

# Glándulas Salivares

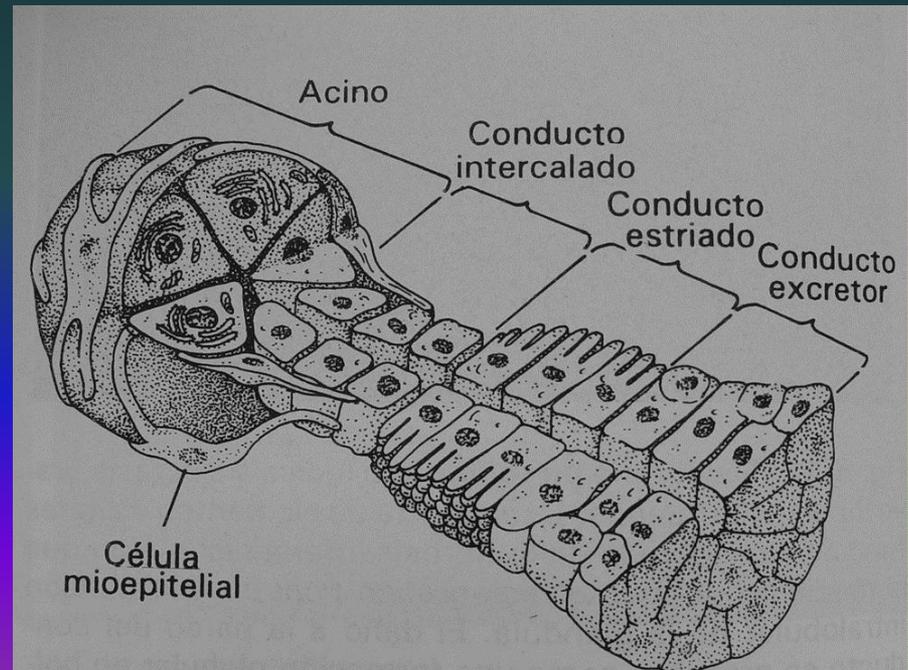
Pablo Emilio Correa  
Cirujano Maxilofacial

Las glándulas salivares son derivados Ectodérmicos.  
Se diferencian 3 tipos de células:

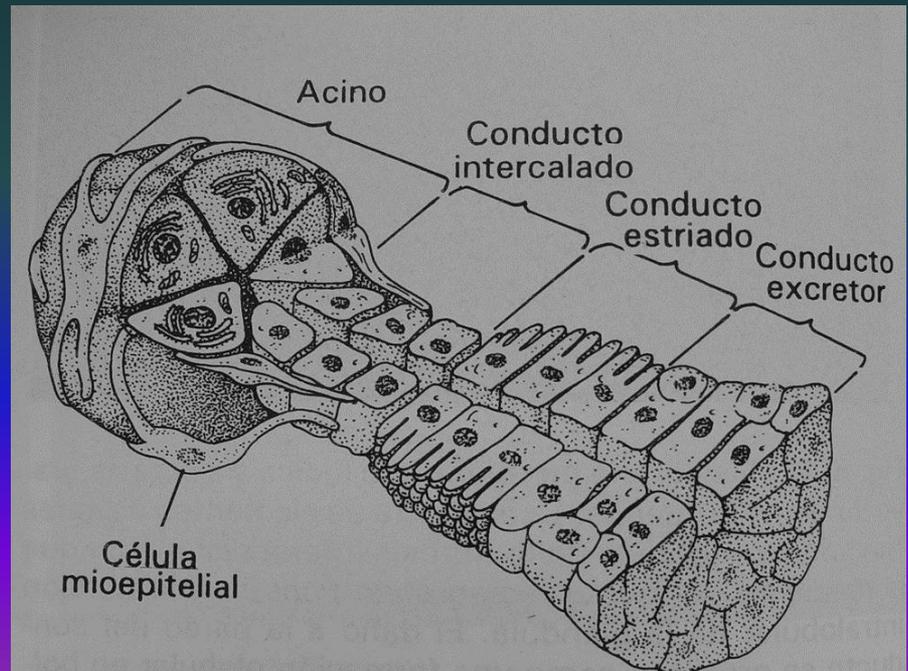
Mucosas

Serosas

Mioepiteliales



El sistema ductal presenta un conducto excretor principal que se divide progresivamente en conductos estriados, intercalados y terminales



# GLÁNDULAS SALIVARES

Parótidas

Mayores

Submaxilares

Sublinguales

Menores



La parótida pesa 15-30 gramos y sus ductos drenan al conducto parotídeo (Stenon)

## Secreción Serosa

Se encuentra en una cápsula fibrosa integrando el sistema musculoaponeurótico (smas) sobre el masetero

El nervio facial divide el parénquima de la glándula en lóbulo profundo y superficial

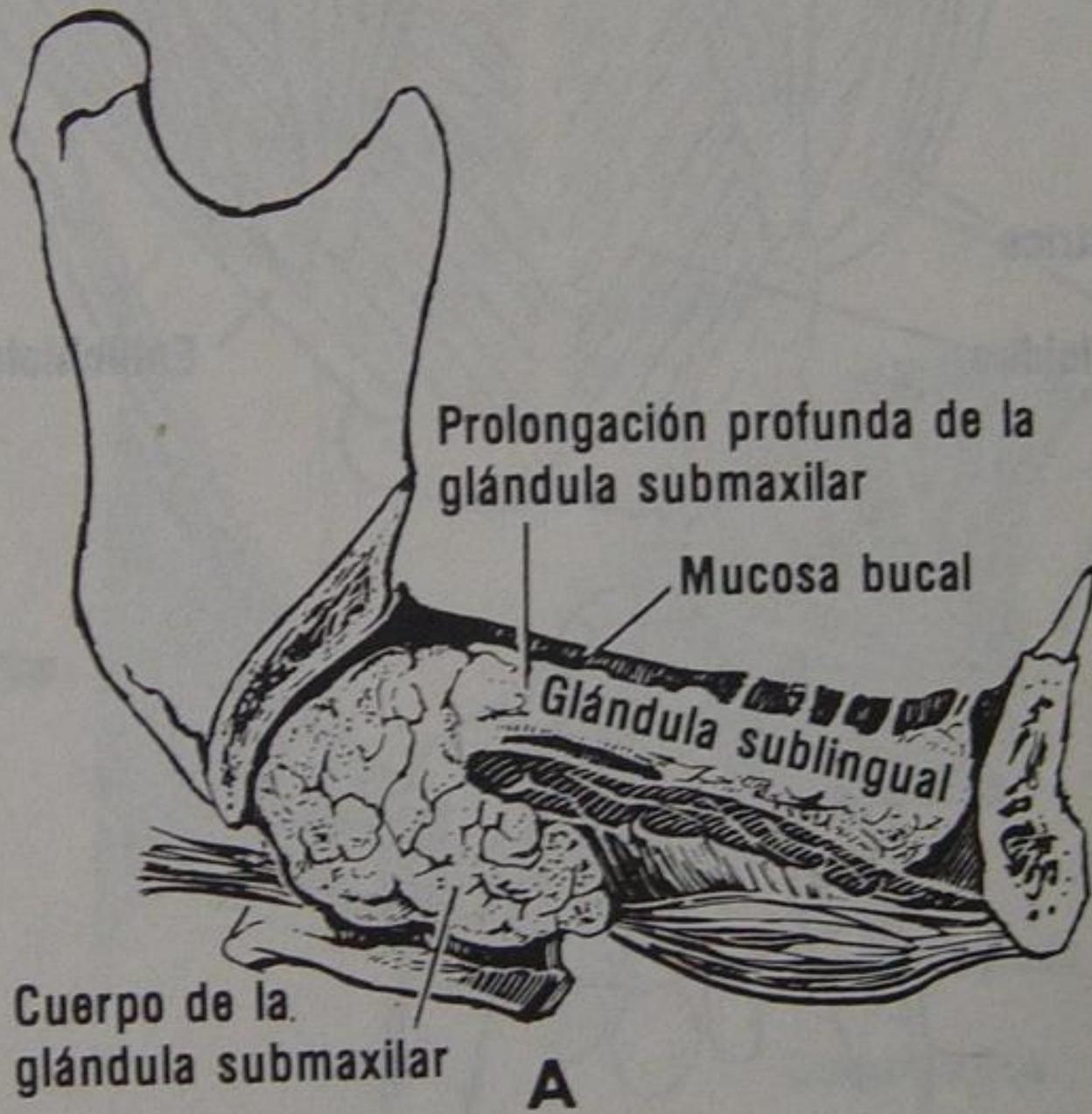


Temporal  
Cigomática  
Bucal  
Mandibular  
Cervical

La submaxilar pesa 10-15 gramos y sus ductos drenan al conducto submaxilar (Wharton) en el piso de la boca

## Secreción Mucoserosa

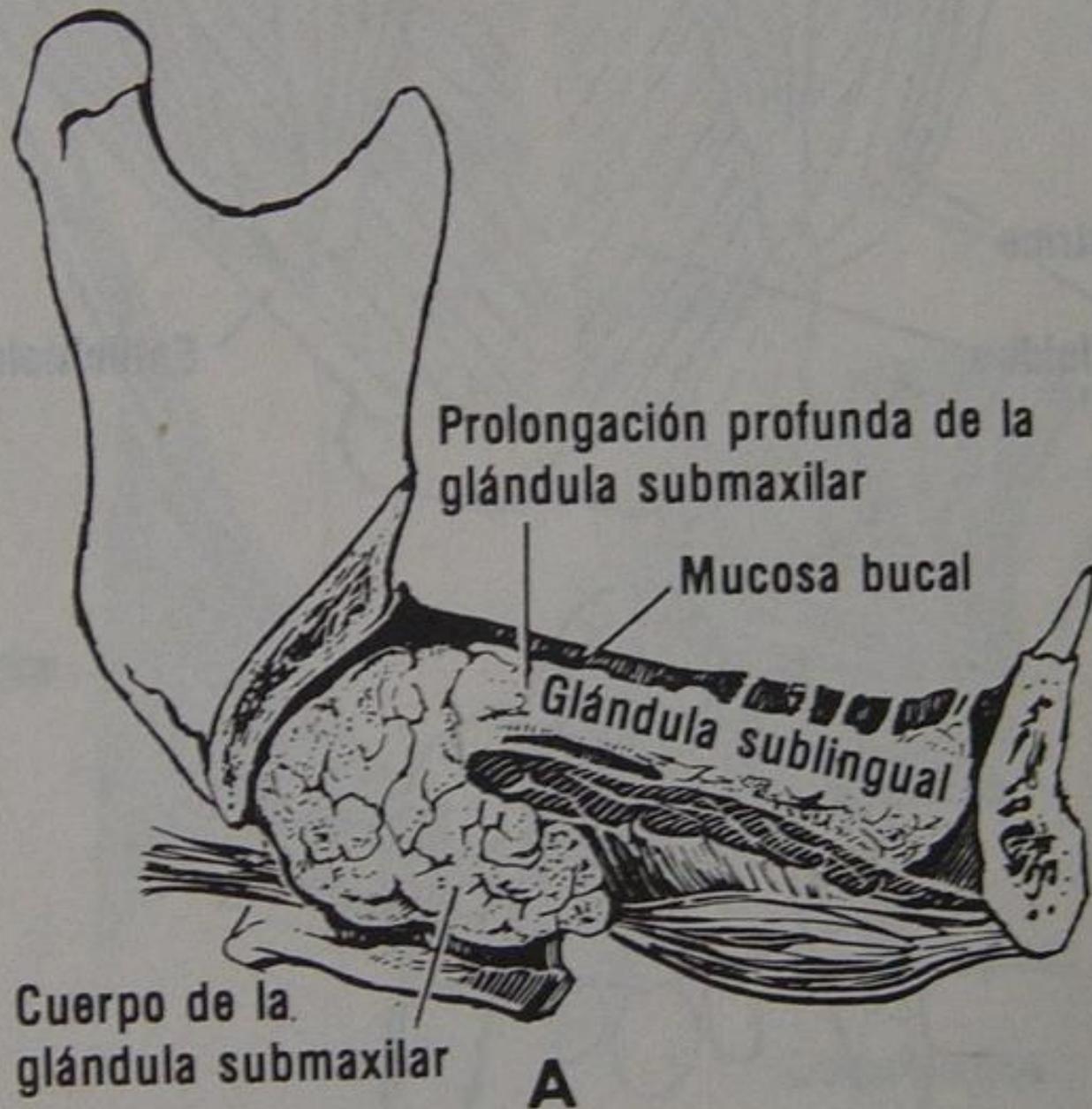
Se encuentra en la celda submaxilar sobre el músculo milohioideo

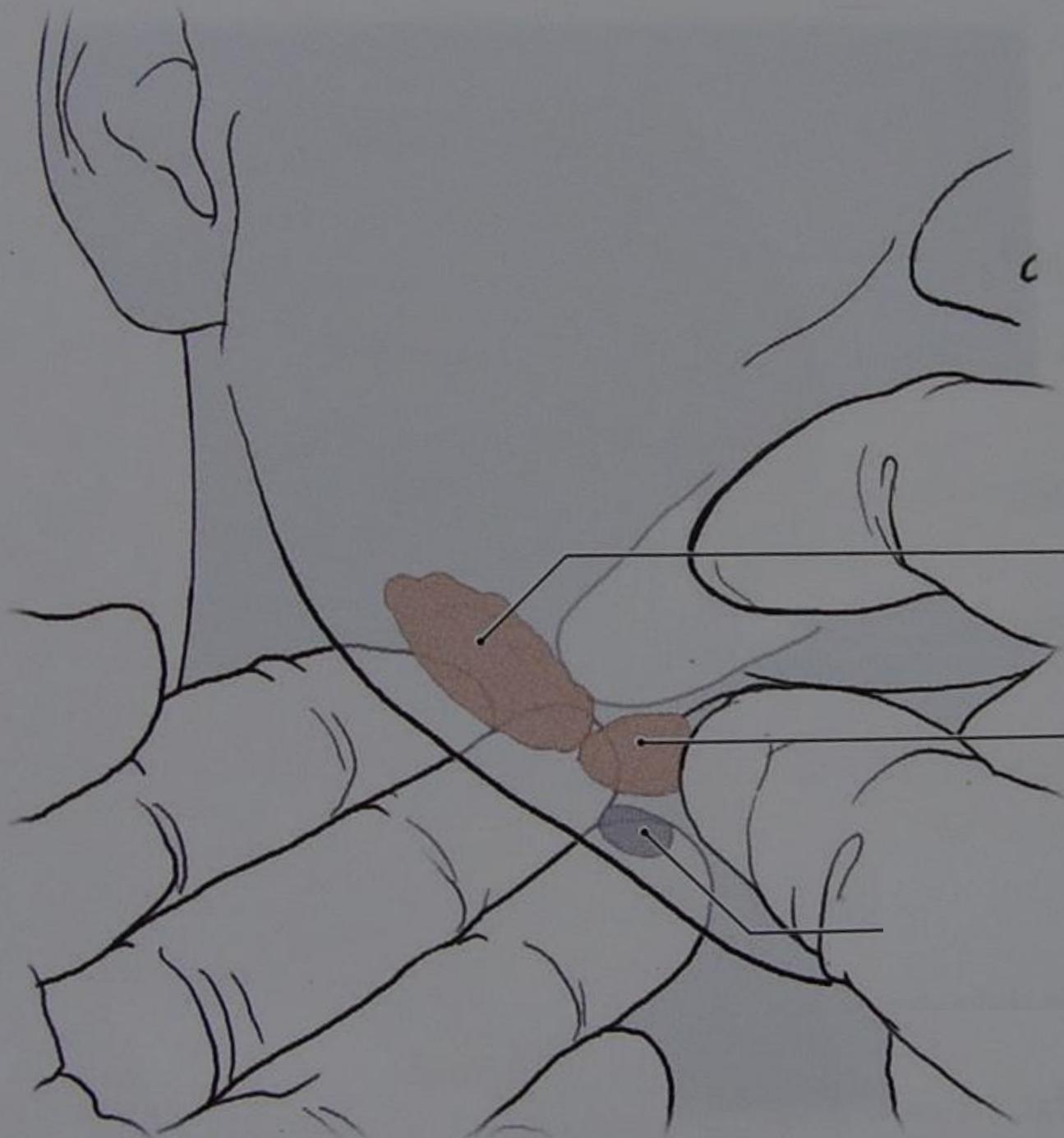


La sublingual pesa 1,5-2,5 gramos y sus ductos drenan a través de múltiples orificios (Rivinus) o bien a través del conducto sublingual (Bartholini) al conducto submaxilar (Wharton)

## Secreción Mucosa

Se encuentra sobre la musculatura del piso de la boca

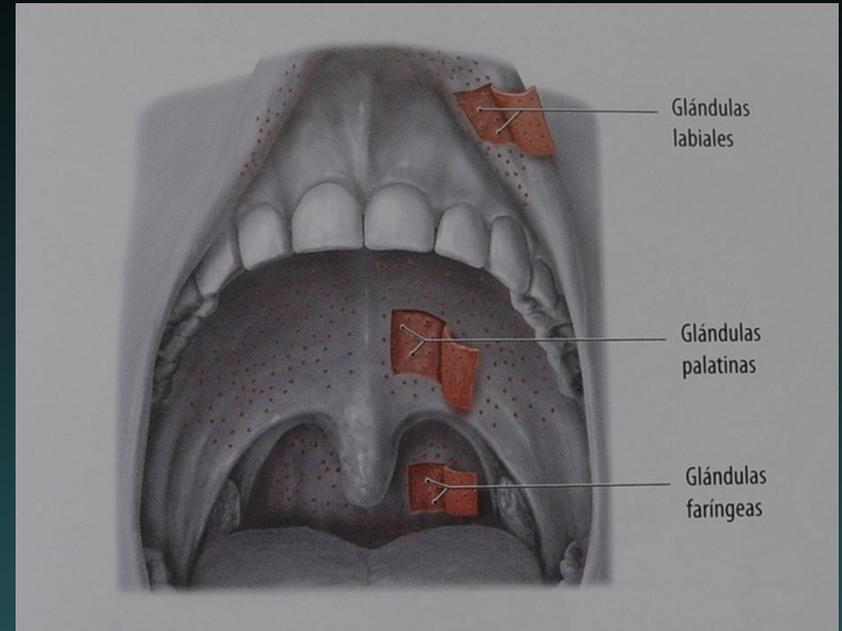




Glándula  
submandibular

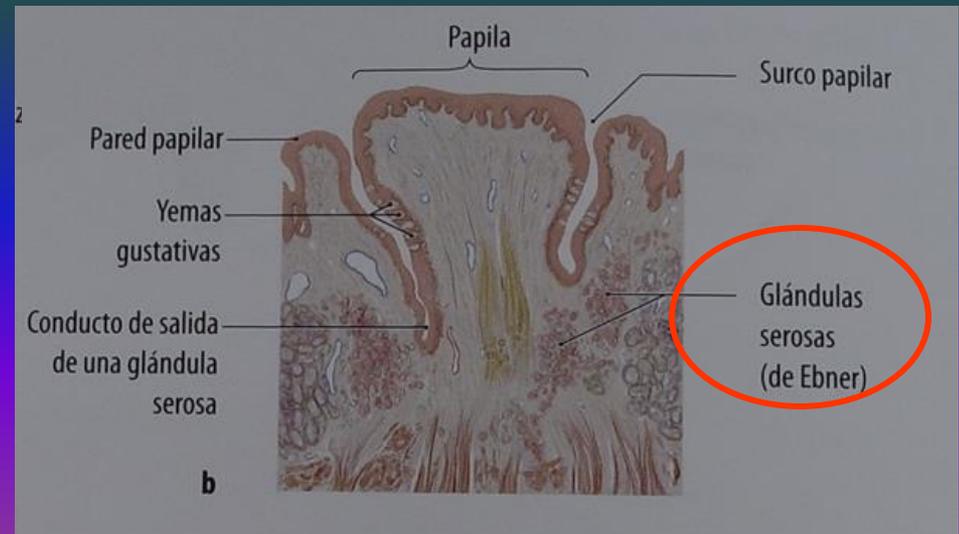
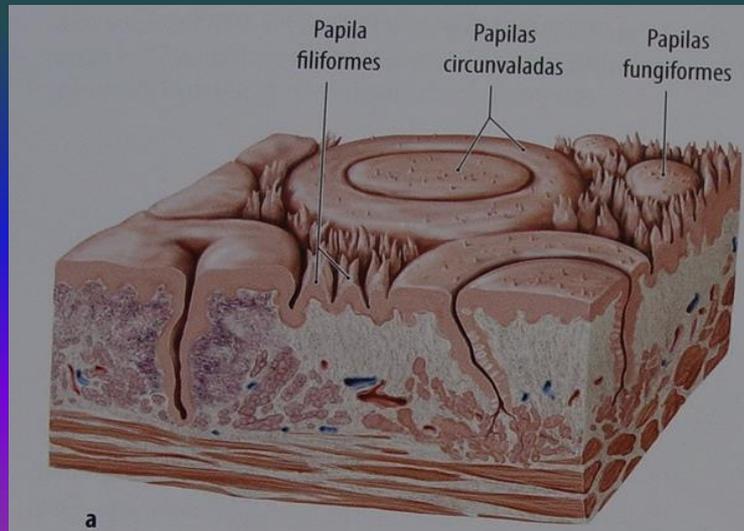
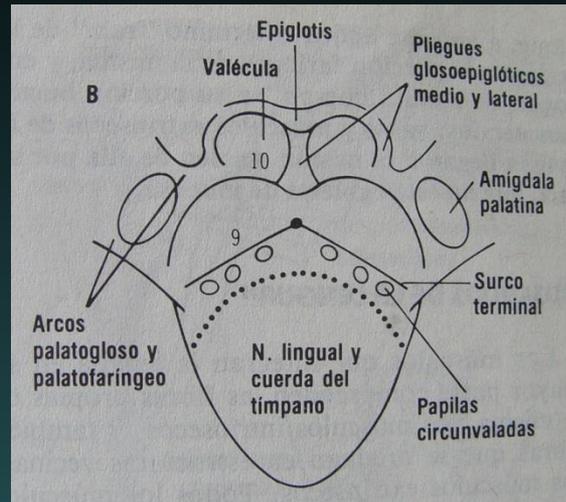
Glándula  
sublingual

Existen de 500 a 1000 glándulas menores distribuidas por la submucosa de la totalidad de cavidad bucal, excepto la encía adherida y la mitad anterior del paladar duro



Secreción Mucosa

# Las glándulas serosas de Ebner en las papilas circunvaladas linguales



# ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS SALIVARES

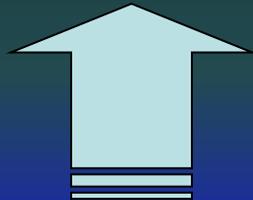
# LESIONES REACTIVAS

(No infecciosas)

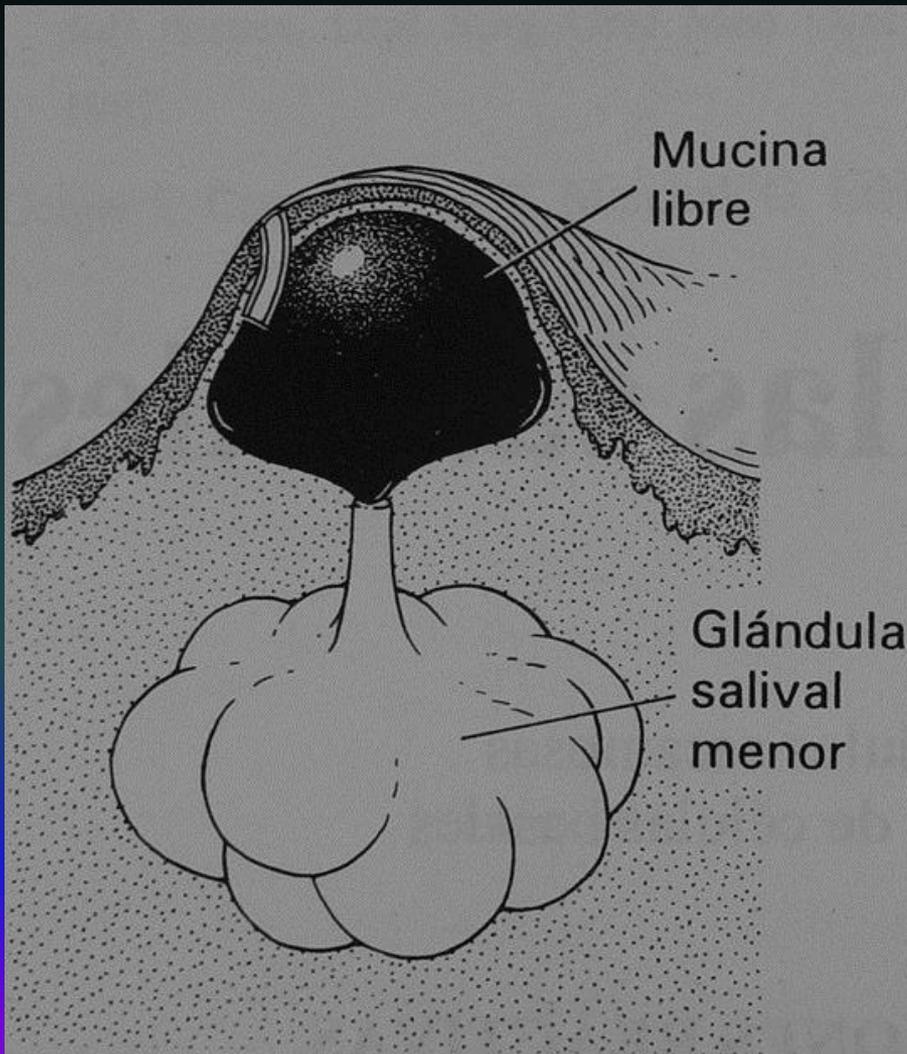
MUCOCELE



Clínicamente

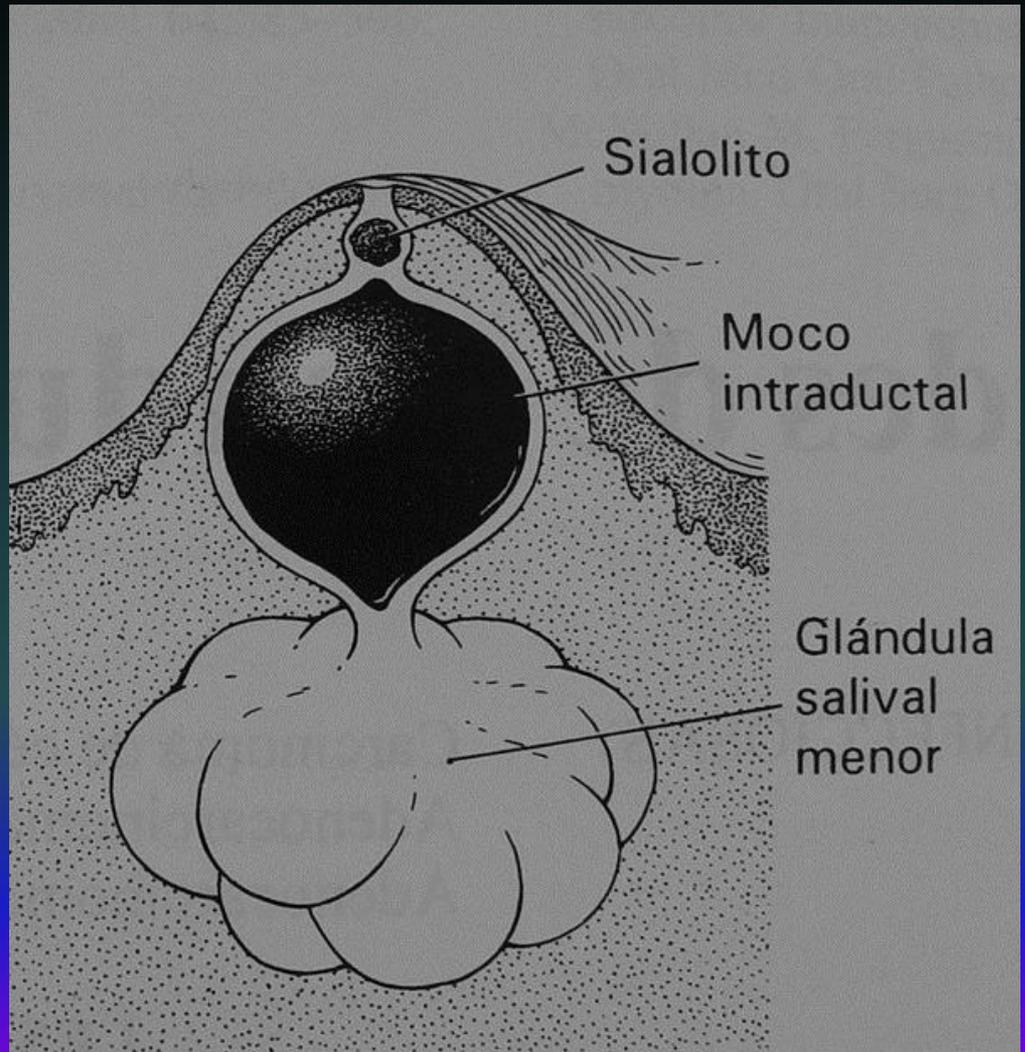


Extravasación de moco  
Quiste por retención de moco



Quiste por  
extravasación  
de moco

# Quiste por retención de moco



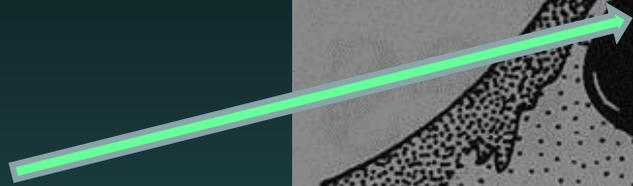
# Extravasación de moco

Traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivares menores que cortan dicho conducto

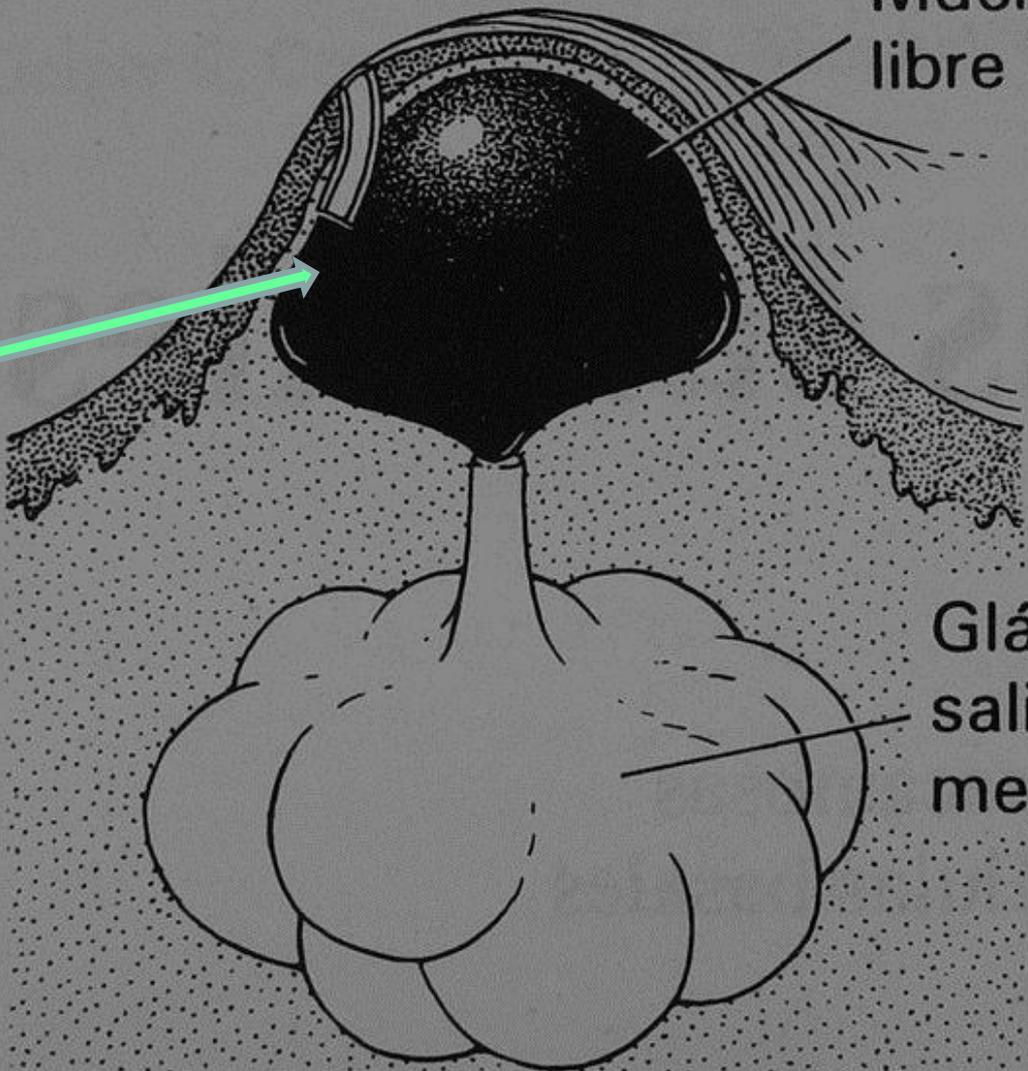


Extravasación de moco

Mucina  
libre

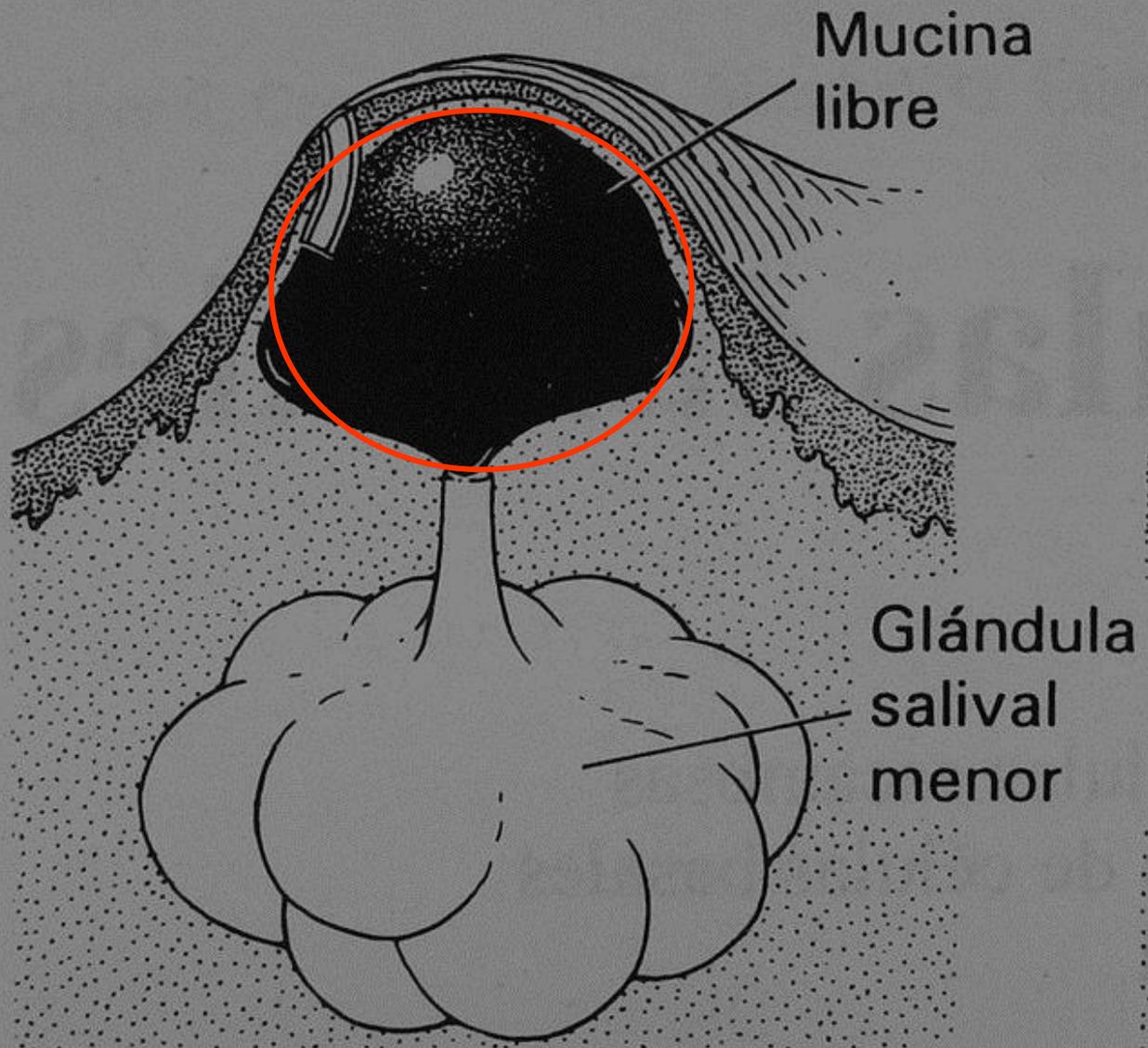


Glándula  
salival  
menor



# Mucocele:

Secundario a la rotura traumática del conducto de excreción, se genera un drenaje espontáneo de moco al tejido adyacente, sin cobertura epitelial  
(no corresponden a verdaderos quistes)



Mucina  
libre

Glándula  
salival  
menor

Ubicación:

Labio inferior

Ventre lingual

Piso de boca

Región retromolar

Más común en niños

Tienen a reventarse



**Clínicamente:**

**Indoloro**

**Superficie lisa**

**Traslucido –azuloso-**

**Ubicación superficial**

**Variación de tamaños –mms a cms-**

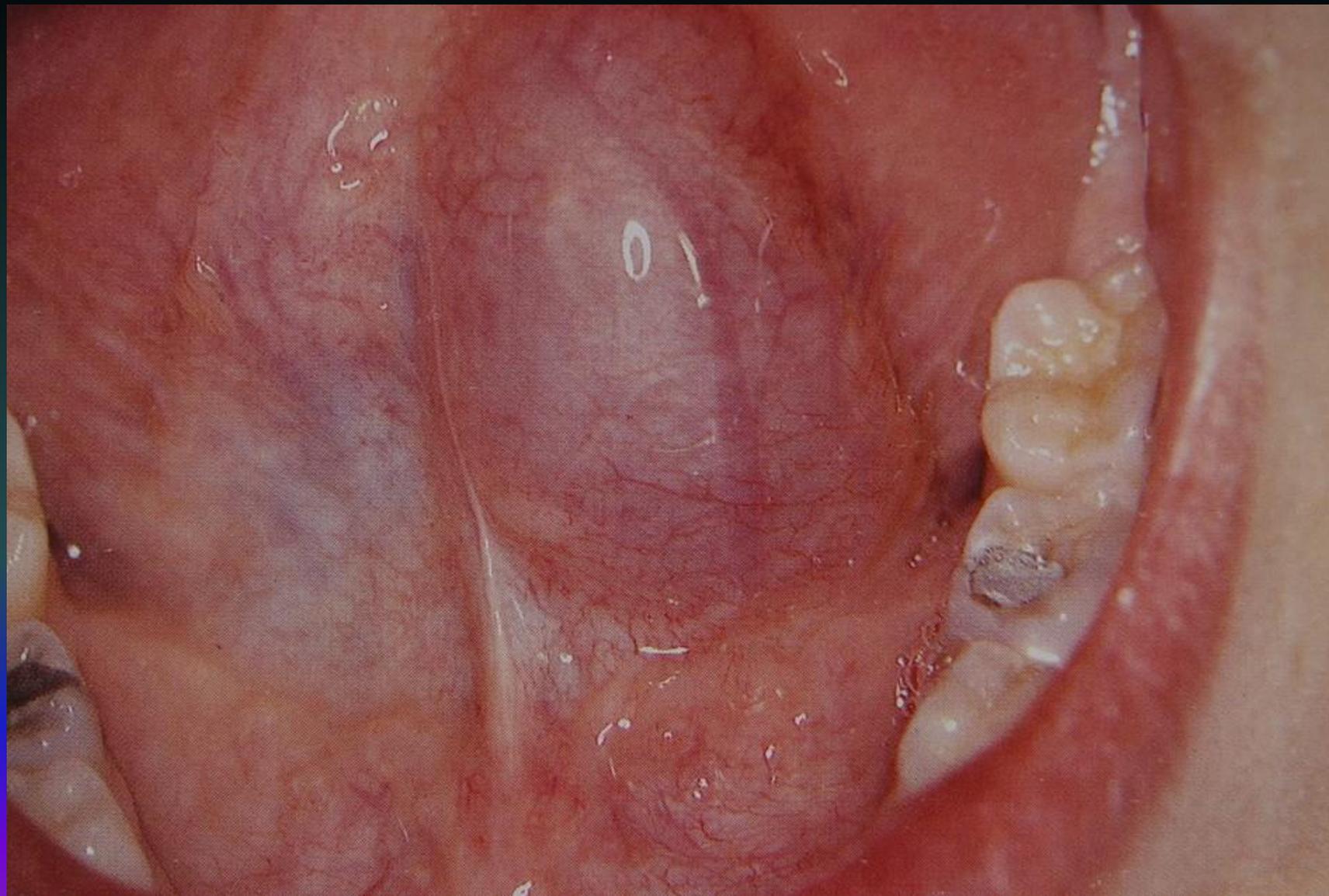












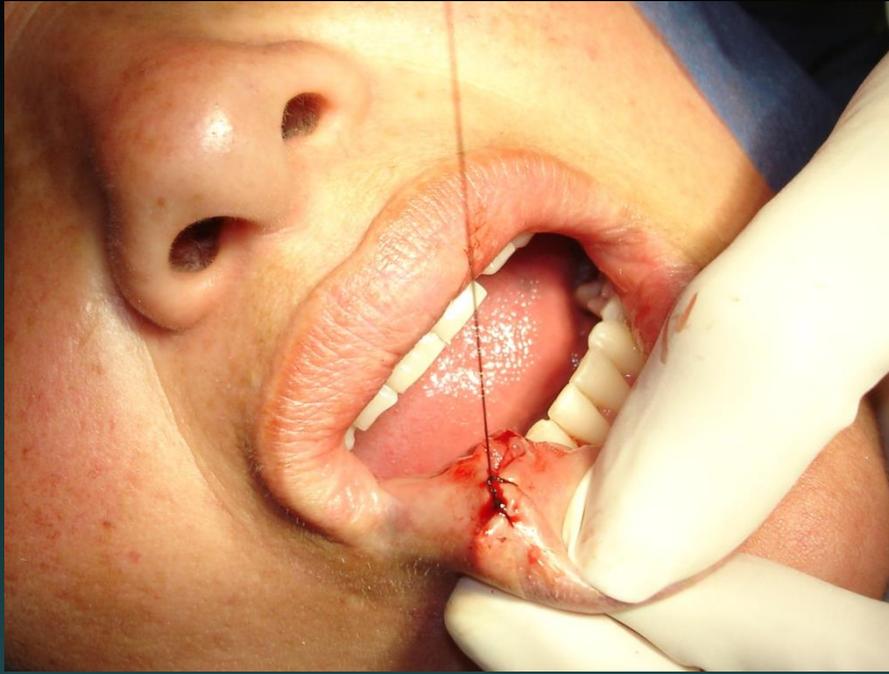
A histological micrograph of a salivary gland, likely the parotid gland, stained with hematoxylin and eosin (H&E). The image shows numerous glandular acini, which are the secretory units of the gland. These acini are arranged in a lobular pattern, separated by thin layers of connective tissue. The acini themselves are composed of cells with basophilic nuclei and pale, foamy cytoplasm, characteristic of serous acini. Several ducts are visible, some containing secretory material. The overall structure is highly organized and typical of a major salivary gland.

**Tratamiento:**

**Para prevenir la recurrencia es necesario extirpar la glándula salivar menor afectada**











# Resección Mucocele



# Mucocele

## Removal of a mucocele

Length 4:32

Dr. Anders Nattestad

UNIVERSITY OF THE  
**PACIFIC**  
Arthur A. Dugoni  
School of Dentistry



Original video recorded at the University of Copenhagen, Denmark

# Quiste por retención de moco

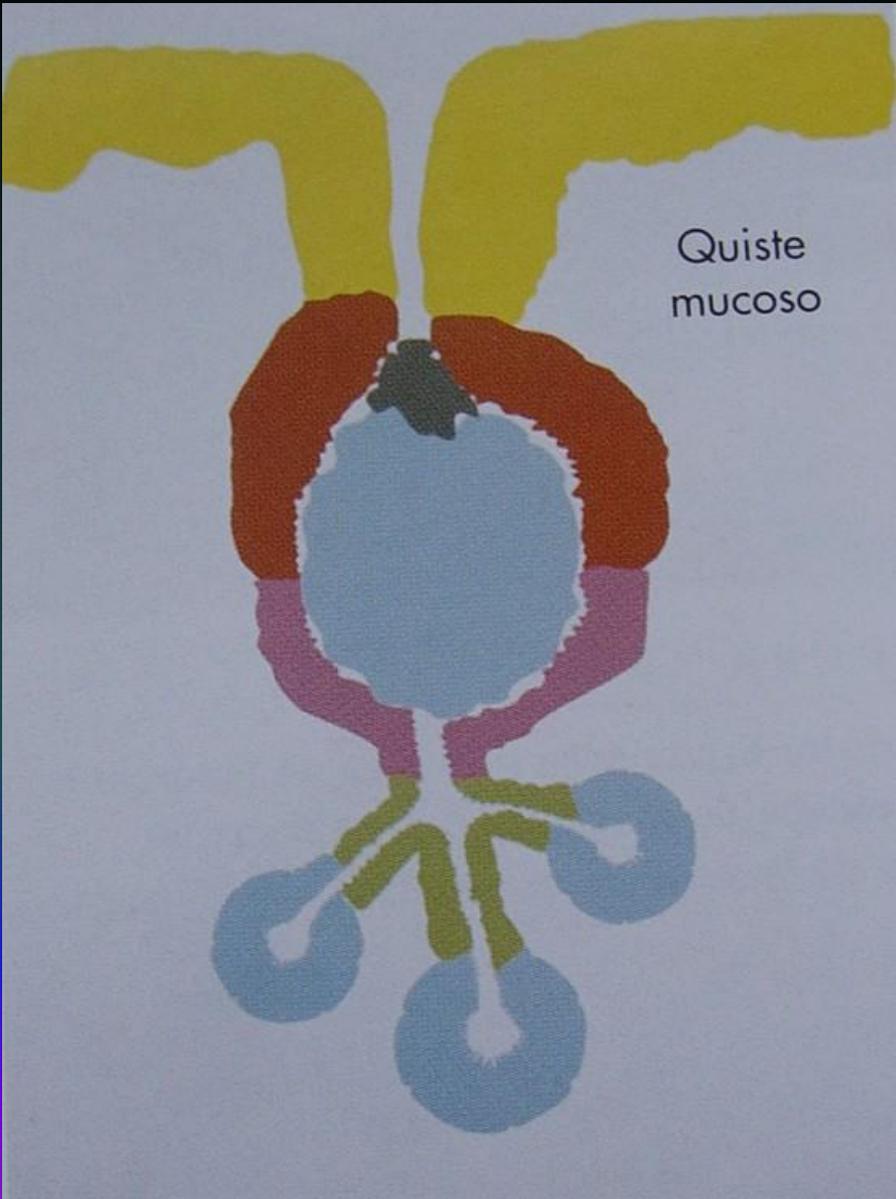
Es provocado por la obstrucción del flujo de saliva a causa de un cálculo generalmente



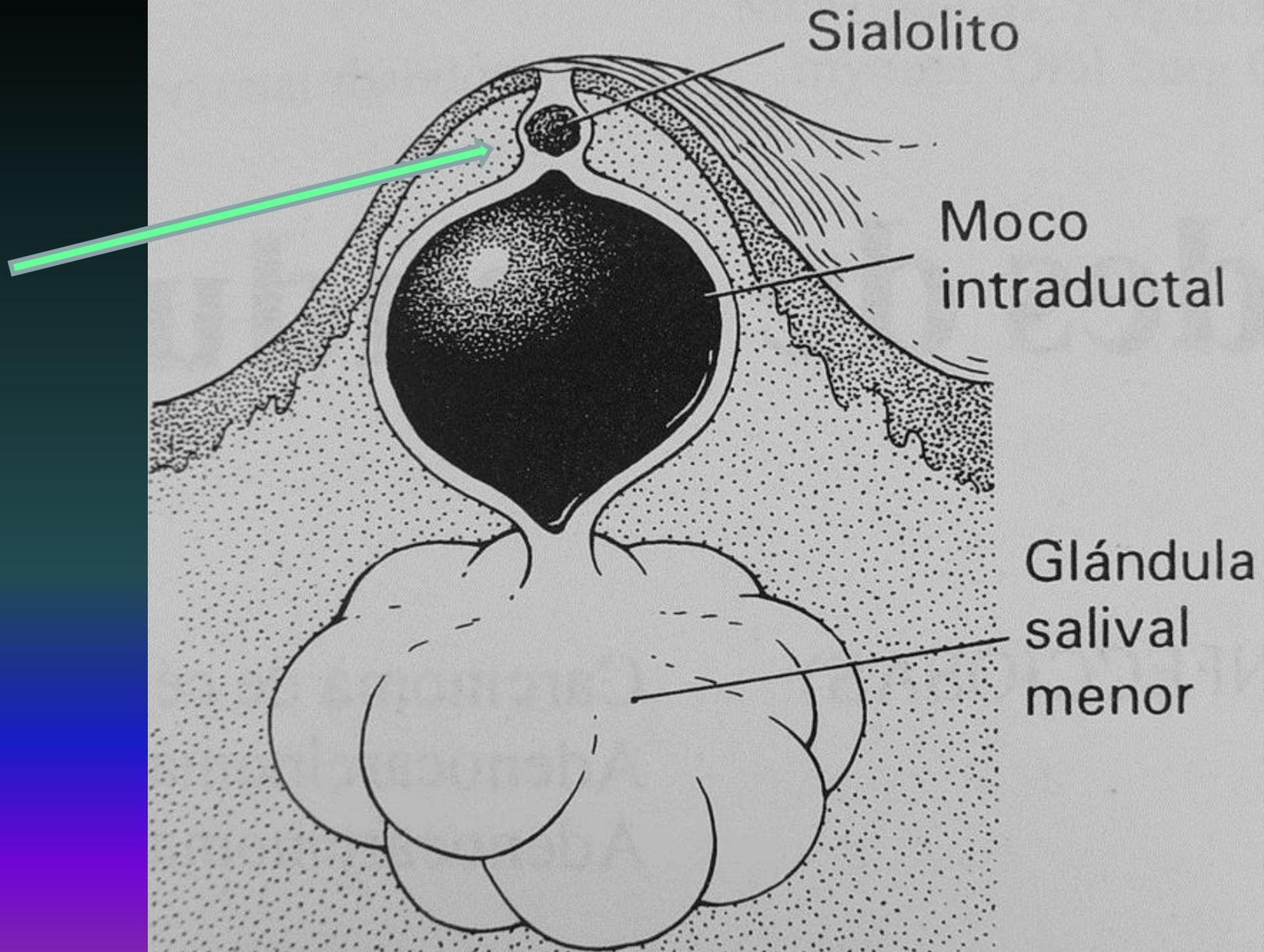
Obstrucción mecánica



Sialolito

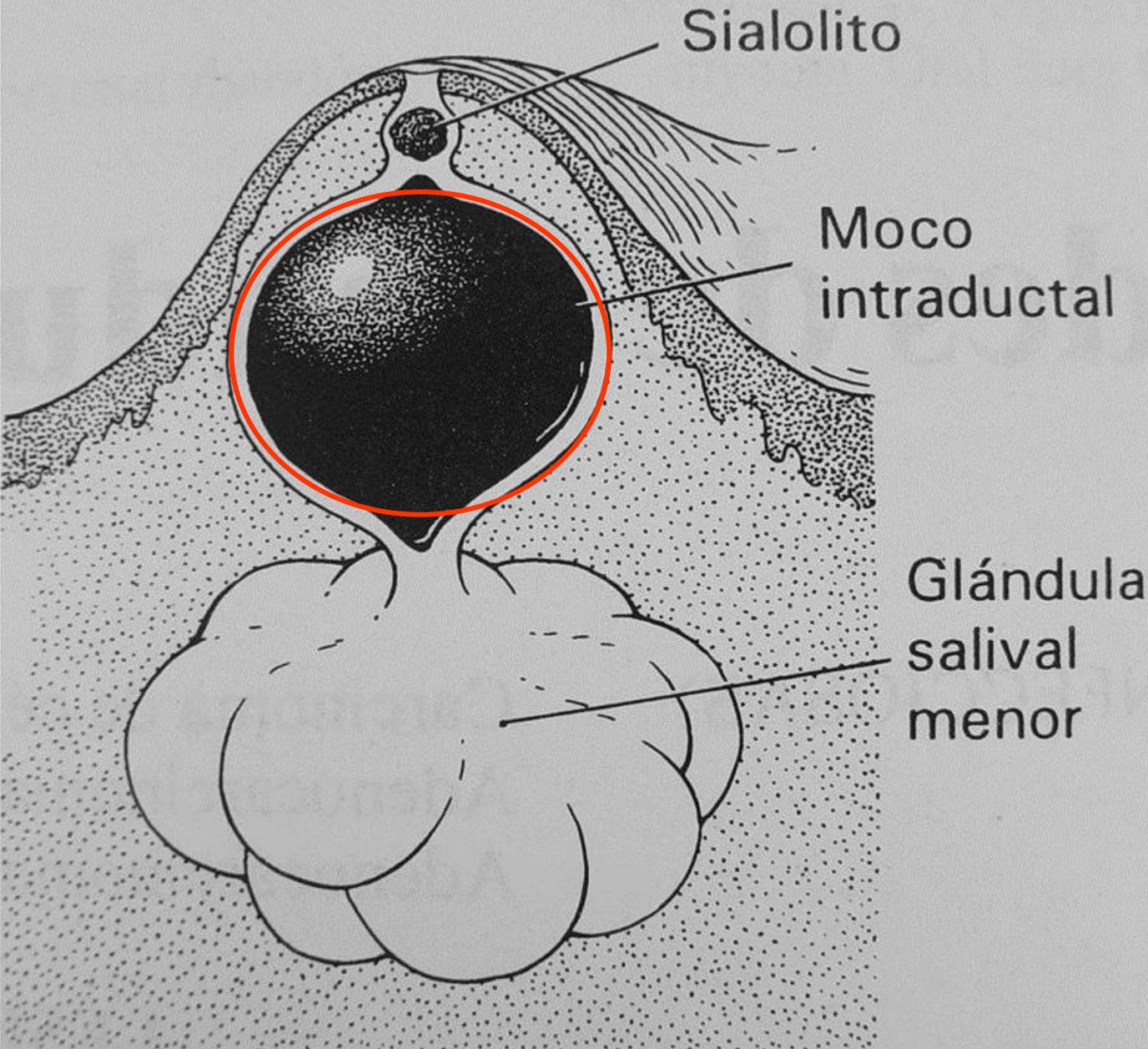


Quiste mucoso



Se corresponde a un quiste real de retención mucosa, tapizado por epitelio

Sialolitiasis



## Clínicamente:

Tumefacción indolora

Móvil

Superficie lisa

Traslúcida – azulosa

Ubicación superficial

Tamaño de 3 a 10 mms



**Ubicación:**

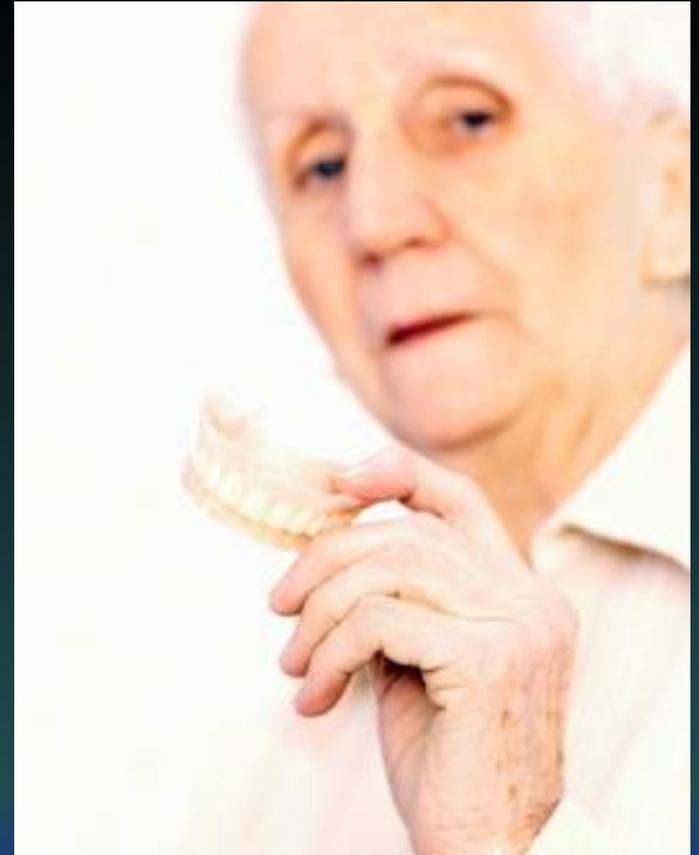
**Rara en labio inferior**

**Labio superior**

**Paladar**

**Mejilla**

**Piso de boca**

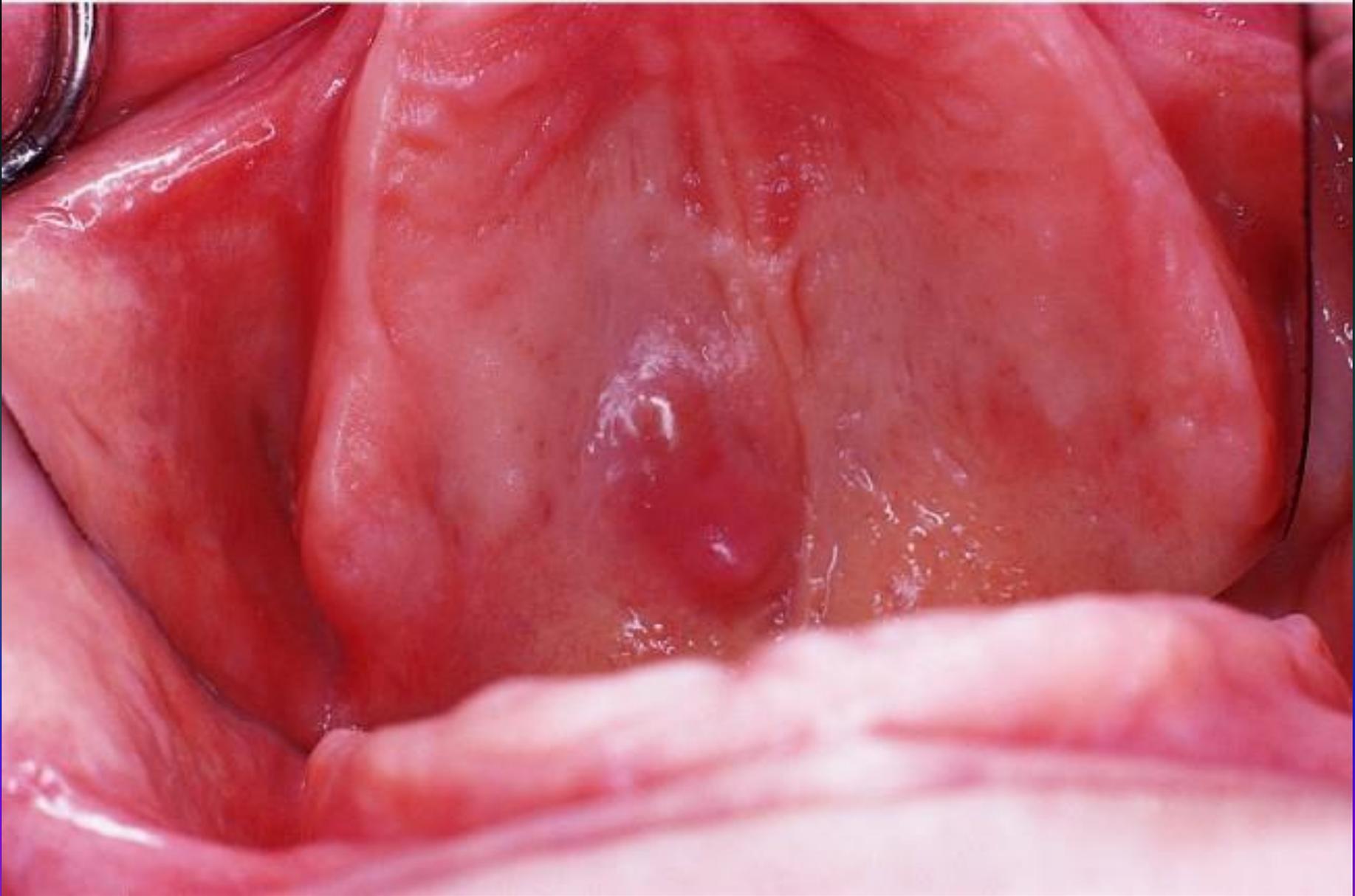


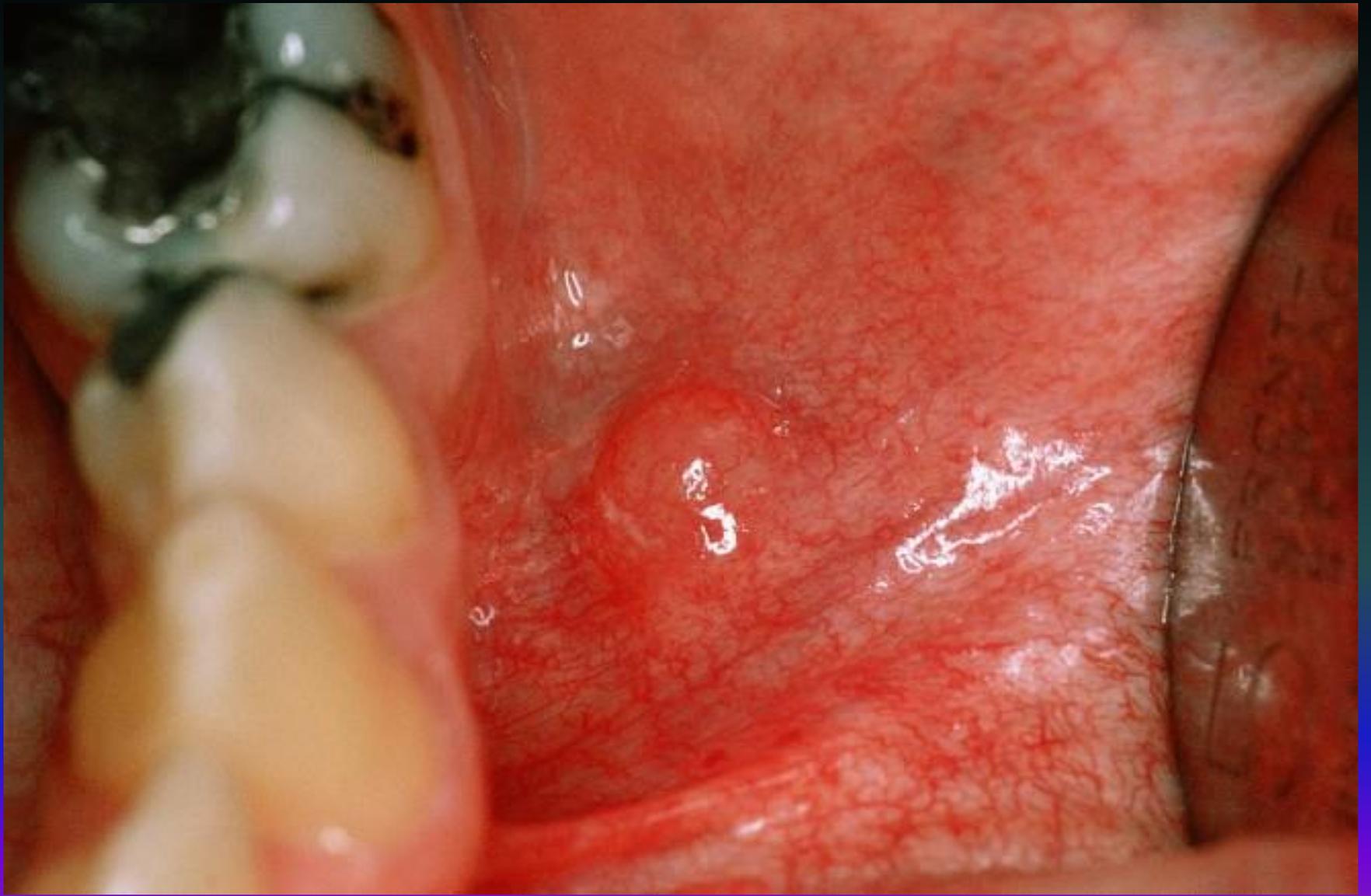
**Edades avanzadas**

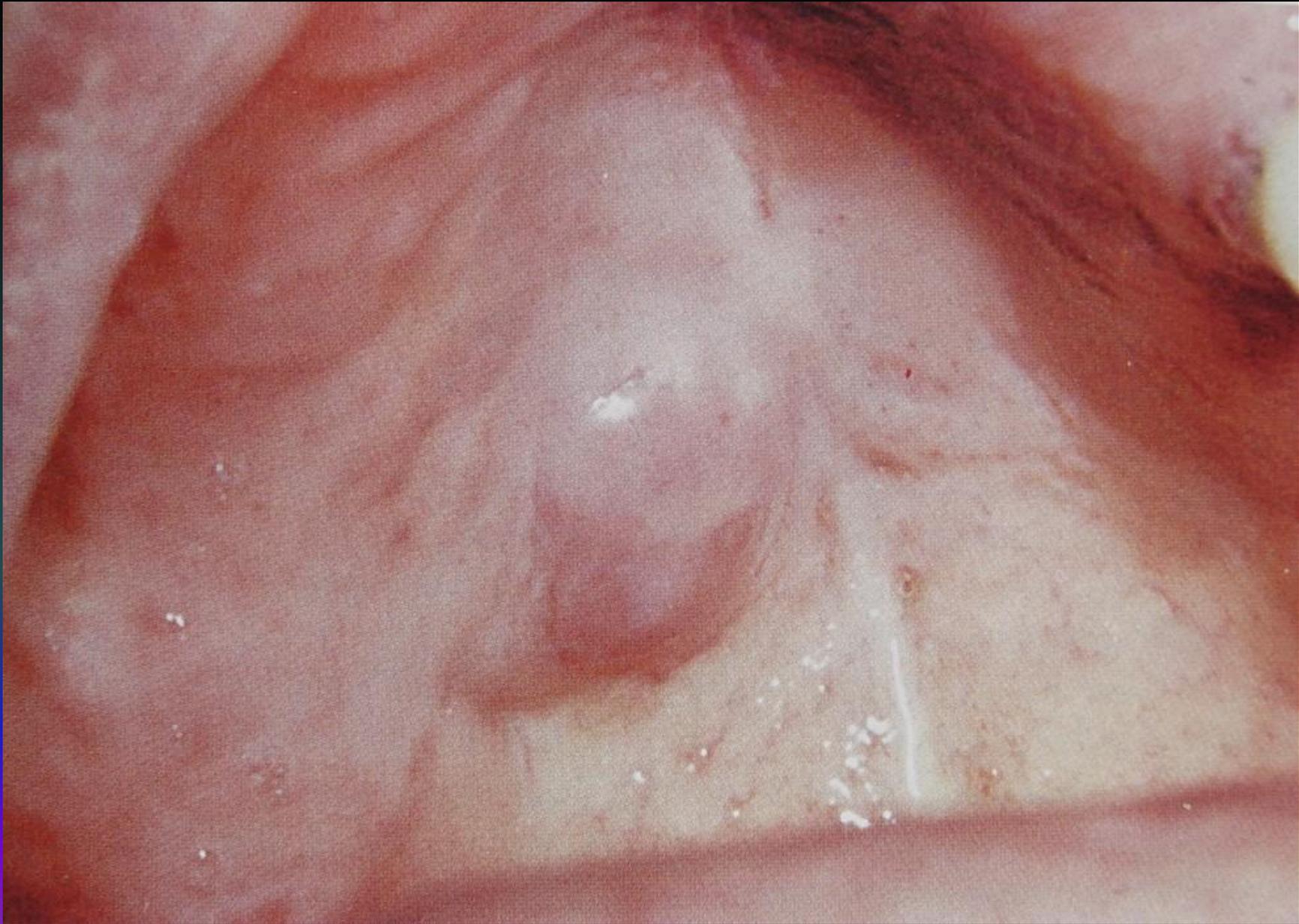
**Tiende a reventarse**

**Tratamiento:**

**Para prevenir la recurrencia es necesario extirpar la glándula salivar menor afectada**







# Ránula



Incluye extravasación de moco y quiste de retención mucosa; se presenta en el piso de la boca



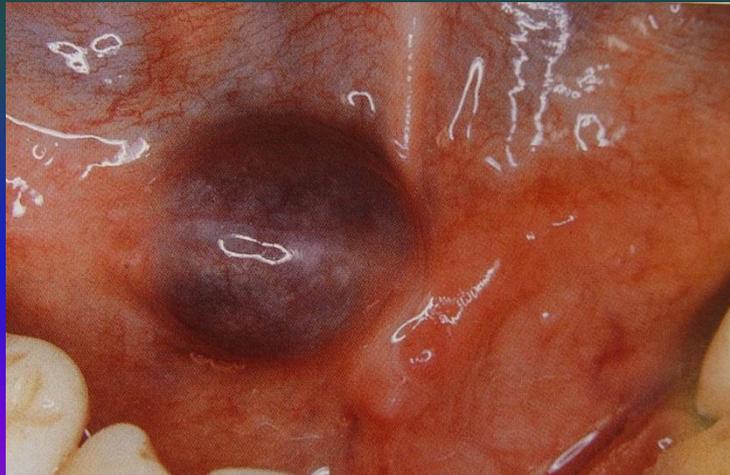
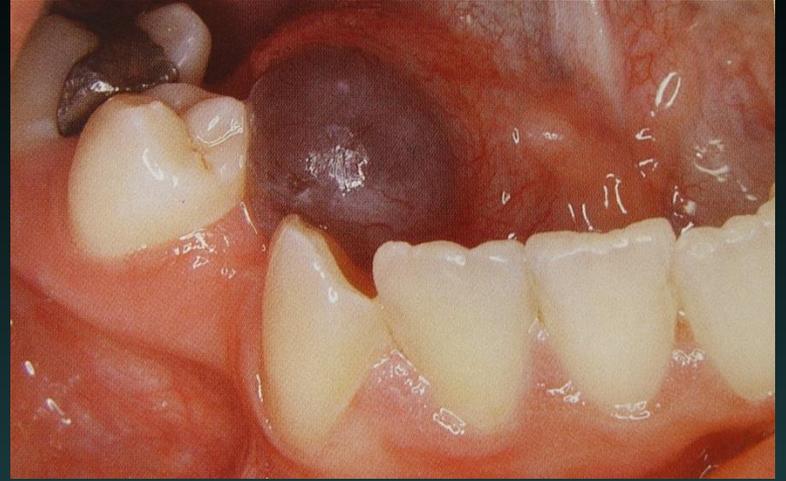
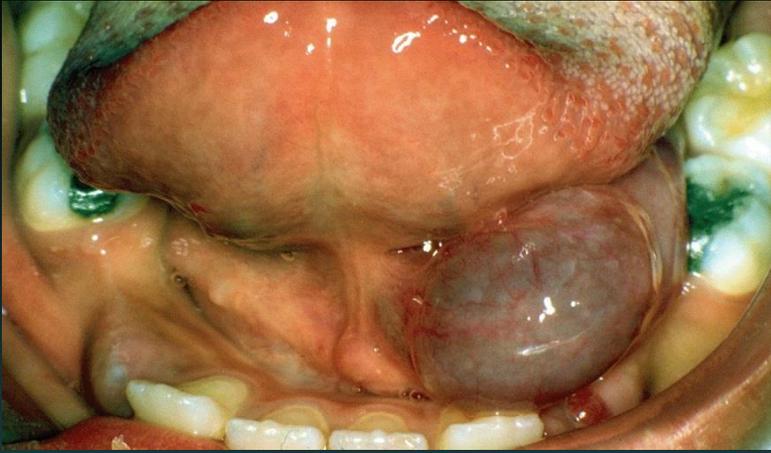
Asociada a glándulas sublinguales y submandibulares

Se ha comparado  
con el vientre de  
una rana de allí  
el término de  
ránula





Si la lesión se localiza sobre la musculatura milohioidea, suele llenar el piso de la boca y elevar la lengua



Tratamiento:

Quirúrgico



Excisión quirúrgica  
de la glándula afectada

Marzupialización

# Marsupialización

DR JANAKIRAM  
ROYAL PEARL HOSPITAL  
INDIA

[rph-rhinology.com](http://rph-rhinology.com)

# Sialolitiasis

Los sialolitos son precipitaciones de calcio alrededor de un nido central de residuos celulares o mucina condensada



## Clínicamente:

Masa de tejido blando

Fluctuante

Unilateral

Piso de boca

Color rosado o azulado

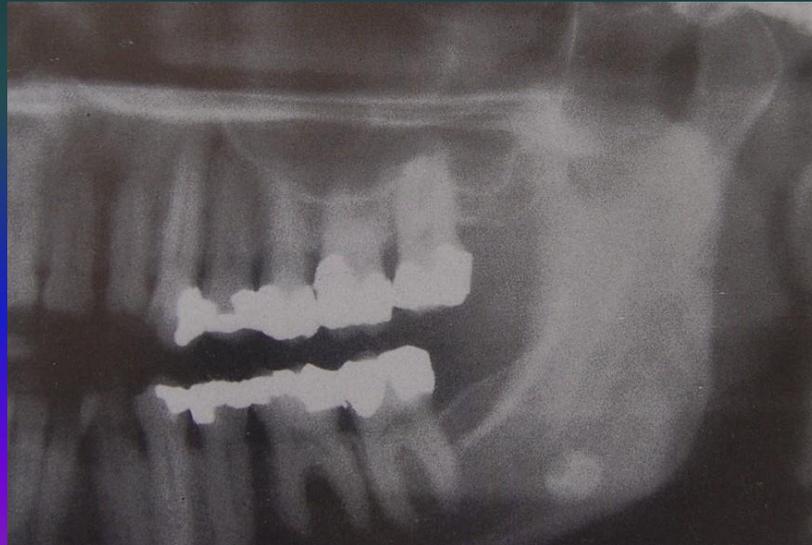
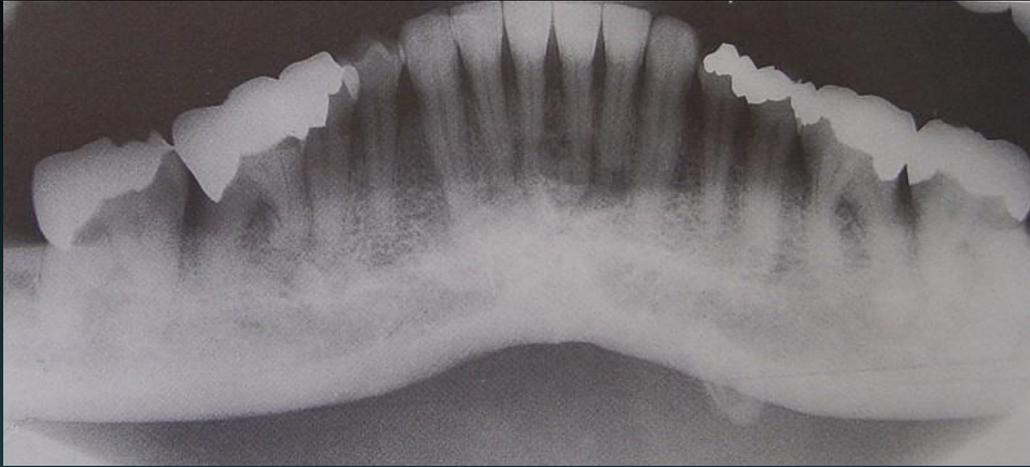
Variación de tamaño

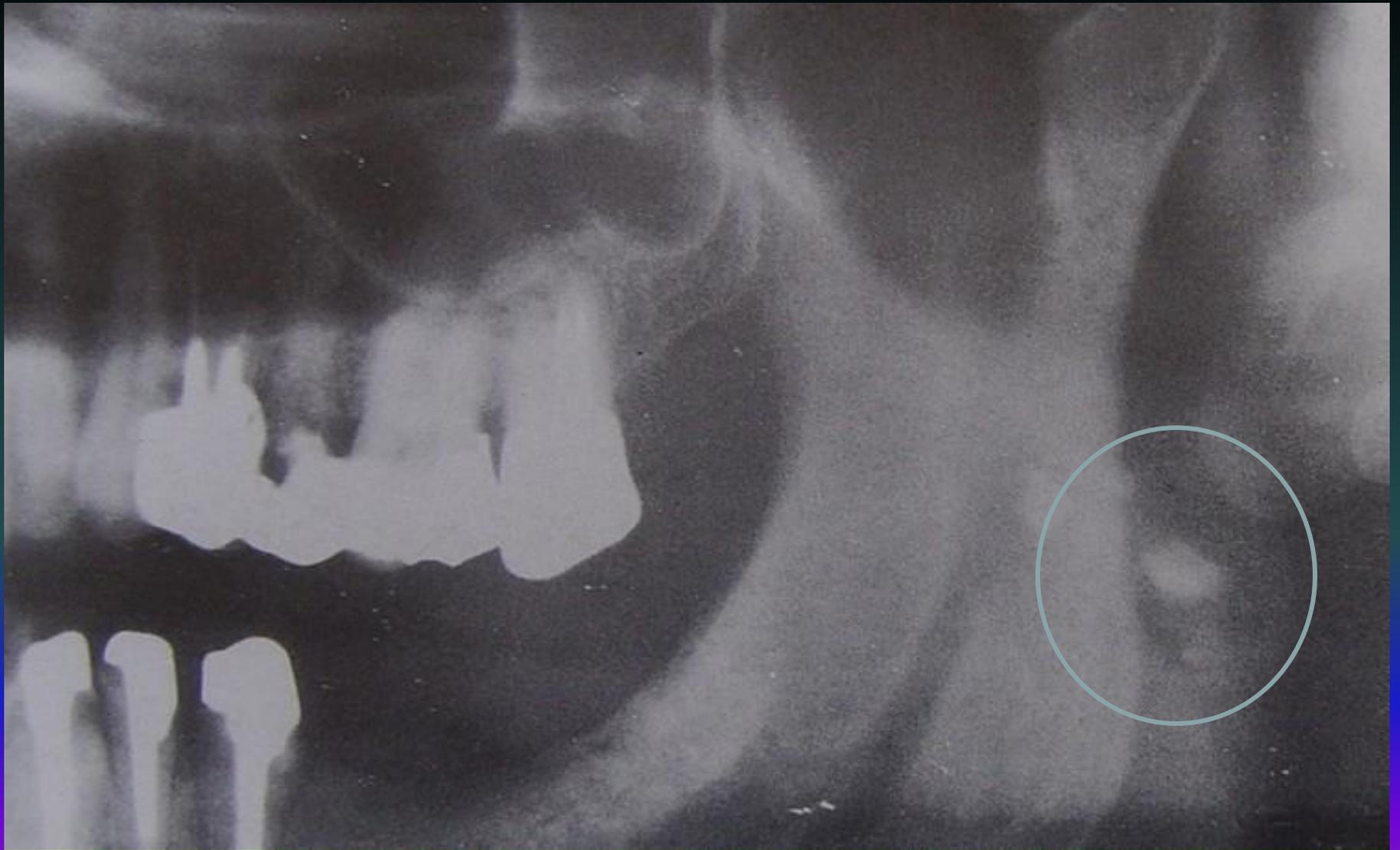


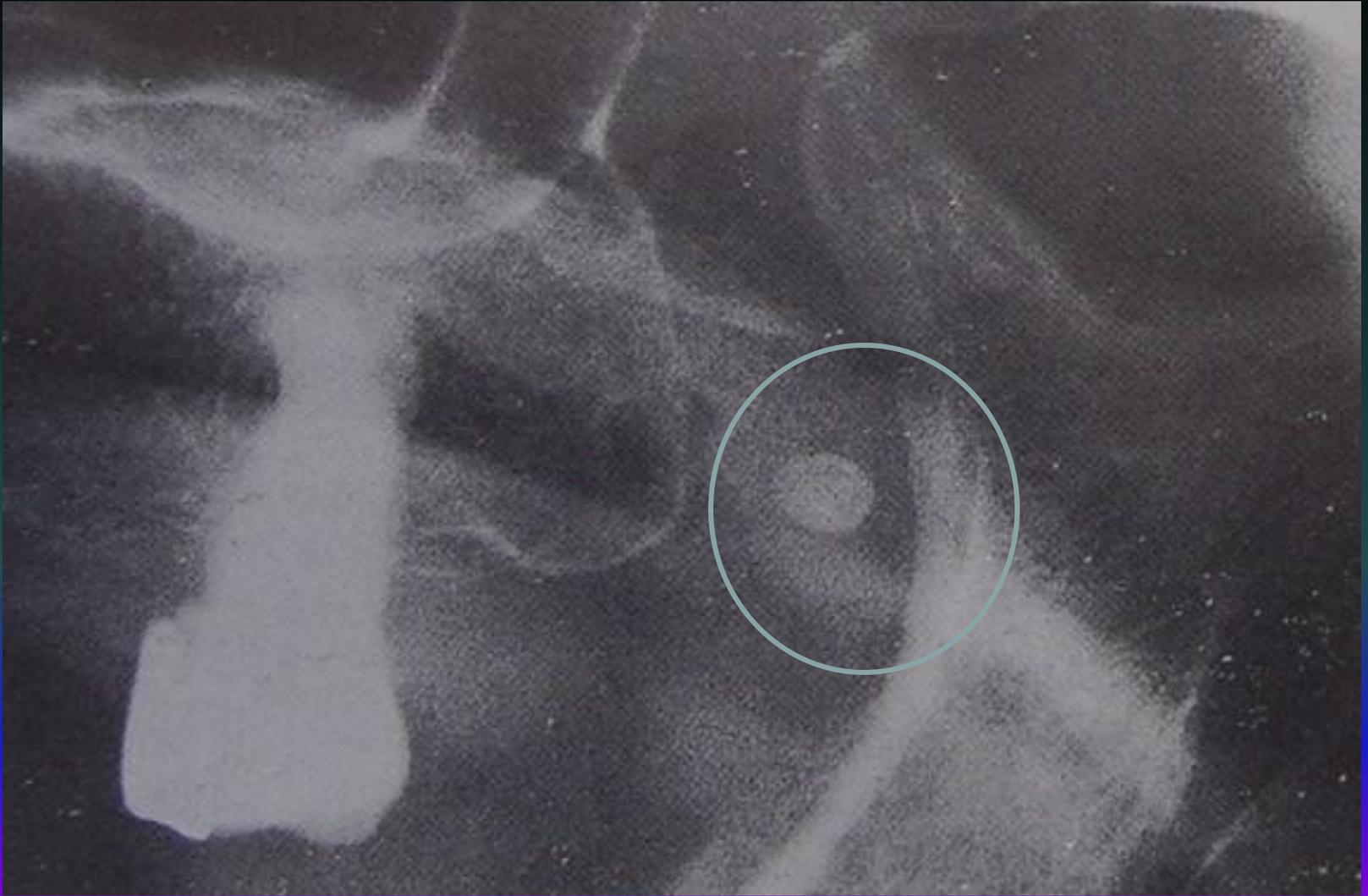


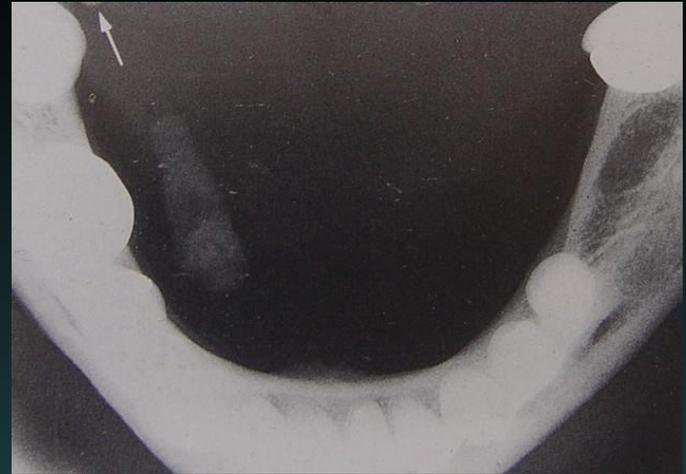


Sialolito  
glándula  
submaxilar





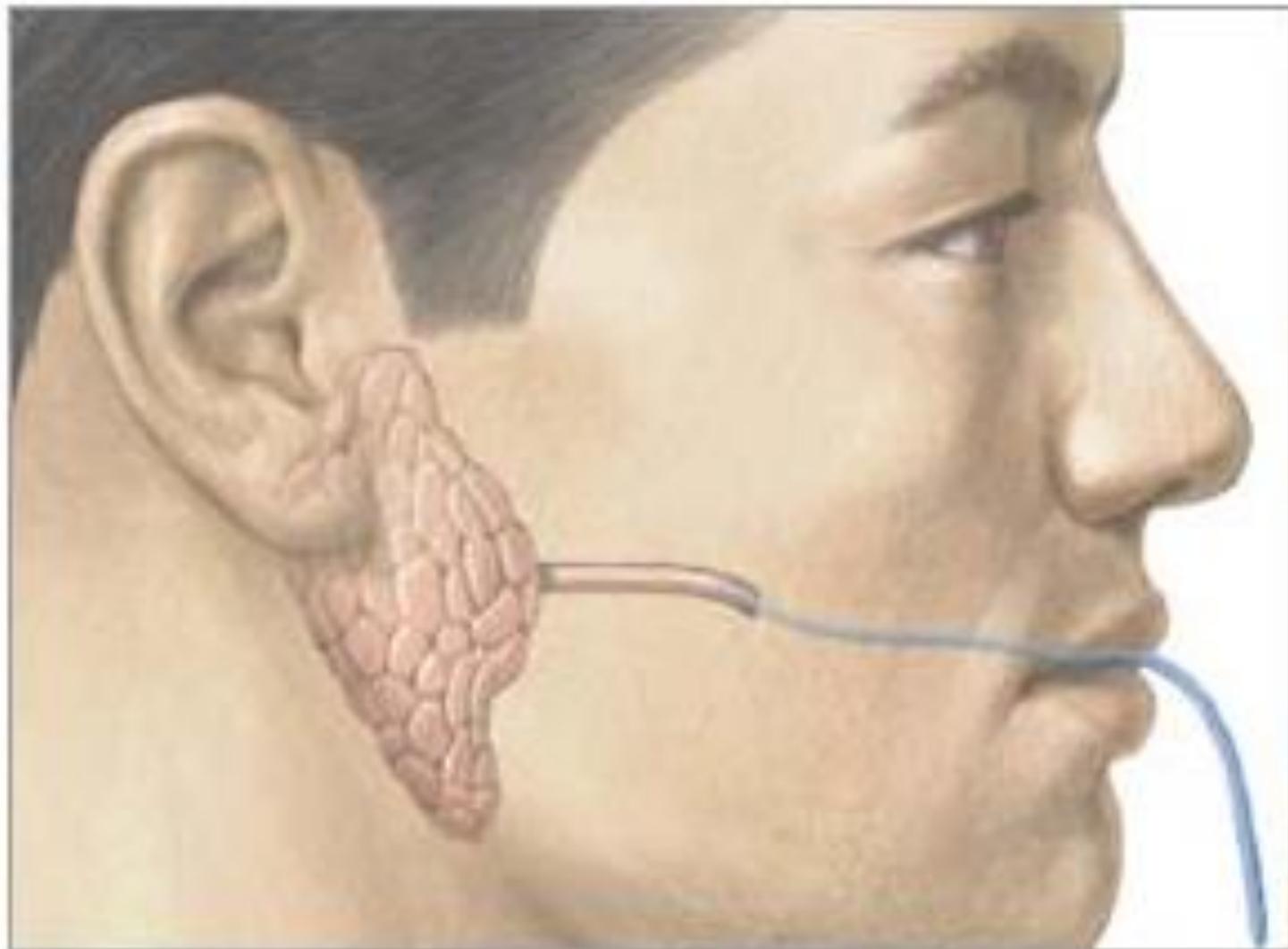




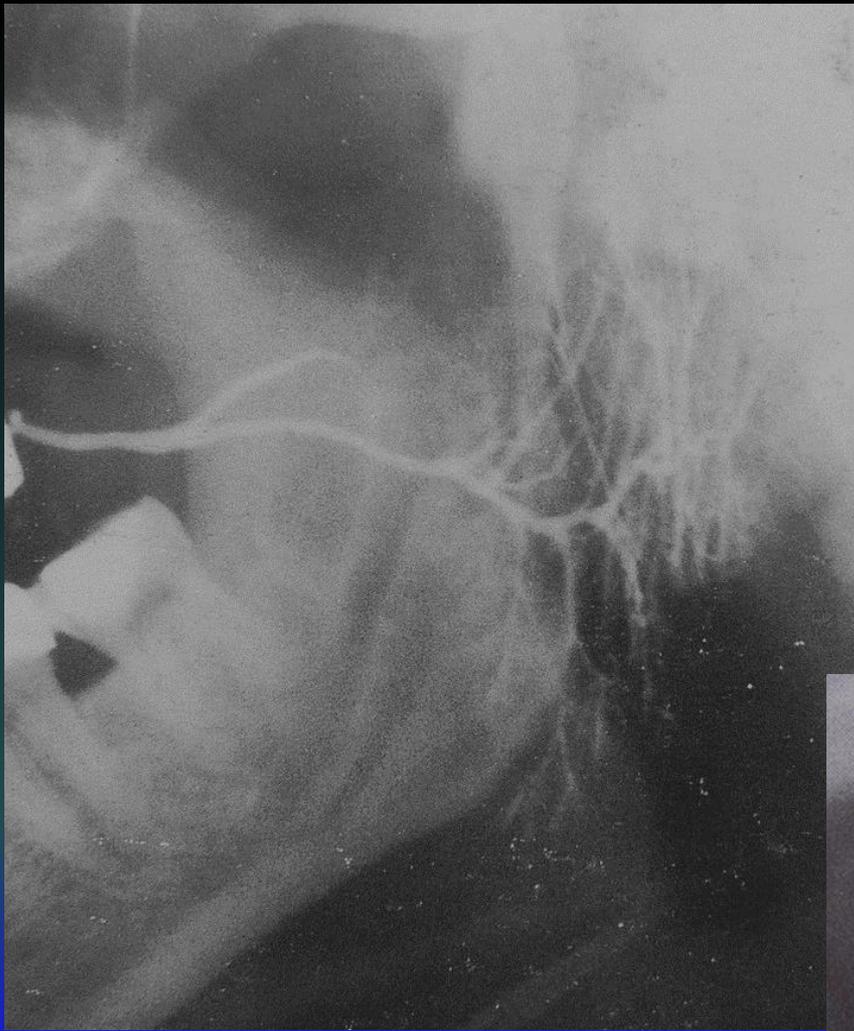
La sialografía es un examen en el cual se toman radiografías de las glándulas salivares y sus conductos, con un medio de contraste, para determinar la presencia de cálculos

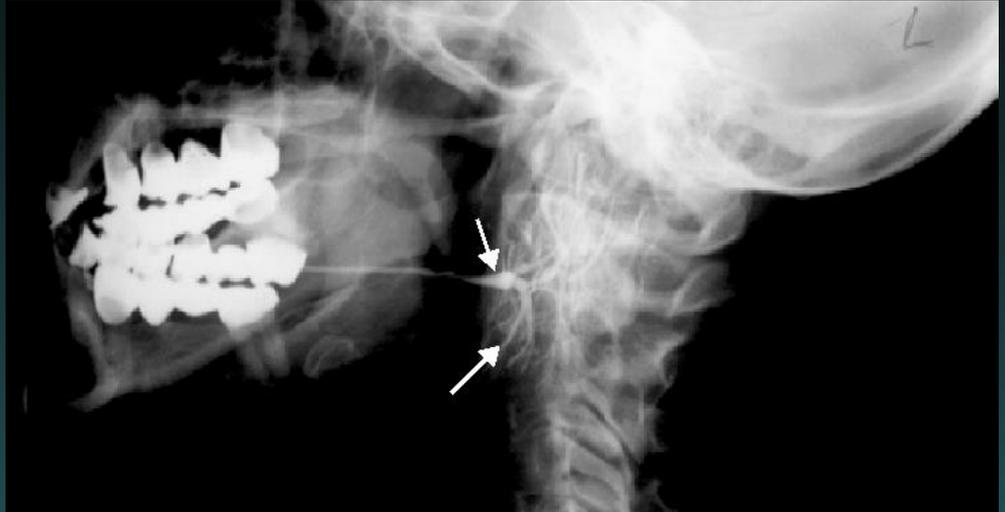
Se solicita frente a la sospecha de una alteración del conducto salivar generalmente por obstrucción por cálculos

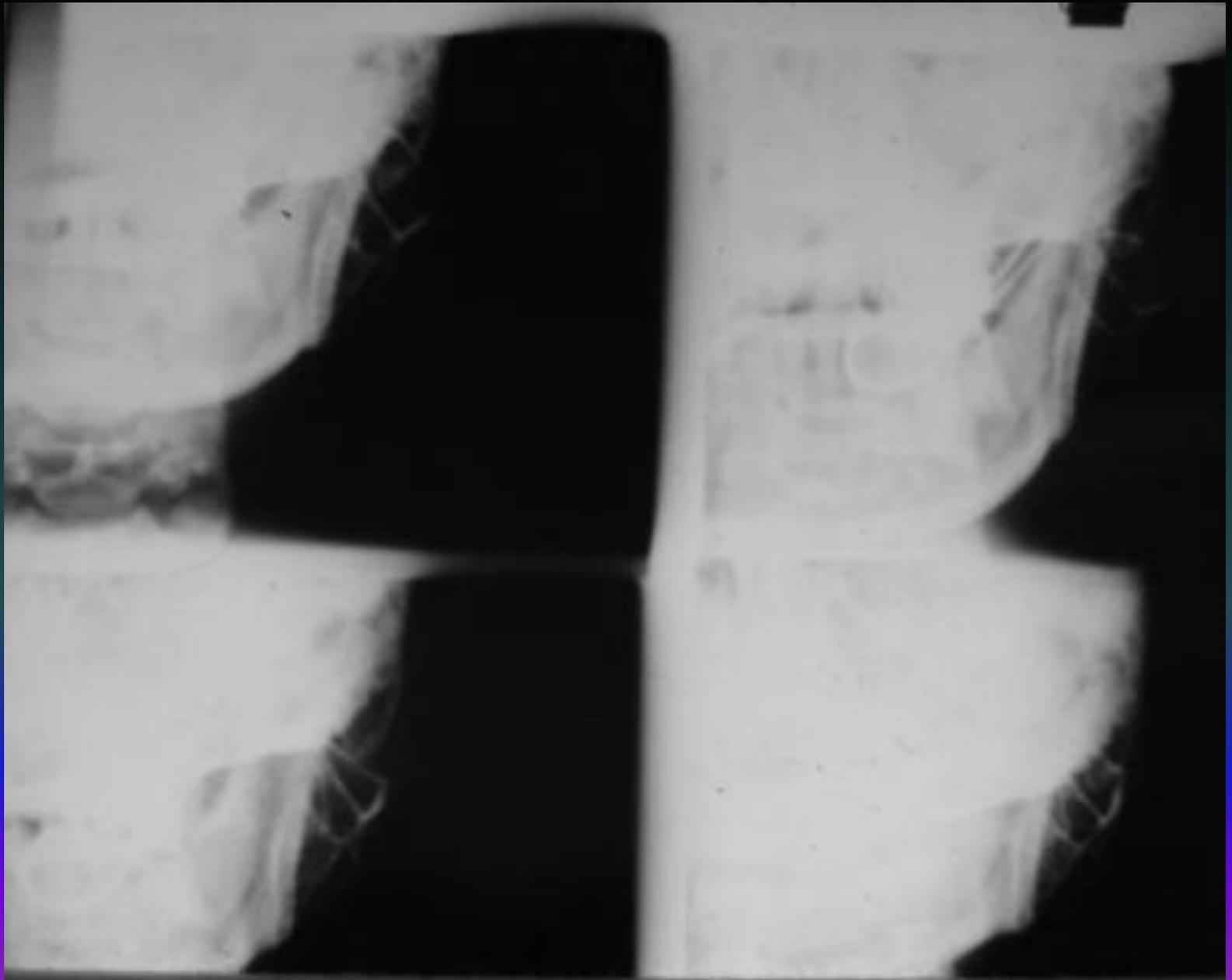




Se inyecta el medio de contraste  
en el conducto de la glándula salival









# Alteraciones de las glándulas Salivares inducida por radiación

Radiación



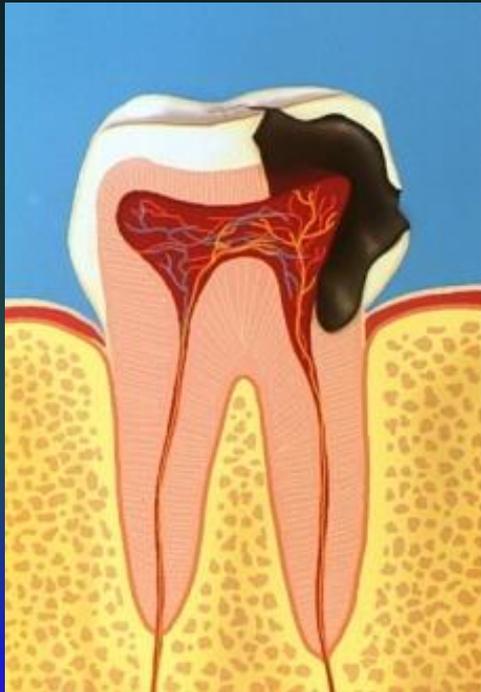
Cáncer

Las glándulas salivares evidencian cambios en volumen, viscosidad, concentración de iones y pH de la saliva

Efecto indirecto

# XEROSTOMIA

(Disminución del volumen salivar)



Aumento de  
caries dental

Aumento de  
enfermedad  
periodontal



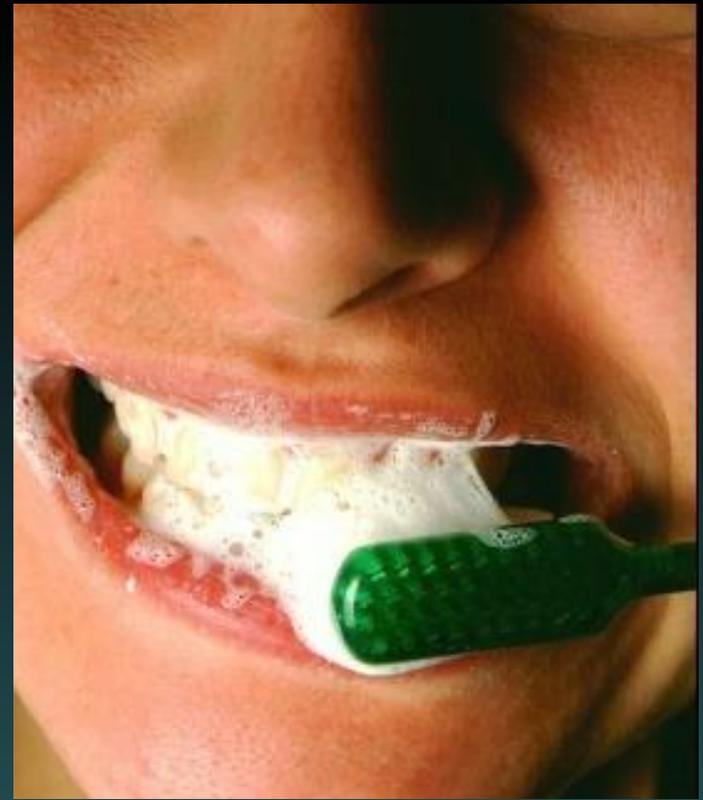
**Tratamiento:**

**Saliva artificial**

**Higiene oral estricta**

**Soluciones con fluoruros**

**Profilaxis dentales frecuentes**



# Control Osteoradionecrosis



# ENFERMEDADES INFECCIOSAS

## ENFERMEDADES VIRALES

### PAROTIDITIS

Es una sialoadenitis infecciosa, aguda, viral que afecta principalmente las parótidas

Trastorno más común de glándulas salivares

## Etiología y patogenia:

El agente causal es un paramixovirus a la aparición de la sintomatología le precede un período de incubación de dos a tres semanas

Transmisión por contacto directo  
por fomites

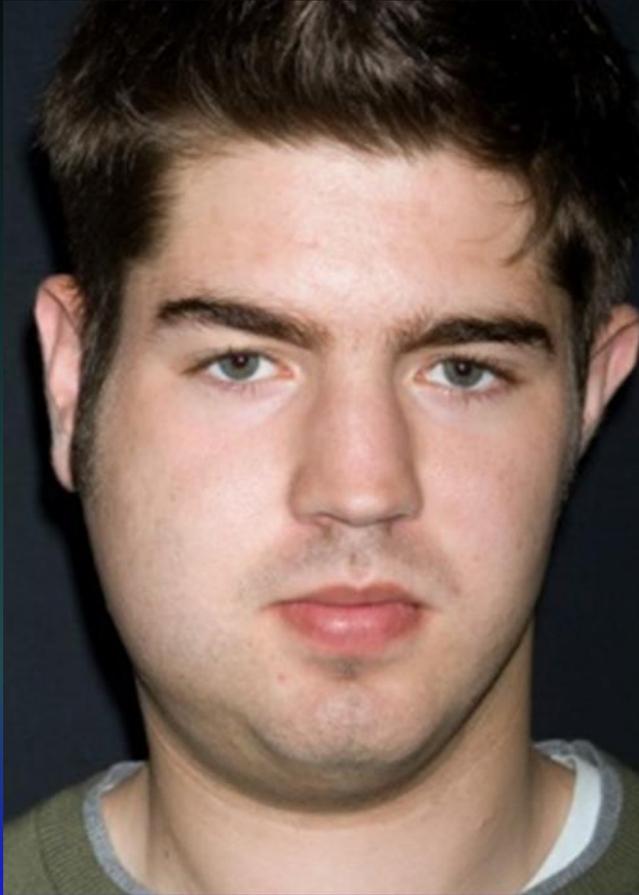


**Clínicamente:**

**Fiebre, malestar general,  
cefalea y escalofrío  
dolor preauricular**

**Hombres = Mujeres  
Adultos jóvenes y niños**





En adultos pueden sobrevenir complicaciones potencialmente graves que pueden causar

*Orquitis u ooforitis*

Esterilidad

Tratamiento:

Sintomático  
Reposo en casa

Vacunas

90% crean anticuerpos



# SIALADENITIS BACTERIANA

Las infecciones bacterianas de las glándulas salivares se pueden subdividir en agudas y subagudas

Aumento de tamaño y dolor  
Interrupción del flujo salivar



Un gran número de fármacos puede producir xerostomía

Infecciones



parótida + común

Staphylococcos aureus resistente a la penicilina



## Clínicamente:

Inflamación dolorosa

Fiebre de baja intensidad

Malestar general

Cefalea

Trismus

Pus en el conducto







## Tratamiento:

Eliminación del microorganismo causante

Rehidratación del paciente

Drenaje de la pus (cultivo y antibiograma)

Reestablecer flujo salivar

Compresas húmedas, analgésicos y reposo

# ENFERMEDADES METABOLICAS

Un grupo de enfermedades capaces de producir aumento de volumen de las glándulas salivares se conoce como Sialodenoisis

Ambas parótidas



## Cuadro 8-2. Estados relacionados con hipertrofia crónica de glándulas salivales

---

Síndrome de Sjögren

Lesión linfoepitelial benigna

Neoplasias

Epitelial: adenomas, carcinoma

Linfoma

Sarcoidosis

Infecciones

Bacteriana

Actinomicosis

Tuberculosis

Enfermedades metabólicas

Desnutrición, incluidas anorexia y bulimia

Diabetes mellitus

Alcoholismo crónico

---

## Cuadro 8-1. Diagnóstico diferencial de xerostomía

---

Síndrome de Sjögren

Estados emocionales y angustia

Anemia

Balance negativo de líquidos

Estados poliúricos

Deficiencia nutricional u hormonal seleccionada

Fármacos o medicación con efectos anticolinérgicos

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Radioterapia a través de glándulas salivales

---

**Alcoholismo Crónico (cirrosis alcohólica)**  
**30-80% aumento volumen parótidas**  
**por deficiencia crónica de proteínas**



**Deficiencia Nutricional**  
**Privación de proteínas**

## **Diabetes Mellitus**

Disminución de tasa de flujo salivar

Aumento de tamaño de parótidas

Hipertrofia acinar

## **Hiperlipidemia**

Sustitución adiposa del parénquima

HTA

Acromegalia (organomegalia)

Pancreatitis crónica (hipertrofia acinar)



# ENFERMEDADES RELACIONADAS CON DEFECTOS INMUNITARIOS

## SINDROME DE SJÖGREN

Es la expresión de un proceso autoinmunitario cuyo resultado principal es la artritis reumatoidea,  
Resequedad en ojos  
(queratoconjuntivitis seca)  
Boca seca (Xerostomía)

Etiología:

Se desconoce

Hiperactividad de células policlonales  
lo que refleja pérdida de la regulación  
de las subpoblaciones de células T



Glándulas exocrinas

1ria

Enfermedad sistémica

2ria

**Cuadro 8-3. Enfermedades orgánicas sistémicas  
en el síndrome de Sjögren**

---

Piel

Resequedad y menor producción de sudor

Esclerodermia

Vasculitis y púrpura

Glándulas salivales y lagrimales

Hipertrofia

Xerostomía

Queratoconjuntivitis seca

Atrofia

Conducto digestivo

Caries dental

Candidiasis bucal

Hipoclorhidria

Hepatosplenomegalia

Cirrosis biliar

Respiratorio

Rinitis

Faringitis

Enfermedad obstructiva pulmonar

Sistema cardiovascular

Enfermedad de Raynaud

Lupus eritematoso

Sistema hematopoyético

Anemia (megaloblástica, microcítica-hipocrómica)

Leucopenia

Hipergammaglobulinemia

Hipersedimentación

Sistema musculoesquelético

Artritis reumatoide

---

Clínicamente:

Todos los grupos étnicos

Todos los grupos raciales

90 % mujeres

Xerostomía

Artralgia

Mialgia

Fatiga



Diagnóstico:

Biopsia de glándulas salivares menores

(confirmada con uno o más focos de linfocitos por 4 mm<sup>2</sup>)

Histología:

Infiltración inflamatoria –linfocitaria–

Sustitución acinar

Degeneración acinar

Depósitos hialinos



Tratamiento:

Control sintomático

Saliva artificial

Lágrimas artificiales

**Fluoruros**



**Cepillado**



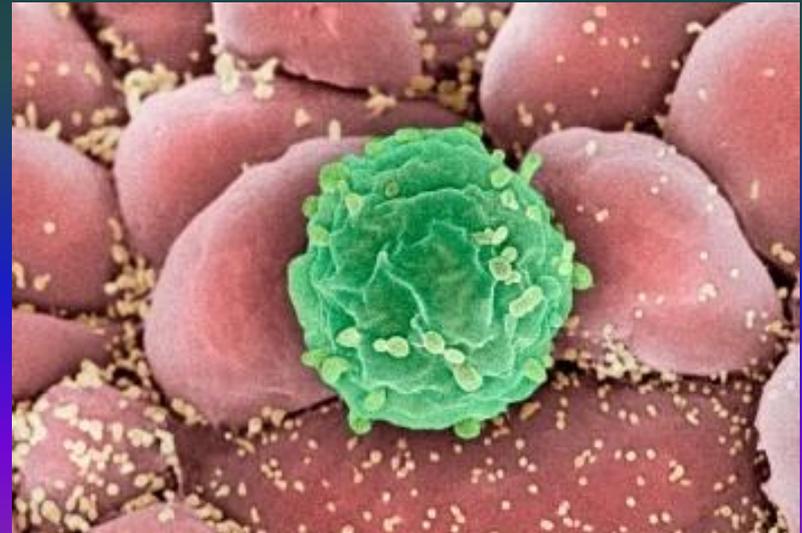
**Seda dental**



# NEOPLASIAS BENIGNAS

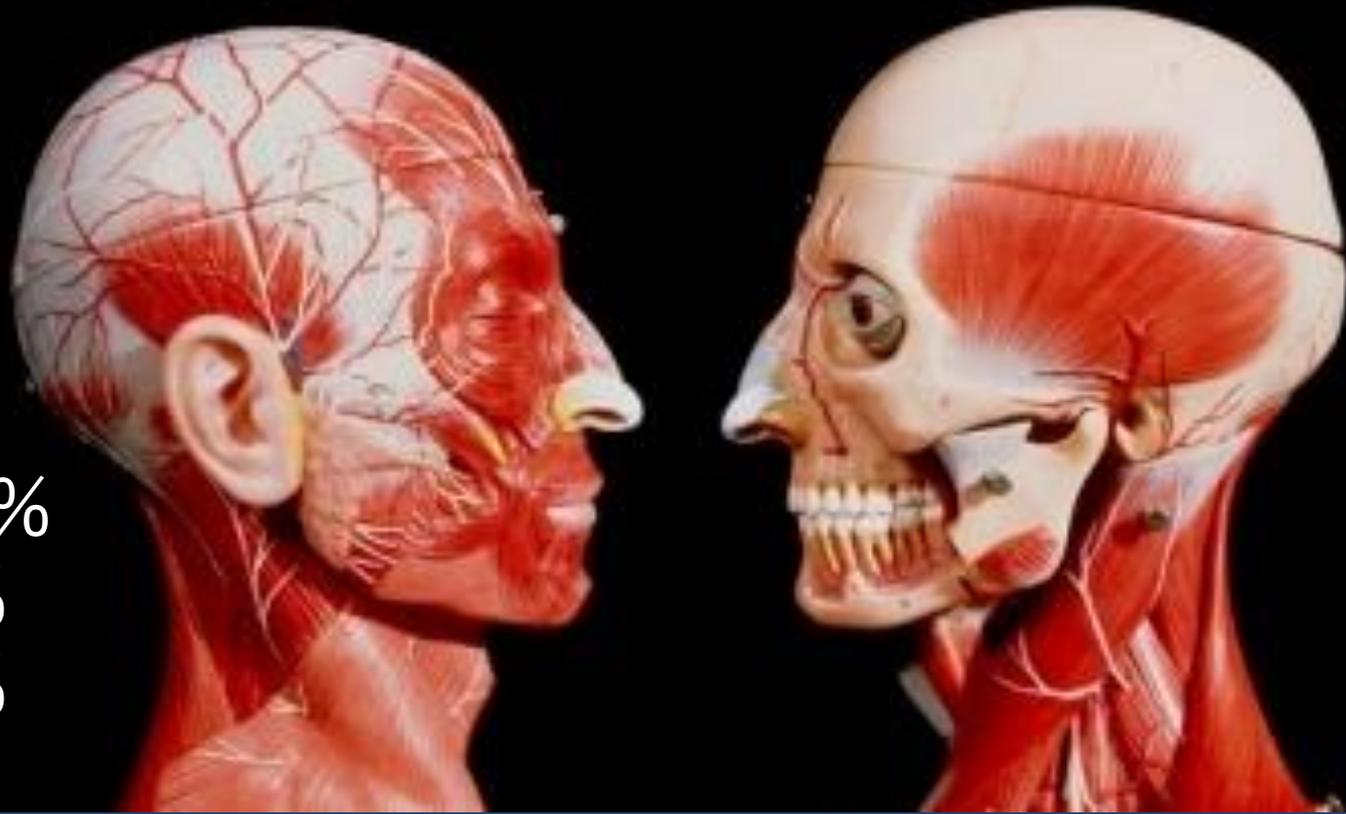
## ADENOMA PLEOMORFICO (TUMOR MIXTO BENIGNO)

Es el tumor más común de las glándulas salivares mayores y menores





Parótida 85%  
 Submaxilar 8%  
 Sublingual 7%

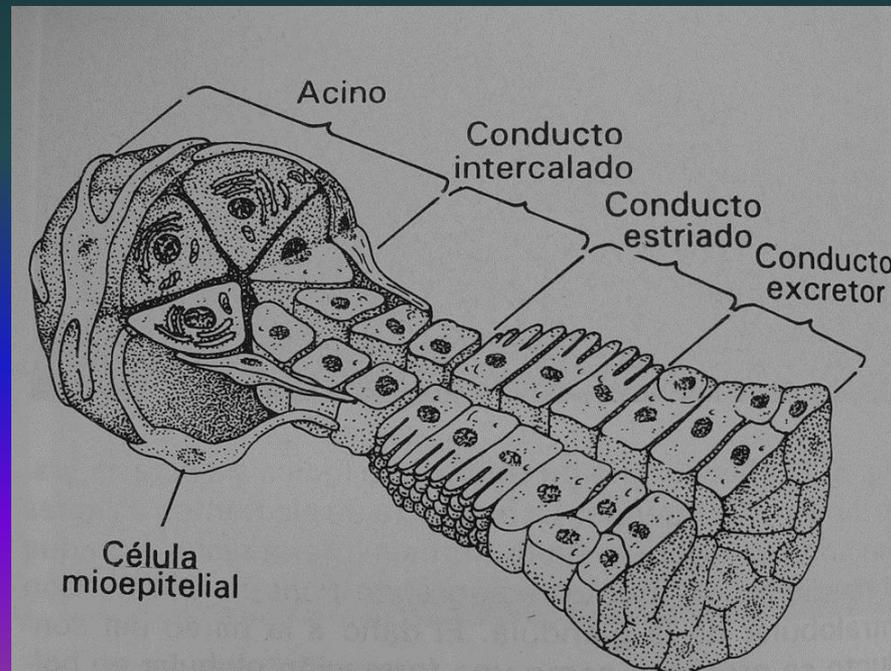


Cuadro 8-5. Tumores benignos de glándulas salivales

<i>Tipo</i>	<i>Parótida</i>	<i>Submandibular</i>	<i>Sublingual</i>	<i>Menores</i>	<i>Total</i>
Tumor benigno mixto	3 196	266	0	346	3 808
Cistadenoma papilar linfomatoso	431	6	0	0	437
Oncocitoma	45	2	0	0	47
Otros adenomas monomórficos	131	5	1	48	185
Total	3 803	279	1	394	4 477

Compilado a partir de Batsakis JG, et al. Head Neck Surg 1:260, 1979; Dardick I, et al, Hum Pathol 13:62, 1982; Eneroth CM. Cancer 27:1415, 1971; and Headington JT, et al. Cancer 39:2460, 1977.

La histogénesis de éstas lesiones se relacionan con la proliferación de células que poseen características mioepiteliales, ductales o ambas



## Clínicamente:

Cualquier edad

4to y 5to decenios

Móviles

Tumefacción indolora

Crecimiento lento

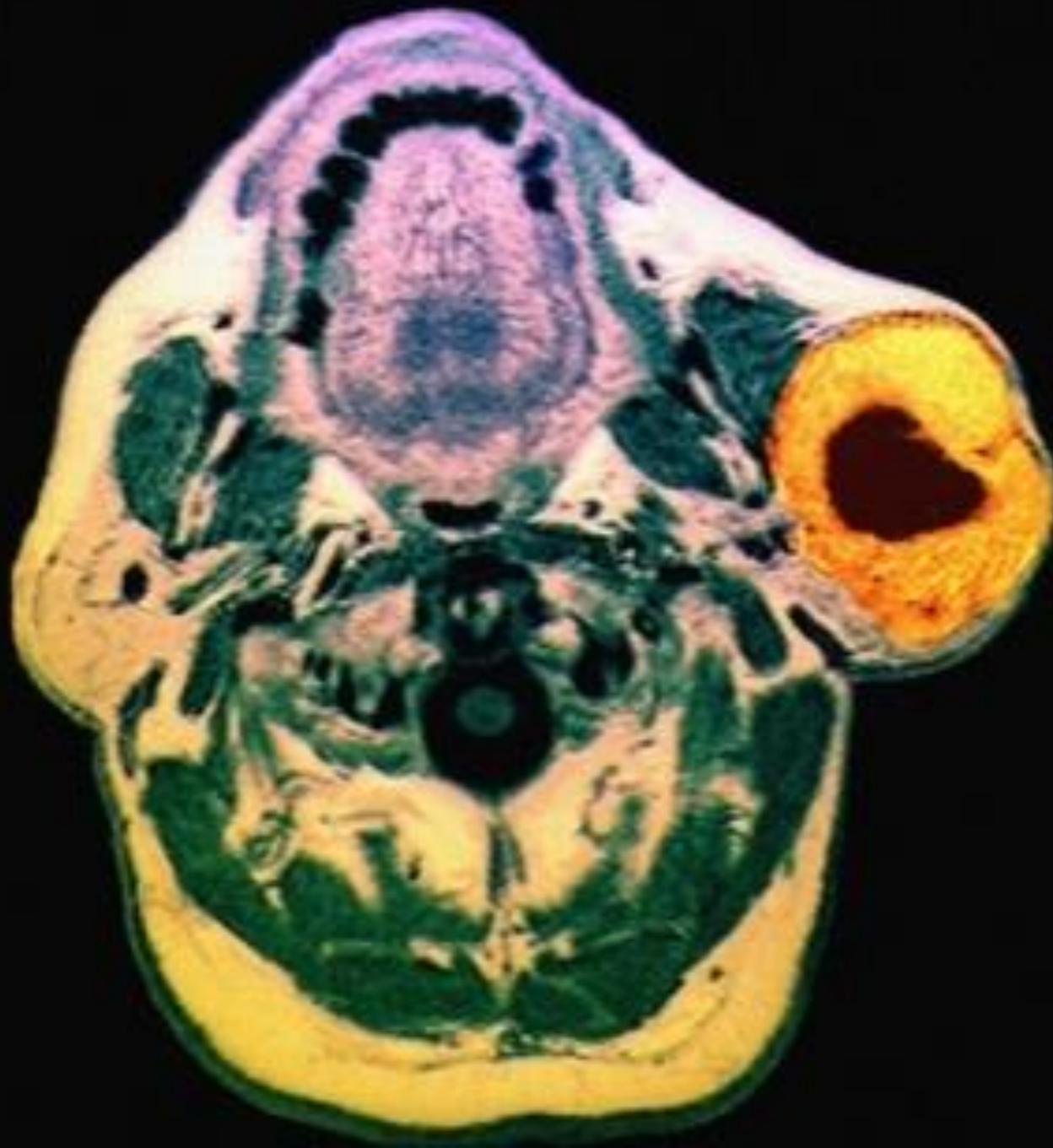
Ligera predilección por mujeres

50% de las de glándulas salivares menores





TC



**Tratamiento:**

**Quirúrgico**



Nervio Facial

Temporal  
Cigomática  
Bucal  
Mandibular  
Cervical

**Excisión quirúrgica  
de la glándula afectada**

# CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSA

(TUMOR DE WARTHIN)

Explica casi 7% de las neoplasias de glándulas salivares

Generalmente en parótidas

Masa pastosa o quística en el polo inferior de la glándula, por detrás y adyacente al ángulo mandibular

CT HiSpeed Adv SYS#MCT1

RIVER OAKS IMAGING - MEMORIAL

Ex:11076

Se:2

OM I42.0

Im:10

79 M 146361

JUL 5, 2002

512

DFOV 21.0cm

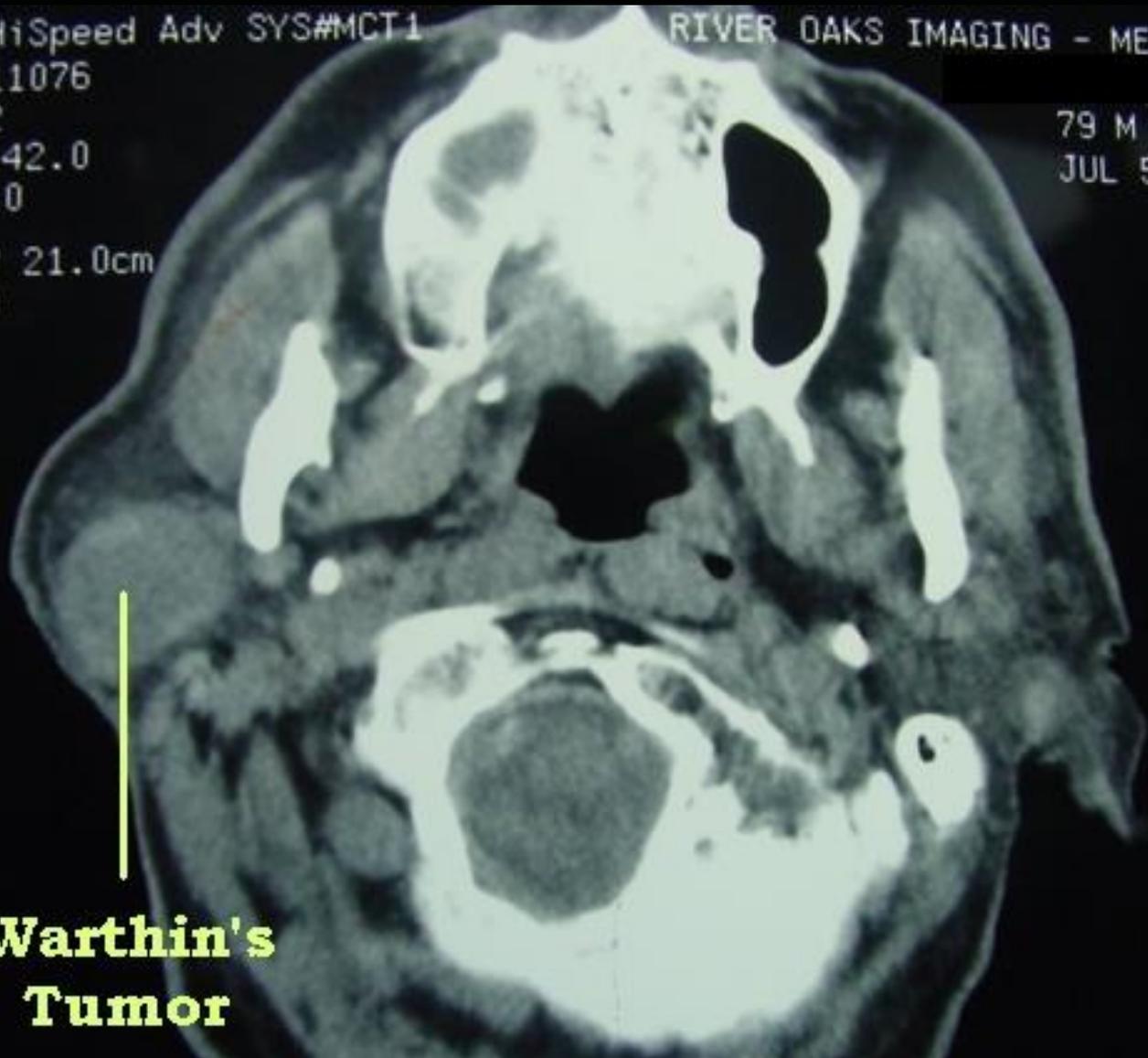
STND

R  
9  
8

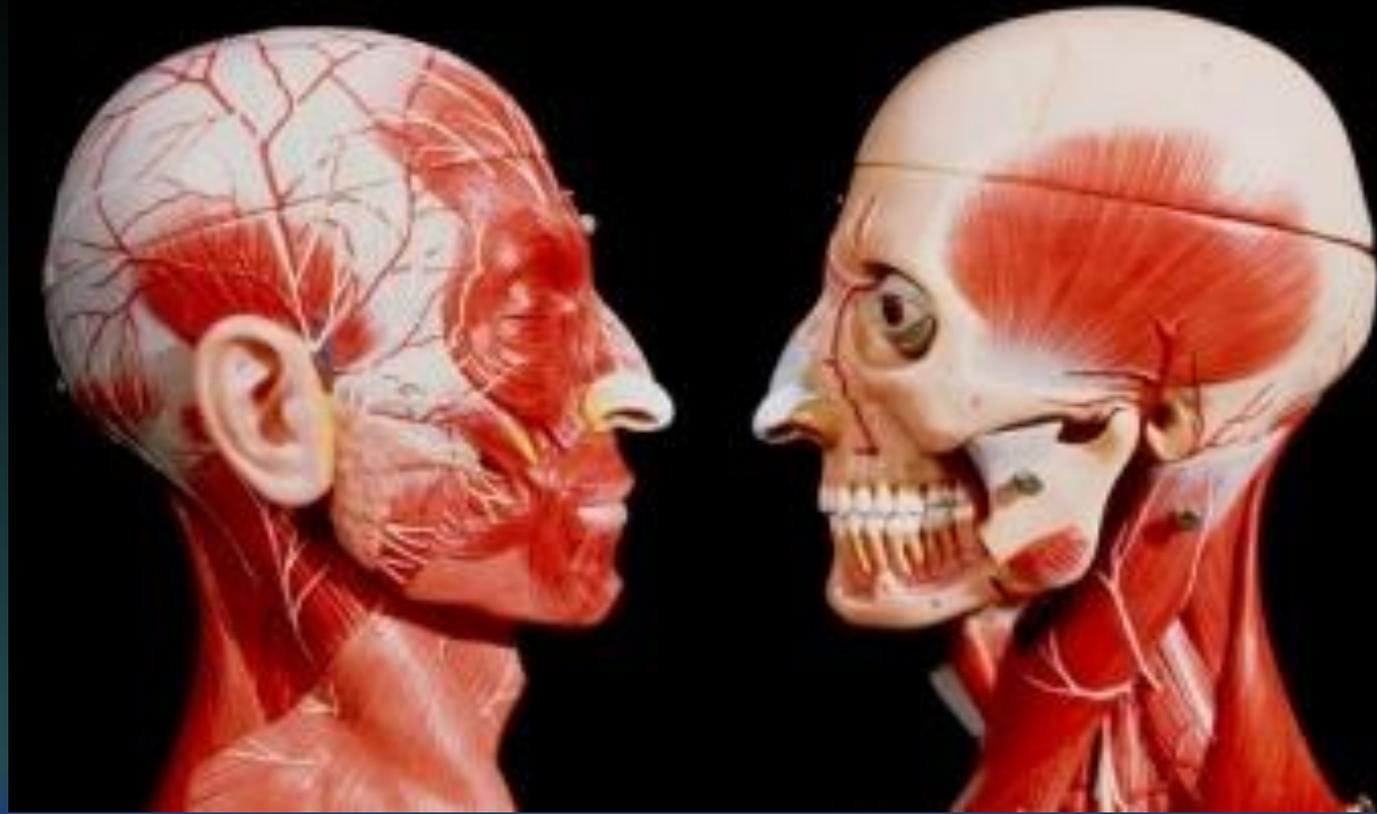
L  
1  
1  
3

L

**Warthin's  
R Tumor**



# Parótida



**Cuadro 8-5. Tumores benignos de glándulas salivales**

<i>Tipo</i>	<i>Parótida</i>	<i>Submandibular</i>	<i>Sublingual</i>	<i>Menores</i>	<i>Total</i>
Tumor benigno mixto	3 196	266	0	346	3 808
Cistadenoma papilar linfomatoso	431	6	0	0	437
Oncocitoma	45	2	0	0	47
Otros adenomas monomórficos	131	5	1	48	185
Total	3 803	279	1	394	4 477

Compilado a partir de Batsakis JG, et al. Head Neck Surg 1:260, 1979; Dardick I, et al, Hum Pathol 13:62, 1982; Eneroth CM. Cancer 27:1415, 1971; and Headington JT, et al. Cancer 39:2460, 1977.

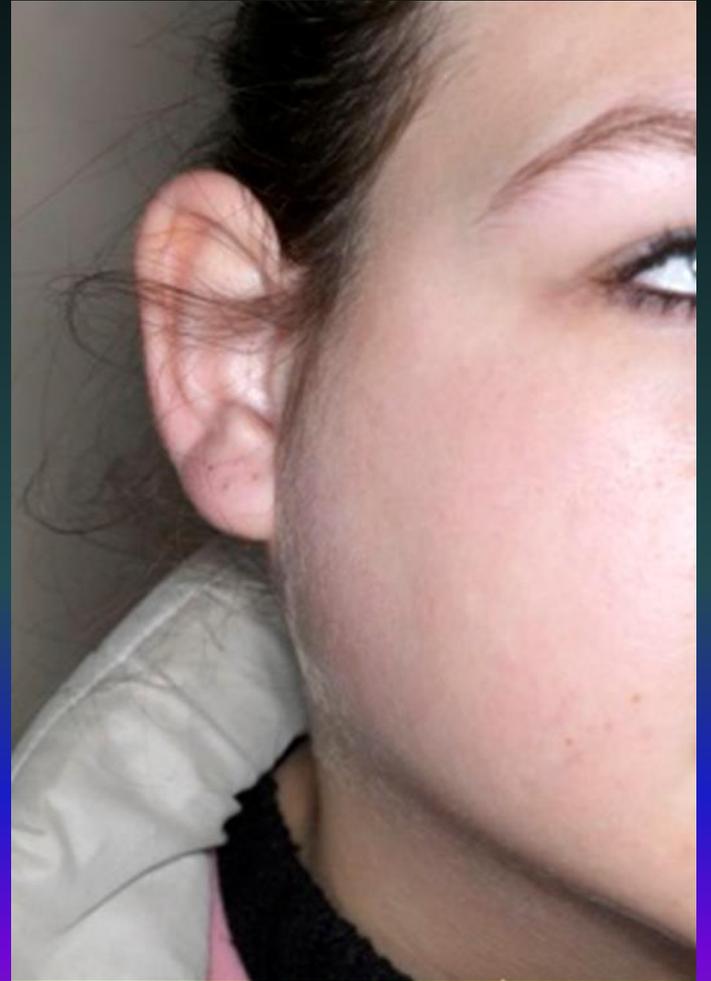
Clínicamente:

Predilección por género masculino

5ta a 6ta década

2-6% bilateral

Tumor encapsulado con superficie lisa  
y lobulada



**Tratamiento:**

**Quirúrgico**



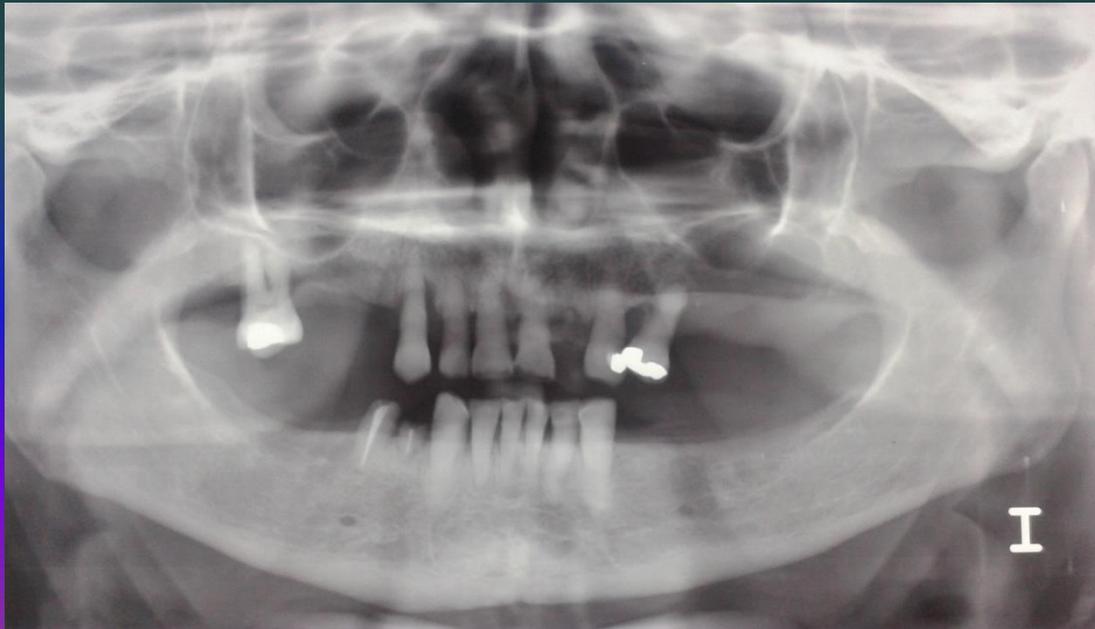
**Excisión quirúrgica  
de la glándula afectada**

# NEOPLASIAS MALIGNAS

## CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

Sitio más común parótida 60-90%  
El más común de las glándulas salivares en niños

Parótida	34%
Submandibular	20%
Sublingual	29%







## Características:

3ro a 5to decenio  
Hombres = Mujeres

Manifestaciones clínicas

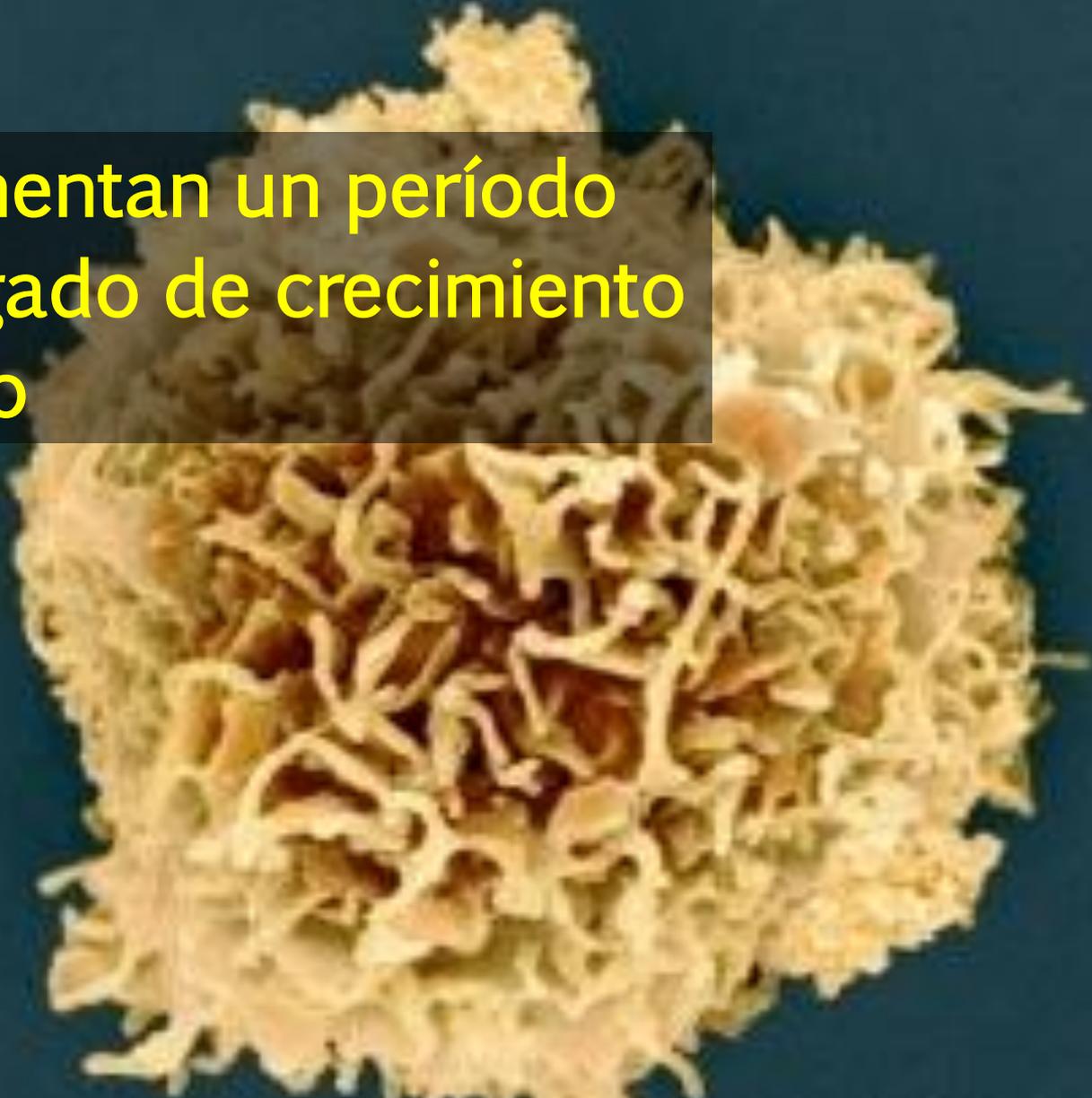
Alto grado de malignidad

Bajo grado de malignidad



# Bajo grado de malignidad

Experimentan un período prolongado de crecimiento indoloro

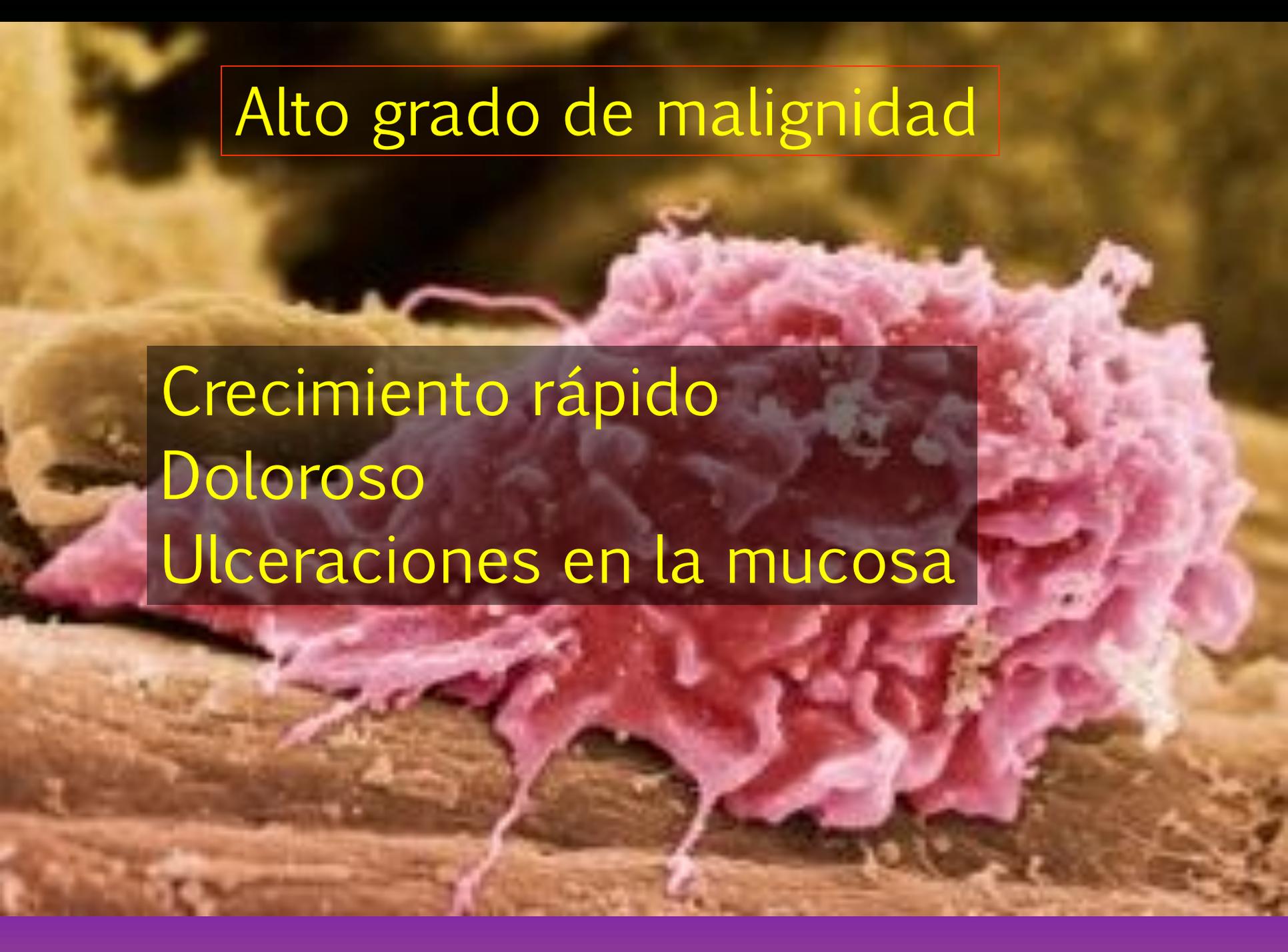


Alto grado de malignidad

Crecimiento rápido

Doloroso

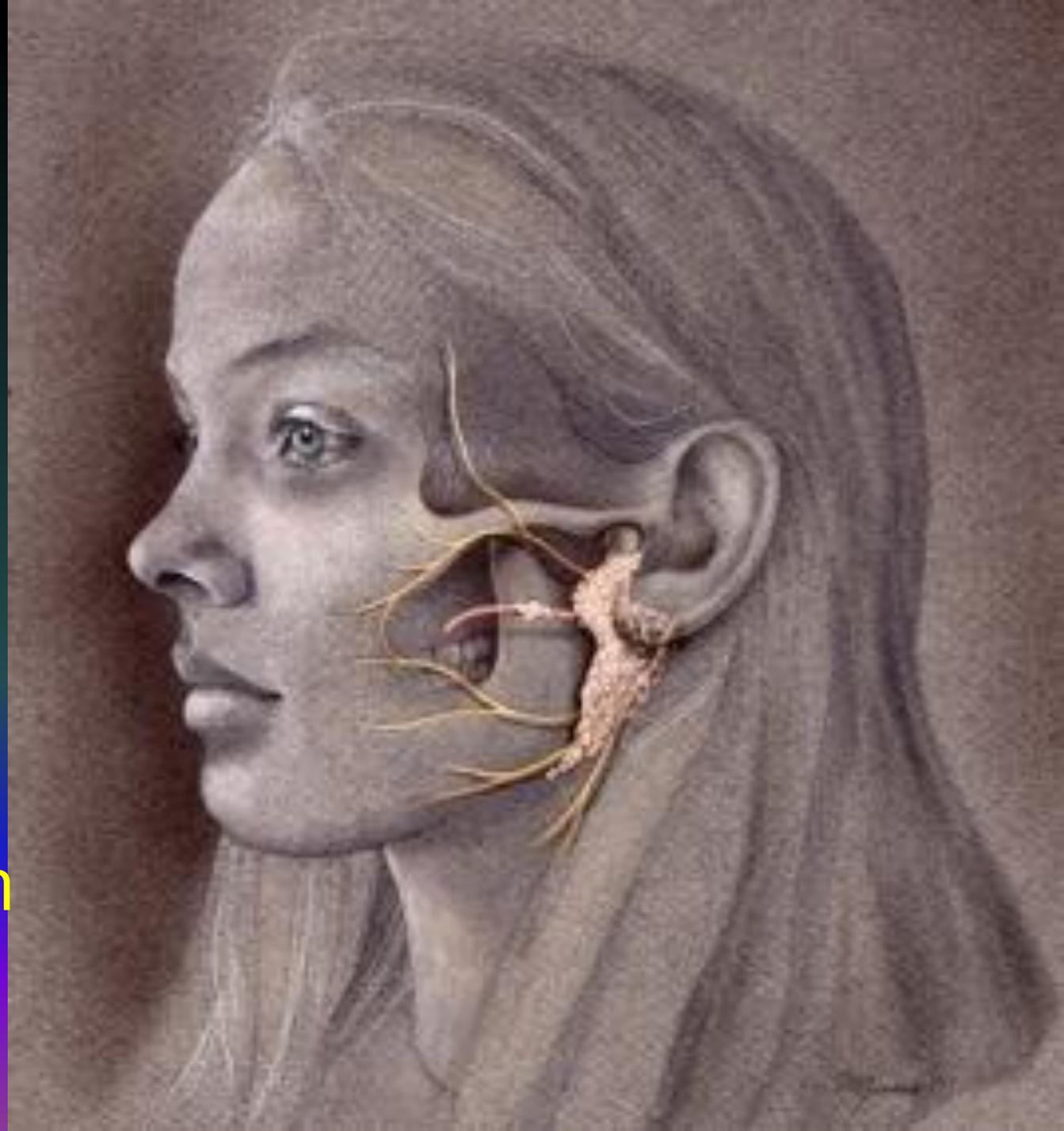
Ulceraciones en la mucosa





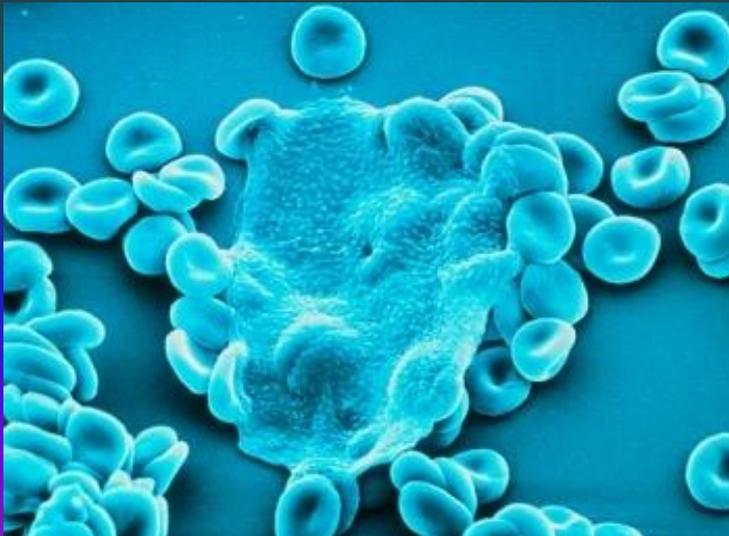
Afección  
Nervio  
Facial

Obstrucción



# Tratamiento:

## Quirúrgico

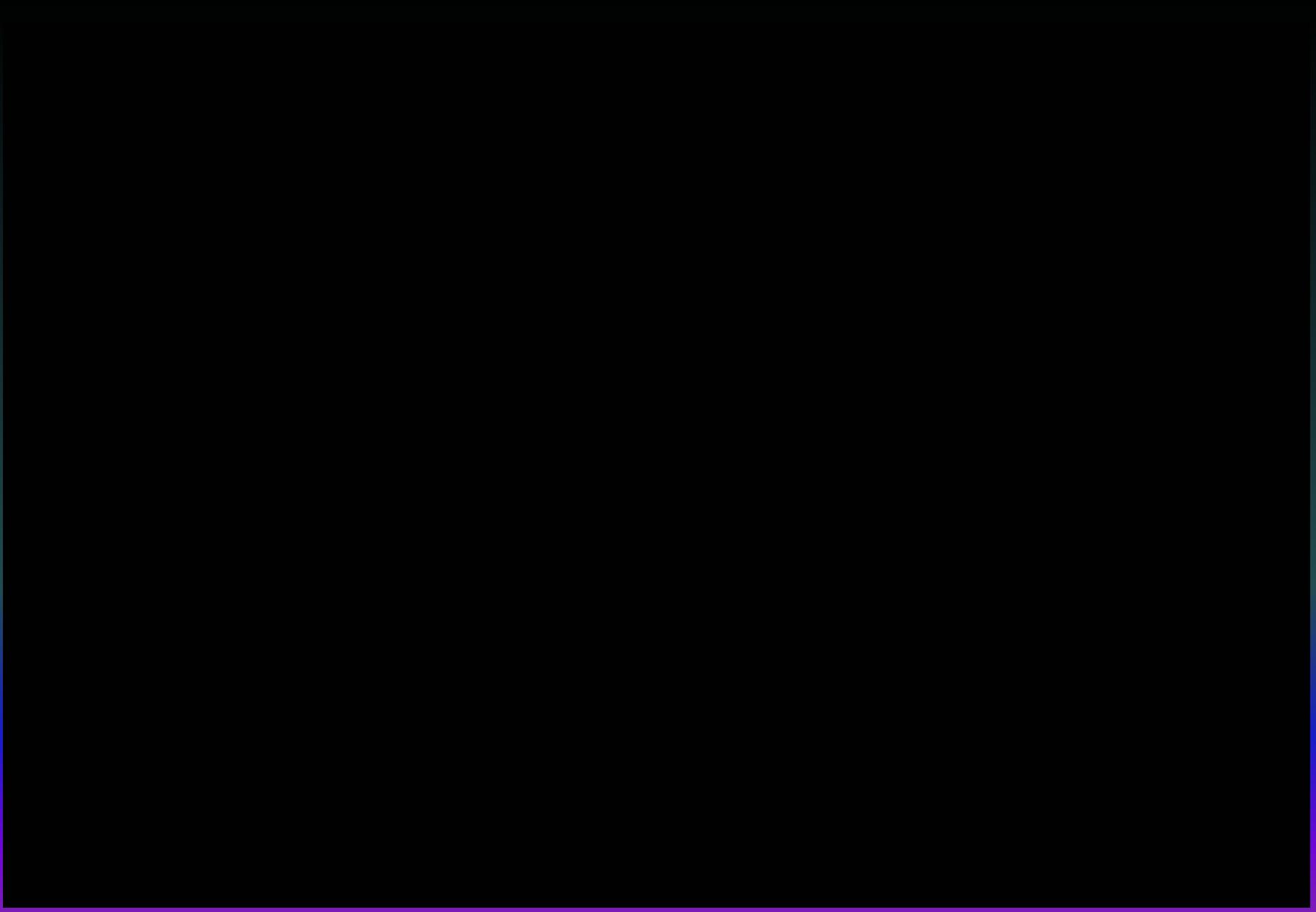


Excisión quirúrgica  
de la glándula afectada

Radioterapia

Video final

Resección mucoccele láser



**MUCHAS GRACIAS**