Clínica. Hay dos formas de Sjögren: forma primaria y forma secundaria. La forma primaria consiste en el síndrome seco sólo, mientras que la secundaria dicho síndrome seco se acompaña de afectación del tejido conectivo, especialmente con artritis reumatoide. Hay hipertrofia parotídea en el 80% de las formas primarias y en el 35% de las secundarias. A nivel salival y lagrimal se caracteriza por la xerostomía y la queratoconjuntivis seca.

Diagnóstico. El diagnóstico se confirma mediante la presencia de anticuerpos específicos y mediante la biopsia de la glándulas salivales labiales menores.

Tratamiento. Es problemático por desconocer la etiología. Está encaminado a combatir la sequedad, la afectación glandular salival y las alteraciones sistémicas. Para la sequedad de la boca y faringe se administra saliva artificial.

	TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
Crecimiento	Lento, a menudo durante años	Mucho más rápido
Forma	Redondeados	Polimorfos
Dolor	Casi nunca	Habitual
Consistencia	Elástica	En general pétreo
Afectación partes blandas	Nunca	Habitual al crecer
Afectación ganglionar	Nunca	Pueden afectarse
Afectación nerviosa	Nunca	Habitual al crecer, sobretodo el nervio facial

Tabla 1

3. Patología tumoral

Los tumores salivales se dividen en benignos y malignos. El 80% de todos los tumores salivales se dan en la parótida, y de estos el 80% son benignos, correspondiendo la mayoría a adenomas pleomorfos. El 20% de los tumores parotídeos, el 35% de los submaxilares y el 50% de los de las glándulas menores son malignos.

La tabla I muestra las características diferenciales entre los tumores benignos y los tumores malignos. La afectación facial casi siempre indica malignidad. Sin embargo, estos datos clínicos no son definitivos, y sólo el análisis anatomopatológico del tumor dará el diagnóstico definitivo, motivo por el que delante de cualquier tumor de glándula salival se aconseja su extirpación quirúrgica completa.

3.1. Tumores benignos

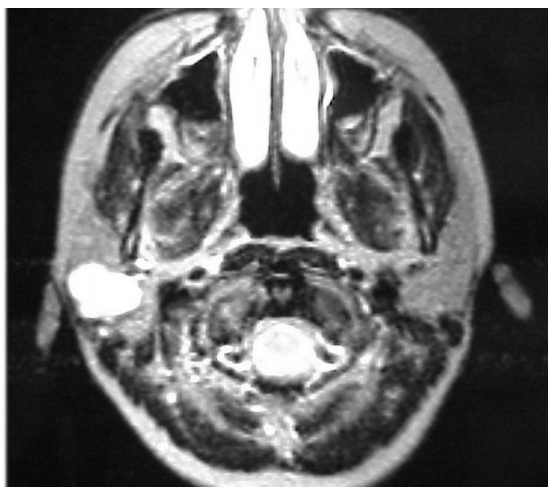
3.1.1. Adenoma pleomorfo

Concepto. Es un tumor benigno de cápsula variable caracterizado por la proliferación de células epiteliales y células mioepiteliales entremezcladas. Antiguamente se denominaba tumor mixto.

Epidemiología. Es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales. Es algo más frecuente en el sexo femenino y se presenta sobretodo en la parótida. Se puede transformar en maligno en aproximadamente el 4% de los casos.

Clínica. Se presenta como un tumor redondeado, no doloroso, que crece lentamente en el transcurso de los años. Nace preferentemente en el lóbulo superficial de la parótida. En los pocos casos en que nace del lóbulo profundo puede invadir el espacio parafaríngeo.

Diagnóstico. La sospecha de tumor benigno se basa en la clínica y la exploración. Cuando se



realiza un estudio por la imagen se constata la presencia de una tumoración no infiltrante y bien delimitada en el interior de la parótida. La citología puede orientar pero el diagnóstico definitivo se establece con el estudio histológico de la pieza extirpada.

Tratamiento. El tratamiento es quirúrgico. Habitualmente consiste, en la parótida, en una parotidectomía superficial con

preservación del nervio facial. Cuando asienta en la submandibular se extirpa toda la glándula. El pronóstico en principio es muy bueno. El porcentaje de recidivas es inferior al 5% cuando se operan adecuadamente. Dicho porcentaje aumenta mucho cuando se realizan exéresis insuficientes o enucleaciones, así como en la cirugía de las recidivas. El riesgo de

degeneración maligna aumenta en las recidivas o cuando se trata de un tumor que no se ha operado y se ha dejado crecer durante mucho tiempo.

3.1.2. Cistoadenolinfoma (Tumor de Warthin)

Concepto. Se trata de un tumor benigno compuesto por estructuras glandulares y quísticas, con un estroma que contiene una cantidad variable de tejido linfático con folículos linfocitos.

Epidemiología. Es exclusivo de la parótida y supone entre el 5 y el 15% de los tumores de dicha glándula. Es más frecuente en varones, y su edad de presentación más habitual es a partir de los 50 años. Se suele desarrollar a partir de la parte suprafacial, muy a menudo en el polo inferior.

Clínica. Clínicamente se presenta como un tumor asintomático, de crecimiento lento, de consistencia elástica, móvil y no doloroso. Nunca se transforma en maligno. Puede ser multicéntrico y bilateral.

Diagnóstico. Se sospecha por la clínica y se confirma con el estudio histológico.

Tratamiento. Es quirúrgico y consiste en una parotidectomía suprafacial. Las recidivas son excepcionales.

3.1.3. Otros tumores benignos

Los adenomas pleomorfos y los cistoadenolinfomas suponen alrededor del 80% de todos los tumores benignos de las glándulas salivales. Además existe una larga lista de tumores menos habituales, la mayoría de los cuales son adenomas monomorfos. Los más importantes son el adenoma mioepitelial, el adenoma de células basales y el adenoma oncocítico.

Todos ellos se presentan como tumores de crecimiento lento, no doloroso y de consistencia más o menos elástica. El tratamiento es quirúrgico, habitualmente una parotidectomía suprafacial en el caso de la parótida y una submandibulectomía en el caso de la submandibular. El análisis histológico dará el diagnóstico definitivo.

Tumores Malignos

3.2.1 Carcinoma mucoepidermoide

Concepto. Se trata de un tumor caracterizado por la presencia de células escamosas, células productoras de moco y células de tipo intermedio, que tiene un comportamiento variable, y que en anteriores clasificaciones se consideraba de malignidad intermedia.

Epidemiología. El lugar más frecuente de aparición es la parótida. Es el tumor maligno de glándulas salivales más frecuente en niños, aunque su máxima incidencia se sitúa entre los 30 y 60 años, distribuidos por igual en varones y en mujeres. Representa el 20% de los tumores malignos de la parótida.

Clínica. Existen dos formas de comportamiento y presentación: bajo grado de malignidad (aproximadamente el 80% de los casos) y alto grado de malignidad. Los de bajo grado de malignidad se presentan como un tumor circunscrito, no doloroso, de crecimiento lento, consistencia sólida y poca capacidad invasiva. Los de alto grado de malignidad se manifiestan como un tumor de crecimiento rápido al que se añade rápidamente dolor, parálisis facial y adenopatías cervicales. Estas formas de mayor malignidad también tienen una notable capacidad de diseminación a distancia.

Diagnóstico. Se confirma con el estudio histológico de la pieza extirpada.

Tratamiento. El tratamiento es quirúrgico, realizando una parotidectomía con preservación del nervio facial cuando no se halla afectado. En el caso de los tumores de alto grado de malignidad se suele asociar vaciamiento cervical y radioterapia postoperatoria. Los tumores de bajo grado presentan una buena curación con una supervivencia a los 5 años del 90%, mientras que para los de alto grado de malignidad se sitúa alrededor del 40% a 5 años.

3.2.2. Carcinoma adenoide quístico

Concepto. Se trata de un tumor maligno infiltrante formado por dos tipos de células: células mioepiteliales y células de recubrimiento de los conductos glandulares. Tiene una marcada tendencia a invadir los espacios perineurales y perivasculares. Antiguamente se denominaba cilindroma.

Epidemiología. Es el tumor maligno más frecuente de la glándula submaxilar, y supone aproximadamente el 12% de los tumores malignos de la parótida. Afecta más a las mujeres, y la edad de presentación más habitual es entre los 40 y los 60 años.

Clínica. Es un tumor de crecimiento lento, que se caracteriza por su capacidad para dar dolores y parestesias. En la parótida produce parálisis facial en aproximadamente el 30%. Da pocas adenopatías cervicales (alrededor del 15%), pero en cambio son más habituales las metástasis a distancia (sobre todo en pulmón) que suelen ser de lenta evolución, bien soportadas, permitiendo una expectativa de vida relativamente larga.

Diagnóstico. La sospecha se establece por la clínica y las pruebas de imagen, mientras que la certeza diagnóstica sólo puede obtenerse por la histología.

Tratamiento. El tratamiento es la extirpación quirúrgica amplia seguida de radioterapia postoperatoria. En caso de recidiva, esta puede aparecer muy tarde (hasta 15 años). La supervivencia a los 5 años es del 70% y a los 20 años del 20%.

3.2.3. Carcinoma sobre un adenoma pleomorfo

Concepto. Es un carcinoma que aparece o proviene de la malignización de un adenoma pleomorfo. También se denomina tumor mixto maligno.

Epidemiología. Se da en la parótida 10 veces más que en la submaxilar. La frecuencia de malignización de los adenomas pleomorfos se halla alrededor del 4%, y aumenta con la antigüedad del tumor, por ello afecta fundamentalmente a pacientes mayores.

Clínica. Aparece en pacientes con una tumoración parotídea o submaxilar que durante años no ha producido otra sintomatología que el trastorno estético y que bruscamente inicia un rápido crecimiento, a menudo con dolores y parálisis del nervio facial. Presenta adenopatías e infiltración tumoral de la piel en el 25% de los casos.

Diagnóstico. La clínica es muy sugestiva y la histología confirma el diagnóstico.

Tratamiento. El tratamiento se basa en la cirugía amplia con vaciamiento radical de cuello, habitualmente seguida de radioterapia postoperatoria.

3.2.4. Otros tumores malignos

Además de los tres tipos de tumores mencionados anteriormente, en las glándulas salivales aparecen otros muchos tipos de tumores malignos. Los más frecuentes son los de naturaleza epitelial (como los tres estudiados hasta ahora) siendo los más habituales el **carcinoma de células acinosas**, el **adenocarcinoma**, el **carcinoma escamoso** y el **carcinoma mioepitelial**. Clínicamente se presentan como tumores de crecimiento rápido. El tratamiento consiste en cirugía radical seguida de radioterapia. Además, en la parótida se pueden presentar **linfomas malignos**.

4. Fundamentos de la cirugía de las glándulas salivales

Las tres técnicas quirúrgicas más utilizadas en el tratamiento quirúrgico de las glándulas salivales son: parotidectomía suprafacial, parotidectomía total y la extirpación de la glándula submandibular.



La **parotidectomía suprafacial** es la intervención quirúrgica donde se extirpa toda la glándula que queda superficial al nervio facial. Para ello es imprescindible proceder a preservar e identificar el tronco del nervio facial, justo después de su salida del agujero estilomastoideo cuando penetra en la

glándula parótida. A continuación se disecan sus ramas, extirpando el tejido que queda superficial a las mismas.

La **parotidectomía total** es el procedimiento quirúrgico donde se extirpa toda la glándula parótida. Cuando el nervio facial puede preservarse, primero se realiza una parotidectomía suprafacial y, a continuación, separando cuidadosamente el nervio facial se procede a extirpar la parte profunda. En los casos donde el nervio deba sacrificarse, la parálisis facial será completa e irreversible por lo que se debe valorar en cada caso las posibilidades de reparar o aliviar las consecuencias de la misma.

La **extirpación de la glándula submandibular** se realiza través de una incisión en la parte alta del cuello. Se procede a identificar la glándula liberándola de las estructuras circundantes, fundamentalmente rama submentoniana del nervio facial, nervio hipogloso y nervio lingual. Finalmente se extirpa la glándula tras seccionar el conducto de Wharton que previamente se ha ligado.

TABLA I

	TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
Crecimiento	Lento, a menudo durante años	Mucho más rápido
Forma	Redondeados	Polimorfos
Dolor	Casi nunca	Habitual
Consistencia	Elástica	En general pétreo
Afectación partes blandas	Nunca	Habitual al crecer
Afectación ganglionar	Nunca	Pueden afectarse
Afectación nerviosa	Nunca	Habitual al crecer, sobretodo el nervio facial