



Loravi.

Patología de Glándulas salivales

2003 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

Loravi.

Patología de Glándulas salivales

La patología de la saliva se puede dividir en patología que afecta cualitativamente o cuantitativamente a esta, cuantitativamente se divide en:

Hiposialia: disminución de saliva, corriente en personas de edad. Condiciona la presencia de candidiasis, caries y otras alteraciones debidas al cambio ecológico. También se puede dar xerostomía por fármacos que se dan en hipertensión, antihistaminicos, antidepresivos, enf. inmunológicas, etc.

Sialorrea: Poco frecuente, se ve en retardados mentales, la condición no es muy importante con relación a la xerostomía

La patología de las glándulas salivales podemos dividirla en:

1. **Alteraciones del desarrollo:**

- Intraósea (defecto de Stafne), glándulas accesorias parótidas
- Oncocytosis.

2. **Sialoadenitis:**

- Bacteriana aguda
- Bacteriana crónica
- Endémica viral
- Citomegalovirus
- TBC
- Por arañazo de Gato
- Asociada al Sida
- Sarcoidosis
- Sialometaplasia del paladar

3. **Desordenes Obstructivos**

- Mucocele por extravasación.
- Mucocele por retención.
- Ránula.
- Sialolitiasis.

4. **Lesiones por autoinmunidad**

- Lesión linfoepitelial benigna

- Síndrome de Sjögren's
- Sialoadenosis

Las alteraciones del desarrollo mencionadas son:

1. Cuando se evidencia la presencia de glándulas salivales ectópicas (mandíbula, pterigomaxilar)
2. **Oncocytosis:** transformación de células glandulares en células poliédricas, granulosas, sin función ni núcleo típico, multifocal. Corresponde a una forma de envejecimiento de estas células, una especie de metaplasia, corresponde a un hallazgo en necropsias.
3. **Defecto de stafne:** presencia en la mandíbula de una concavidad, que aparece como hallazgo radiográfico en un 0,38% de las ortopantomografías. Es en realidad la impronta de la glándula submaxilar, ubicada en el ángulo de la rama detrás de la pieza 17 y 32, generalmente bilateral, rara vez se ve una impronta de la sublingual pero en el área de los premolares.

De los procesos inflamatorios de las g.salivales hablaremos de 3: la sialoadenitis bacteriana, viral y asociada a litiasis.

1. **Sialoadenitis viral:** la forma más común, corresponde a las paperas, provocadas por un virus praxamivirus, habitualmente se ven afectadas las parotidas. Si viéramos histopatología encontraríamos tej glandular con PMNN y luego son remplazados por células crónicas.
2. **Citomegalovirus:** corresponde a un virus herpes 5, tenemos normalmente una latencia de ellos en el organismo tanto en macrófagos, histiocitos, células endoteliales y glándulas salivales por tanto tenemos anticuerpos para estos. En dos circunstancias estos virus se vuelven en nuestra contra: a) en recién nacidos cuya primo infección es muy grave o b) en inmunosupresión, muy grave (tanto así que es un indicador de la posibilidad de SIDA), VIH y transplantados. En la biopsia se ve una destrucción de las G salivales, ductal, con células con gran núcleo y nucleolo prominente, como de ojo de lechuga. Se le adjudica la formación del sarcoma de kapossi.
3. **VIH:** Las manifestaciones del Sida en glándulas salivales se dan especialmente en niños como la prima manifestación de este mal, donde se ve gran cantidad de linfocitos b (provocado por el poco control debido a la disminución del control de linfocitos t) que invaden el estroma de la glándula y que provocan la subsecuente xerostomía, esto es bilateral. En adultos se da en aquellos muy comprometidos pero no como primera manifestación como es en los niños en aquellos muy comprometidos adultos aparece.
4. **Sialoadenitis bacteriana:** Esta puede ser **aguda** o **crónica**, siendo la crónica la consecuencia de la primera.
Aguda: tej glandular con gran cantidad de PMNN de vasos hiperémicos, espacios blancos, áreas necróticas y destrucción del sistema noble de la glándula.
Crónica: recambio de las células inflamatorias monocitos, linfocitos, mononucleares. Los adenómeros disminuyen y se reemplaza por un estroma colagenizado que implica en una disminución de la función de la glándula.

5. Sialometaplasia necrotizante del paladar: Puede ser producida por un trauma, corresponde a una ulcera traumática dolorosa que no sana, en la biopsia se ve una disrupción de la continuidad epitelial, con fibrina, inflamación y necrosis de la glándula menor que dio origen a la alteración, con un área de mucus, metaplasia escamosa restos de adenomeros mucosos . Recuerda al carcinoma mucoepidermoide, por eso su importancia.

- **Asociado a obstrucción:**

a) **mucocele** (Ránula mucocele del piso de la boca) se da con mucha frecuencia la mayoría son por extravaciación , histologicamente por retención son con un epitelio distendido , un ducto muy dilatado y si se tiene suerte se ve al calculo adyacente a la glándula y inflamación. El calculo es una masa calcificada concéntrica de origen desconocido. Por extravaciación se ve una reacción granulomatosa macrofagica alrededor que a veces genera una reacción epitelioides.

- **Lesiones por autoinmunidad:**

1.- **S de Sjögren's:** se evidencia por fotofobia , poca secreción de secreciones en general. Presenta una infiltración de linfocitos B en estroma se divide en :

- a) incipiente: reacción inflamatoria leve con la estructura glandular aún conservada .
- b) moderada: franca infiltración inflamatoria y leve destrucción.
- c) Severa: inflamación franca y colagenización tej estromal.

2.- **Sialoadenosis Parótida:** se da en alcohólicos y en pacientes que consumen drogas, anoréxicos y bulímicos . Se ve transformación de células parenquimatosas en células grasas, sufriendo degeneración grasa.

[Facilitado por la Universidad de Chile](#)

Súmesese como **[voluntario](#)** o **[donante](#)** , para promover el crecimiento y la difusión de la **[Biblioteca Virtual Universal](#)**.

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente **[enlace](#)**.

