

PATOLOGÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES

Las enfermedades que afectan a las glándulas salivales mayores y menores de las estructuras orofaciales, también lo hacen a las glándulas submucosas de las vías aéreas superiores, incluidas las glándulas secretoras de moco de la nariz, senos paranasales y laringe. Afectan a los componentes ductal y secretor de las glándulas y las mayorías de las neoplasias derivan de los distintos tipos celulares del árbol glandular; por lo que es útil para conocer estos procesos patológicos familiarizarse antes con la histología normal de estas glándulas.

Agruparemos de manera didáctica las enfermedades que afectan a glándulas salivales en;

- ✓ Lesiones Reactivas
- ✓ Infecciones
- ✓ Enfermedades mediadas por procesos inmunitarios
- ✓ Tumores benignos de las glándulas salivales
- ✓ Tumores malignos de las glándulas salivales

Lesiones Reactivas

Mucocele: Tumefacción tisular por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor dañado.

- Aparecen en niños y adultos jóvenes generalmente
- La localización mas frecuente es la superficie mucosa del labio inferior
- Se manifiestan como masas fluctuantes de aspecto translucido
- Generalmente existe un antecedente traumático en la zona seguido por tumefacción progresiva a lo largo de 2 a 4 días
- Cuando se ubican en el piso de boca se denominan Ránulas, de localización lateral, muy translucidas con imágenes vasculares en la superficie.
- Histopatología: El epitelio esta distendido por el acumulo de mucinas, esta mucina está cercada por un borde de tejido de granulación o por colágeno en lesiones de larga duración que le confiere un aspecto encapsulado. No existe revestimiento epitelial

Quiste de retención mucosa: Tumefacción causada por una obstrucción del conducto excretor de una glandula salival, consiste en una cavidad revestida de epitelio y llena de moco.

- No suelen afectar a glandulas mayores y cuando lo hacen son múltiples (Enfermedad poliquistica o disgénica de la glándula parótida)
- Frecuente en adultos entre la tercera y octava década de la vida
- Su localización mas frecuente es el piso de boca y labio inferior
- Histopatología: el epitelio plano estratificado de la superficie mucosa de la cavidad oral se halla distendido por una cavidad quística revestida por epitelio de tipo ductal cubico o cilíndrico. El tejido fibroso circundante puede estar comprimido y rara vez inflamado.

Sialolitiasis: Presencia de una o más estructuras calcificadas ovaladas o redondeadas (cálculos salivales) en el conducto excretor.

- El 80% afecta a glándulas salivales mayores, el 75% a la submandibular. Además la parótida en un 20% y la glándula sublingual en un 5%.
- Se localizan en el conducto principal generalmente, pueden desarrollarse múltiples sialolitos en ramas ductales por toda la glándula y en casos de larga duración puede calcificarse toda la glándulas
- Histopatología: Macroscópicamente son blancos amarillentos, redondos u ovalados y están densamente calcificados. Los cálculos tras su descalcificación muestran laminación con anillos concéntricos de bandas basófilos. El material es acelular y amorfo. Microscópicamente; el revestimiento ductal que rodea al sialolito presenta una serie de cambios reactivos, entre ellos la metaplasia a células mucosas y planas por lo que el epitelio se transforma en plano estratificado con numerosas células en anillo con sellos en las capas lumbinales. El tejido conjuntivo periductal esta densamente infiltrado por linfocitos y células plasmáticas.

Sialadenitis: Respuesta inflamatoria del tejido glandular salival ante un amplio espectro de factores etiológicos.

Sialadenitis esclerosante crónica: inflamación crónica del tejido glandular salival con sustitución de los acinos por linfocitos, células plasmáticas, y tejido fibroso, pero con conservación de gran parte de la arquitectura ductal.

- La inflamación de las glándulas salivales mayores o menores se denomina SIALADENITIS. La mayoría son crónicas y condicionan una fibrosis del parénquima.
- Se deben a la extravasación de moco o a la obstrucción de un conducto por cálculos salivales (además puede deberse a microorganismos o compresión de las glándulas y sus conductos)

Histopatología: Las unidades acinares degeneran, los linfocitos, células plasmáticas y PMNN infiltran los lobulillos

Sialometaplasia Necrotizante: trastorno espontaneo de etiología desconocida, que afecta habitualmente al paladar, en el cual se necrosa una amplia zona del epitelio, el tejido conjuntivo subyacente y las glándulas salivales menores asociadas, mientras los conductos sufren una metaplasia epidermoide.

- Histopatología ; En el paladar falta el epitelio en la zona de ulceración y esta sustituido por fibrina y tejido de granulación, bajo esta fina capa de tejido de granulación existen lobulillos de acinos salivales menores con signos de necrosis por coagulación. A menudo se observan histiocitos y neutrófilos espumosos diseminados en las zonas de necrosis, donde la mucina se acumula o sale de las células acinares necróticas.

Infecciones

Parotiditis Aguda:

- Pueden ser de origen vírico o bacteriano
- La más frecuente de las sialadenitis infecciosas es la parotiditis endémica o paperas.

- Son raras las infecciones bacterianas piógenas y se dan sobre todo tras cirugías mayores abdominales o en glándulas obstruidas.
- También son raras las infecciones crónicas como la sialadenitis tuberculosa y la fiebre por arañazo de gato.

Parotiditis Vírica (endémica):

- Es una sialadenitis aguda causada por un virus ARN de la familia de paramyxovirus, conocido como el virus de las paperas.
- Otros virus como: citomegalovirus (enfermedad de inclusión salival), coxsackie, los virus ECHO, los influenza y parainfluenza.
- Se transmite por medio de gotitas aéreas, afecta principalmente a la parótida y a niños entre 5 a 18 años.
- El inicio se caracteriza por una tumefacción bilateral de las glándulas parótidas con dolor agudo durante la salivación (el lóbulo de la oreja suele estar levantado por la tumefacción).
- Presencia de anticuerpos fijadores de complementos frente a los antígenos “S” y “V”.
- Dura de 7 a 10 días
- Histopatología: Los acinos desarrollan tumefacción turbia y el tejido conjuntivo intersticial esta edematizado e infiltrado por células plasmáticas.
- En las sialadenitis bacterianas agudas las regiones intersticiales están infiltradas por neutrófilos, las luces ductales con material necrótico y se puede observar degeneración y necrosis de las células acinares.

Sialadenitis Bacteriana:

- Se relacionan con una interrupción transitoria del flujo ductal, que se puede producir por el uso de sulfato de atropina durante la anestesia general, permitiendo la infección ascendente.

Las glándulas obstruidas pueden ser infectadas por bacterias piógenas como estafilococos y estreptococos.

Enfermedades Mediadas por Procesos Inmunitarios

Lesión Linfoepitelial Benigna: Proceso inflamatorio autoinmune crónico progresivo que afecta fundamentalmente a las glándulas parótidas, en el cual infiltrados densos de linfocitos T sustituyen a los acinos y los elementos ductales residuales sufren una hiperplasia, formando islotes irregulares de epitelio plano (islotes epimioepiteliales)

- Se han asociado con quistes salivales múltiples en pacientes infectados por el HIV.
- Puede producirse infiltración linfocítica de las glándulas salivales con aumento del tamaño parotideo en linfomas del tejido linfoide asociado a las mucosas (MALToma) y como una forma de sialadenitis autoinmune independiente y limitada a un órgano, conocida como ENFERMEDAD DE MIKULIEZ.

Diferencia con enfermedad de HEERFORDT (cuando la sarcoidosis afecta a las glándulas parótidas).

Síndrome de Sjögren: Grupo de enfermedades autoinmunes con marcada predilección por mujeres, cuyo componente más llamativo es un intenso proceso autoinmune mediado por linfocitos T en glándulas salivales y lagrimales.

- Se produce por infiltración progresiva de linfocitos T y pérdida del parénquima glandular provocando xerostomía y xeroftalmia.

Histopatología: Presencia de linfocitos B y T (más abundantes) al aumentar los linfocitos T se produce una destrucción progresiva y pérdida de unidades acinares. Existe la presencia de focos epiteliales denominados islotes mioepiteliales

Tumores Benignos

1. **Adenoma Pleomorfo**
2. **Adenoma Monomorfo**
3. **Cistadenoma Papilar Linfomatoso**
4. **Oncocitoma**

Adenoma Pleomorfo:

- Es el más frecuente de los tumores benignos de la glándula salival

Compuesto fundamentalmente por una proliferación de células mioepiteliales y con amplio espectro de componentes del tejido epitelial y mesenquimal, rodeado de una nítida capsula fibrosa

Adenoma Monomorfo:

- Grupo de tumores benignos de las glándulas salivales, formados por una proliferación de un único tipo de célula epitelial, con un patrón arquitectónico típico y rodeados por una capsula fibrosa bien definida.
- Los más frecuentes son; el adenoma de células basales y el adenoma canalicular.
- **Adenoma de células basales;** Rodeado por una capsula fibrosa, las células se agrupan en nidos ovalados separados por un estroma fibroso maduro.
- **Adenoma canalicular;** Presenta una capsula que rodea a una capa de células ductales cubicas y/o cilíndricas, monomorfas y proliferativas, organizadas en largos cordones interconectados. El estroma es mixomatoso formado por una matriz mucoidea hipocelular y eosinofila, surcada por capilares muy dilatados.

Cistadenoma Papilar Linfomatoso:

- Lesión benigna de las glándulas salivales con un potencial de crecimiento limitado.
- Afecta a la cola de la glándula parótida. Conocido como TUMOR DE WARTHIN

Formado por espacios quísticos con proyecciones intraluminares, revestidos por una doble capa de células cilíndricas eosinofílicas, presenta abundante tejido linfocítico en el conjuntivo subyacente

Oncocitoma:

Tumor benigno que afecta fundamentalmente a la glándula parótida y está formado por cúmulos de células granulares eosinófilas (oncocitos) con abundantes mitocondrias, ordenados según un patrón organoide y rodeados por una capsula fibrosa intacta

Tumores Malignos

1. **Carcinoma Mucoepidermoide**
2. **Carcinoma Adenoide Quístico**
3. **Carcinoma De Células Acinares**
4. **Adenocarcinoma Papilífero De Bajo Grado**

Carcinoma Mucoepidermoide:

- Tumor maligno de las glándulas salivales con grado de agresividad variable.
- Formado por células epiteliales (epidermoides) planas estratificadas y secretoras de moco
- Carece de capsula
- Tienen tres tipos de células predominantes: mucosas, epidermoides e intermedias
- Los que presentan células mucosas y múltiples espacios quísticos se clasifican de BAJO GRADO
- Los que poseen islotes más sólidos, menos células secretoras de moco y una proporción elevada de células epiteliales planas estratificadas (epidermoides) se clasifican como tumores de ALTO GRADO

Carcinoma Adenoide Quístico

- Tumor maligno de las glándulas salivales formado por células cúbicas que forman un patrón sólido, cribiforme (aspecto de queso suizo) o tubular, con tendencia a la invasión de los espacios linfáticos perineurales.
- Existen tres patrones de crecimiento: *Patrón cribiforme* que es el clásico los islotes tumorales están salpicados de múltiples espacios microquísticos, que dividen los lobulillos y que le dan el aspecto de queso suizo a panal. El *patrón tubular* predominan los elementos ductales y está tapizado por una a tres capas de células basaloideas. El *patrón basaloide* consiste en nidos sólidos de células basales que recuerdan a las del carcinoma basocelular

Carcinoma De Células Acinares

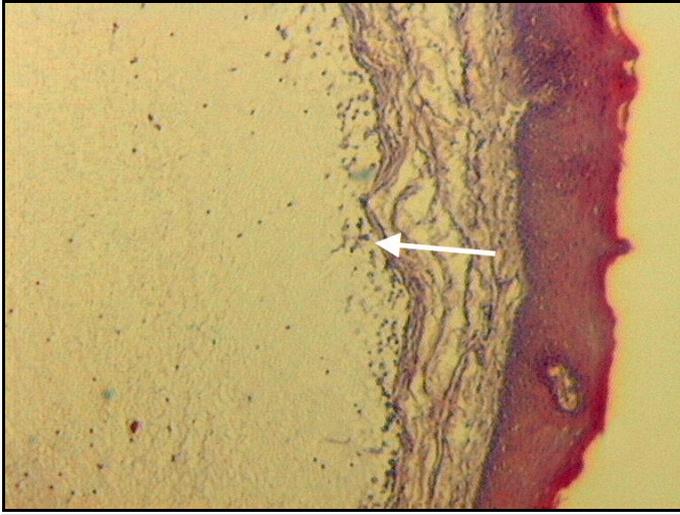
- Tumor maligno fundamentalmente de la parótida formado por células acinares claras que describen generalmente un patrón sólido o folicular con escaso estroma visible.

Adenocarcinoma Papilifero De Bajo Grado

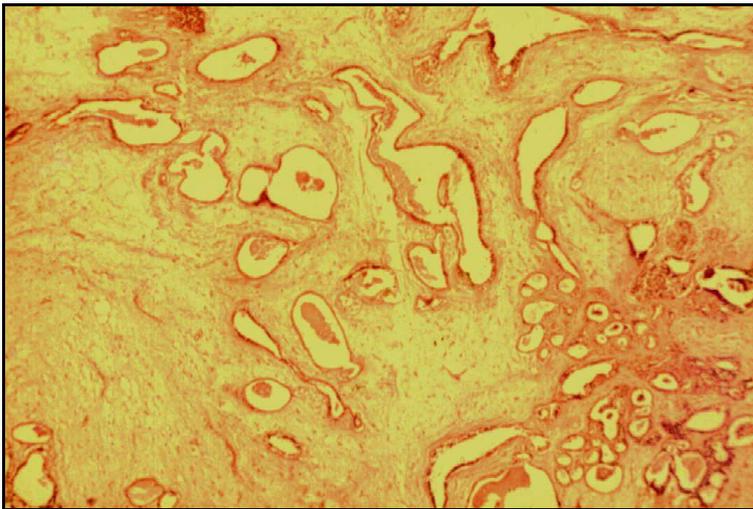
- Tumor maligno de glándulas salivales con predilección por las menores.
- Formado por una amplia variedad de patrones lobulillares y cribiformes en las aéreas centrales y por un patrón tubular en capas mononucleares en la periferia.
- Presenta dos patrones: **lobulillar** formado por nidos ovalados o redondeados de células basaloides con núcleos monomorfos. El estroma es escaso y maduro. El patrón **cribiforme** es similar al carcinoma adenoide quístico, los lobulillos tumorales están repletos de microquistes.
- Su potencial metastásico es bajo

Imágenes Histopatológicas

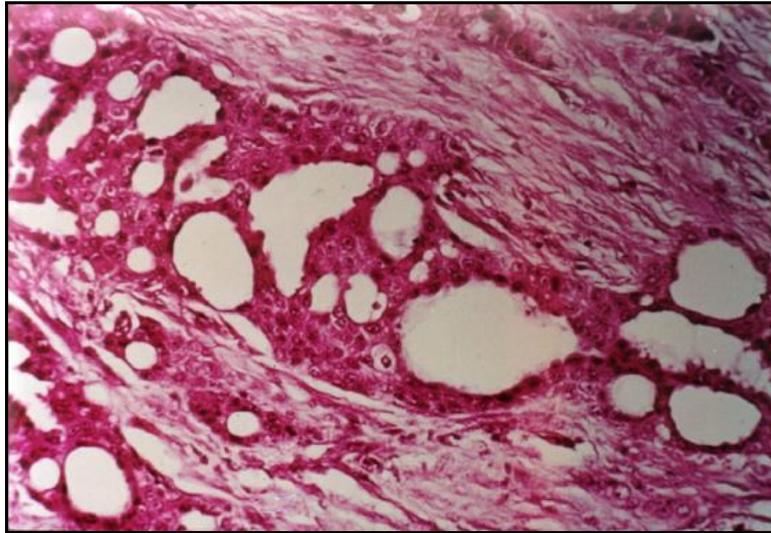
MUCOCELE



ADENOMA PLEOMORFO



ADENOCARCINOMA



CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO

