

# Capítulo 49

## Patología inflamatoria de las glándulas salivales

**Gastón Demaría Martínez**

**Víctor Lasa Menéndez**

**Susana Arroyo Rodríguez**

---

## CONTENIDO

---

1. INTRODUCCIÓN .....	687
1.1. Definición del problema .....	687
1.2. Repercusión social.....	687
1.3. Objetivos de la Guía Práctica Clínica.....	687
2. PREVENCIÓN .....	687
2.1. Factores etiológicos y predisponentes .....	687
2.2. Medidas preventivas.....	688
3. ENTIDADES CLÍNICAS.....	688
3.1. Cuadros inflamatorios agudos .....	688
3.2. Cuadros inflamatorios crónicos .....	689
3.3. Litiasis salival.....	689
4. DIAGNÓSTICO.....	690
5. INDICADORES PRONÓSTICOS.....	690
6. MANEJO TERAPÉUTICO .....	690
6.1. Factores que condicionan la decisión terapéutica .....	690
6.2. Principios generales de tratamiento.....	691
6.3. Tratamiento .....	691
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	692

## 1. INTRODUCCIÓN

---

### 1.1. Definición del problema

Dentro de la patología inflamatoria de las glándulas salivales existen gran cantidad de enfermedades que van desde autoinmunes hasta infecciones virales o bacterianas.

### 1.2. Repercusión social

Su incidencia real no es conocida con exactitud. La glándula parótida es la más frecuentemente afectada con aproximadamente el 80% de la patología.

La causa más frecuente de sialadenitis es la obstructiva.

No parece existir una mayor incidencia por sexo o grupo racial sin embargo se asocia con mayor frecuencia a personas de avanzada edad, deshidratadas o cursando cuadros que afecten al sistema inmune.

Muchos de los procesos que producen inflamación, si no se corrigen, pueden desencadenar cuadros de infección bacteriana secundaria aguda o crónica por vía retrógrada desde la cavidad oral.

### 1.3. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

- Describir los distintos tipos de cuadros y facilitar su diagnóstico.
- Describir sus factores predisponentes y grupos de riesgo para conseguir evitar su aparición o recurrencia.
- Evitar el tratamiento antibiótico de cuadros que no lo requieren.
- Contribuir a mejorar los resultados terapéuticos para los pacientes.
- Servir como guía a la hora de tomar decisiones terapéuticas
- Ayudar a generar un consenso entre los cirujanos maxilofaciales.

## 2. PREVENCIÓN

---

### 2.1. Factores etiológicos y predisponentes

Para describir los factores etiológicos debemos definir los cuadros más importantes que producen inflamación de las glándulas salivales. Son comunes a la mayoría de los cuadros:

- deshidratación

- postoperatorio
- medicamentos
- obstrucción
- mala higiene oral
- patología autoinmune
- enfermedades sistémicas
- HIV
- patología linfoproliferativa

## 2.2. Medidas preventivas

- Evitar los factores predisponentes
- Adecuada hidratación en los ancianos asociado a una buena higiene oral.
- Identificar las posibles enfermedades asociadas.

## 3. ENTIDADES CLÍNICAS

---

### 3.1. Cuadros inflamatorios agudos

- *Sialoadenitis viral aguda*: Es el cuadro inflamatorio más frecuente en pacientes pediátricos y jóvenes. Más frecuente en glándulas parótidas, uni o bilateral.

El virus de la parotiditis es la principal causa especialmente en niños de 4 a 6 años y su incidencia disminuye con la edad aunque no desaparece. Con el desarrollo de vacunas ha disminuido su incidencia en todos los países industrializados. Si bien su clínica es característica, gran cantidad de veces su expresión es subclínica.

Otros virus pueden desarrollar episodios agudos de mayor o menor gravedad como el CMV, Coxsackie A, echovirus, influenza A, etc.

- *Parotiditis bacteriana aguda*: Más frecuente en la parótida debido a que la saliva mucosa de la submaxilar posee mayor concentración de glicoproteínas, ácido siálico, lisozima e Ig A y mayor actividad agregante bacteriana.

Mayor frecuencia en 6ª y 7ª décadas de la vida sin diferencias entre sexo. El factor precipitante suele ser la estasis salival ya sea por obstrucción o disminución en la producción asociadas a deshidratación o mala higiene oral.

La presentación clínica cursa con aumento difuso de la glándula implicada asociado a induración y dolor a la palpación superficial. Suele obtenerse saliva purulenta al masajear la glándula. Los cultivos suelen dar flora mixta incluyendo aerobios (*S. aureus*, *S.*

*pneumoniae*, *E. coli*, *H. influenzae*) y anaerobios (*Bacteroides* sp. peptostreptococcus, etc.). Es bilateral en el 20% de los casos.

### 3.2. Cuadros inflamatorios crónicos

Al igual que los cuadros agudos, los crónicos son más frecuentes en la glándula parótida. La mayoría derivan de patología aguda recurrente que debido a los sucesivos cuadros de infección producen daño permanente en la estructura glandular. La clínica incluye inflamación y dolor moderado con episodios de reagudización asociado a empeoramiento durante las comidas. Si existen reagudizaciones cada una de ellas debe ser tratada como un episodio agudo pudiendo en ocasiones requerir la extirpación de la glándula.

Es importante diferenciar este cuadro de la parotiditis recurrente infantil que ocurre con mayor frecuencia en varones menores de 12 años con tumefacción parotídea ligeramente o no dolorosa y sin xerostomía. La amilasa salival se eleva al igual que en adultos pero no existe una causa aparente. Este cuadro habitualmente remite con el comienzo de la pubertad sin secuelas.

- *Tuberculosis primaria*: Cuadro de relativa frecuencia, habitualmente en la glándula parótida. Suele presentarse de forma similar a inflamaciones inespecíficas. El tratamiento es el mismo que en la tuberculosis pulmonar. La tuberculosis secundaria suele asociarse a la pulmonar y ser más frecuente en las glándulas submaxilar y sublingual.
- *Sarcoidosis*: Enfermedad inflamatoria de etiología desconocida más frecuente en la cuarta década de la vida. El diagnóstico es por exclusión iniciando el cuadro con debilidad, fiebre, náuseas y sudores nocturnos luego continua con inflamación y supuración glandular. El síndrome de Heerford se caracteriza por uveítis, inflamación parotídea y parálisis facial. También puede existir afectación submaxilar, sublingual y glándulas menores. A nivel de glándulas salivales es sintomática solo en el 6% de los casos aunque la afectación histológica llega al 33%.
- *Síndrome de Sjögren*: Infiltrado mediado por linfocitos que lleva a la destrucción de las glándulas exocrinas produciendo xerostomía y queratoconjuntivitis seca. Es la segunda enfermedad autoinmune en frecuencia después de la artritis reumatoide. En el 90% de los casos se manifiesta en mujeres adultas con una edad promedio de 50 años. En el Sjögren primario sólo se afectan las glándulas exocrinas a diferencia del secundario que se asocia a otras enfermedades autoinmunes, más frecuentemente artritis reumatoide. Habitualmente suele ser asintomática en sus comienzos o cursar con síntomas inespecíficos.

### 3.3. Litiasis salival

El 80% de los casos ocurren en la glándula submaxilar, menos del 20 en la parotida y aproximadamente un 1% en la sublingual. Habitualmente se asocia a sialoadenitis crónica. Dentro de las enfermedades sistémicas la gota es la más frecuentemente asociada a sialolitiasis.

sis cuyos cálculos estan compuestos por acido úrico. La gran mayoría de los cálculos de otras etiologías estan compuestos por fosfato cálcico y una matriz proteica. El 90% de los cálculos submaxilares son radiopacos mientras que un 90% de los cálculos parotídeos son radiolucidos y observables por lo tanto en Rx panorámicas.

La mayoría de los pacientes presentan una clínica recurrente de inflamación y dolor habitualmente asociada a las comidas pudiendo desencadenar cuadros infecciosos crónicos. El masaje de la glándula demuestra disminución en el flujo que en ocasiones es mucopurulento. Dentro de las complicaciones se encuentra la sialoadenitis aguda supurativa, la ectasia ductal y estrecheces del conducto

## 4. DIAGNÓSTICO

---

Suele realizarse por medio de la exploración clínica meticulosa, palpando la glándula afectada, observando si existe salida de saliva y su aspecto (seroso o mucopurulento).

En los casos dudosos o de mayor gravedad puede requerir la realización de pruebas de imagen como TAC (para detectar abscesos) o Rx panorámicas u oclusales para detectar posibles cálculos como causa primaria. Todos los cálculos son detectables por TAC. La ecografía suele ser muy útil aunque requiere manos entrenadas. La RMN carece de utilidad actualmente. En el caso del Síndrome de Sjögren, el diagnóstico es altamente probable en pacientes con serología positiva para anticuerpo anti-Ro (SSA) y anti-La (SSB) asociando en gran cantidad de casos factor reumatoideo y/o anticuerpos antinucleares. El diagnóstico definitivo suele requerir la realización de una biopsia de glándula salivar menor.

## 5. INDICADORES PRONÓSTICOS

---

La patología inflamatoria de las glandulas salivales tiene una mortalidad aislada nula.

Son factores asociados de mal pronóstico:

- Enfermedades sistémicas asociadas (HIV, diabetes, inmunodepresión)
- Desnutrición
- Deshidratación
- Edad avanzada

## 6. MANEJO TERAPÉUTICO

---

### 6.1. Factores que condicionan la decisión terapéutica

- Patología sistémica.
- Edad.

- Condicionantes sociales.
- Colaboración del paciente

## 6.2. Principios generales de tratamiento

- Hidratación
- Higiene oral rigurosa
- AINES
- Antibioticoterapia

## 6.3. Tratamiento

### 1. *Patología inflamatoria aguda:*

La sialoadenitis viral se trata de forma sintomática con AINES aunque puede requerir tratamiento antibiótico si evoluciona a una parotiditis bacteriana. Esta última debe tratarse con antibioticoterapia oral o IV según la gravedad. Suele observarse una gran mejoría en las primeras 48 horas, si esto no ocurre, debe considerarse la posibilidad de realizar una incisión y drenaje.

### 2. *Patología inflamatoria crónica:*

Si se trata de una reagudización de un cuadro crónico cada episodio debe ser tratado como un episodio agudo debiendo en ocasiones plantear la posibilidad de extirpación de la glándula una vez superado el episodio agudo.

La parotiditis recurrente infantil no requiere tratamiento excepto si existe dolor.

La tuberculosis ya sea primaria y secundaria requiere tratamiento agresivo similar a la tuberculosis pulmonar.

En el caso de la sarcoidosis el tratamiento es sintomático, en fase aguda se suelen usar corticoides, si existe parálisis facial habitualmente es transitoria. Debe remitirse al especialista debido a que se trata de una enfermedad sistémica al igual que el Síndrome de Sjögren.

### 3. *Litiasis salival:*

El tratamiento depende de la localización del cálculo, aquellos que se encuentran próximos al orificio de salida del conducto pueden extraerse por vía transoral pero cuando se encuentran en el espesor glandular pueden requerir extirpación de la glándula. Nuevos tratamientos como la litotripsia y la extracción transductal aún no se encuentran al alcance de la mayoría de los centros.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

- Bassichis B, Marple BF. Dry mouth and nose in the older patient. What every PCP should Know. *Geriatrics* 2002; 57 (10): 22-4
- Bodner L. Parotid sialolithiasis, *J Laryngology Otol* 1999; 113,(3): 266-7
- Bhatty MA, Piggot TA, Soames JV, Mc Lean NR. Chronic non-specific parotid sialadenitis. *Br J Plast Surg* 1998; 51(7): 517-21.
- Byron J. *Head and Neck Surgery* - 3rd edition, Lippincott, Williams & Wilkins 2001.
- Crispian S. Sjögren's syndrome, *Triple O*, Vol 62, Iss 5, 1986, 510-523.
- Cummings C. *Otolaryngology & Head and Neck Surgery* 3rd edition, Mosby 1999.
- Motamed M, Laugharne D, Bradley PJ. Management of chronic parotitis: a review, *J Laryngol Otol* 2003; 117, (7): 521-6.
- Pollack CV Jr, Severance Hw Jr. Sialolithiasis: case studies and review. *J Emerg Med* 1990; 8 (5): 561-5.
- Temper JW. Parotitis Review *eMedicine* 2003.
- Yoskovitch A. Submandibular Sialadenitis Review. *eMedicine* 2003.