



## Aumentos de volumen cervical. ¿Adenitis o sialoadenitis?

Dr. Juan Cortés\* y Dra. Susana Encina\*\*

Las glándulas salivales se ubican dentro de la cavidad bucal y forman parte del sistema digestivo. Se clasifican de acuerdo a su tamaño en mayores (dos parótidas, dos submandibulares y dos sublinguales) y menores distribuidas en la mucosa de la boca. Las glándulas salivales mayores son pares, simétricas y poseen un conducto excretor que drena hacia la cavidad bucal. La secreción de la parótida es predominantemente serosa y su producto principal es la ptialina, primera enzima en ejercer una acción digestiva. Las submaxilares se consideran mixtas, pero de predominio seroso, mientras que las sublinguales presentan una secreción mucosa.

Las glándulas salivales menores son entre 600 y 1.000, pequeñas, independientes entre sí y predominantemente mucosas. Se ubican en la mucosa bucal vestibular, labial, palatina y lingual.

El producto de las glándulas salivales es la saliva, producida en un volumen promedio de 1.000 a 1.500 ml al día, variando con un ritmo circadiano, siendo menor durante la noche.

Las principales funciones de las glándulas salivales son:

- Protección del aparato masticatorio a través de la secreción viscosa;
- Producción hormonal de parotina, factor de crecimiento neural y factor de crecimiento epidérmico;
- Defensa inmunológica a través de la excreción de lisosimas bacterianas e inmunoglobulina A secretora;
- Digestiva: en la preparación del bolo alimenticio y la incorporación a él de fermentos y enzimas;
- Participación en el proceso tonoaricular de la emisión de la voz;
- Capacidad excretora de virus y drogas.

Se reconocen algunas alteraciones funcionales de las glándulas salivales como: *sialorrea*: aumento en la cantidad de secreción salival; *hiposialia*:

disminución de la cantidad de saliva; *asialia*: ausencia de secreción salival; *xerostomía*: mucosa bucal seca.

Las glándulas salivales pueden sufrir patología inflamatoria denominándose sialoadenitis, ya sea específicas, traumáticas, inmunológicas o inespecíficas dependiendo del origen de la agresión. También pueden presentar formación de cálculos llamado sialolitiasis, problemas metabólicos y endocrinológicos, alteraciones congénitas como hamartomas, dismorfosis o alteración del número de ellas y patología tumoral, ya sea benigna o maligna.

Para realizar el diagnóstico diferencial entre todas las patologías anteriores es importante considerar las características semiológicas posibles como:

- Tumefacción parotídea o aumento de volumen preauricular uni o bilateral que levanta el lóbulo de la oreja.
  - Aumento de volumen palpable adosado a la parte inferior de la mandíbula.
  - Compromiso inflamatorio de la piel, adhesión a planos profundos.
  - Aumento de volumen bajo la lengua.
  - Inflamación de los orificios de salida de los conductos excretores, más frecuentemente del conducto Stenon de la parótida.
  - Características de la secreción salival, espontánea o después de masaje, cantidad, pus, etcétera.
- Dentro de los exámenes auxiliares que ayudan en el diagnóstico se deben tener presente los siguientes: radiografía simple o con medio de contraste (sialografía), ecotomografía, cintigrafía, tomografía computarizada, cultivo y antibiograma de la secreción salival, sialometría, estudio sialoquímico y citológico, biopsia.

Las patologías inflamatorias más frecuentes son las siguientes:

*El producto de las glándulas salivales es la saliva, producida en un volumen promedio de 1.000 a 1.500 ml al día, variando con un ritmo circadiano, siendo menor durante la noche.*

\* Cirujano Dentista. Ayudante primero. Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

\*\* Cirujano Dentista, Profesor asociado, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

### Sialoadenitis específicas

Las infecciones específicas más frecuentes en nuestro país son producidas por *Micobacterias*, *Actinomyces* y virus, siendo la infección por el virus de la parotiditis la más frecuente.

#### *Sialoadenitis viral urleana*

Es producida por el *Myxovirus parotiditis* y su localización es fundamentalmente parotídea, aunque puede también comprometer las glándulas submaxilares simultáneamente. Se presenta en forma bilateral en el 70% de los casos. El período de incubación varía entre 14 y 21 días y el contagio es por vía aérea a través de gotas de Fluögel o elementos contaminados con saliva de un paciente. Dentro del cuadro clínico se describe un período prodrómico de 1 ó 2 días y el período de estado se acompaña de fiebre moderada y aumento de volumen de duración no superior a 6 días. Se puede realizar comprobación serológica del diagnóstico por medio de una reacción de fijación de complemento. La parotiditis proporciona inmunidad de por vida y, actualmente, se incluye la vacuna con virus-vivo atenuado (al año de vida) dentro del programa nacional de vacunación.

Como complicaciones se describe orquitis, meningoencefalitis y pancreatitis, situaciones que deben advertirse a los padres de modo que consulten en caso de síntomas sospechosos, pese a que en general no tienen un pronóstico grave. El período estacional de mayor incidencia es el invierno e inicio de primavera. En el diagnóstico diferencial debe considerarse la parotiditis crónica inespecífica en período de reagudización y la adenitis submandibular. El tratamiento es médico, conservador, considerando medidas de aislamiento para este tipo de enfermedades infecciosas virales, y analgésicos en caso necesario.

#### *Sialoadenitis actinomicóticas*

Infección causada por una bacteria Gram negativa, anaerobia, el *Actinomyces israelii* o *A. naeslundii*. Esta patología se localiza preferentemente en las glándulas salivales mayores, por lo tanto el diagnóstico diferencial debe hacerse con la parotiditis crónica inespecífica, adenoflegmón y osteoflegmón. Se presume que no es contagiosa y que se localiza en el tejido previamente traumatizado.

Clínicamente se manifiesta por lo general como aumento de volumen unilateral, acompañado de fiebre, compromiso importante del estado general y

*Las infecciones específicas más frecuentes en nuestro país son producidas por Micobacterias, Actinomyces y virus, siendo la infección por el virus de la parotiditis la más frecuente.*

tendencia a la formación de un flegmón o absceso. En la secreción se observan gránulos característicos, como "de azufre", correspondientes a colonias de microorganismos. En la imagen ecográfica se describen lechos quísticos de menos de 1 cm de diámetro, semejante al "queso gruyere".

El estudio bacteriológico del *Actinomyces* es de difícil obtención, pero en la tinción de Gram pueden observarse las bacterias.

El tratamiento antibiótico consiste en penicilina por vía parenteral, en dosis altas y prolongándolo por un mes. En caso de comprobarse una degeneración funcional irreversible después de concluido el tratamiento antibiótico, se recomienda cirugía.

#### *Sialoadenitis tuberculosa*

Es una inflamación que también compromete principalmente las glándulas salivales mayores, por lo que el diagnóstico diferencial debe hacerse con la parotiditis crónica inespecífica. El agente causal puede ser *Mycobacterium humano* o *bovino*.

Clínicamente se observa un paciente febril o subfebril con compromiso glandular unilateral. Los estudios citológico y bacteriológico confirman el diagnóstico y el tratamiento debe ser acorde al esquema nacional vigente. Sólo en los casos en que después de la terapia antibiótica se compruebe degeneración funcional irreversible se recomienda el tratamiento quirúrgico.

### Sialoadenitis inespecíficas

#### *Sialoadenitis crónica recurrente*

Es una inflamación de predominio de glándulas salivales mayores, cuyo principal agente causal es el estreptococo, que se instala en un terreno predispuesto por hiposialia (habitualmente idiopática) lo que favorece una infección ascendente.

*Es una inflamación que también compromete principalmente las glándulas salivales mayores, por lo que el diagnóstico diferencial debe hacerse con la parotiditis crónica inespecífica. El agente causal puede ser Mycobacterium humano o bovino.*

Se presenta en niños de 3-5 años, acompañado de astenia, anorexia y fiebre que preceden al aumento de volumen generalmente unilateral, dolor a la palpación de las glándulas parótidas, edema del conducto de Stenon y observación de drenaje de pus por su extremo. Según su forma de presentación puede ser aguda, crónica o crónica reagudizada. La sialografía puede ayudar al diagnóstico y ser coadyuvante en el tratamiento, después de la remisión de la sintomatología aguda. El cultivo y antibiograma de la secreción obtenida del conducto de Stenon es fundamental para realizar un tratamiento etiológico adecuado.

El tratamiento consiste en penicilina benzatina y dosis sucesivas profilácticas, pueden agregarse también sialólogos como pilocarpina o jugo de limón. Medidas sintomáticas como calor local y masaje glandular pueden aliviar la sintomatología dolorosa.

#### Sialoadenitis inmunodependientes

Son afecciones generalmente degenerativas provocadas por cuadros sistémicos como el síndrome de Sjogren, que puede afectar a todas las glándulas de producción exocrina, la conjuntiva ocular (queratoconjuntivitis seca) y alteración del tejido conjuntivo con compromiso articular variable.

El diagnóstico se puede confirmar con unabiopsia de labio, examinando una glándula salival menor o palatina y con la sialografía que muestra una imagen característica. Estos cuadros son generalmente crónicos, irreversibles y raros de observar en niños.

#### Sialolitiasis

Es la formación de cálculos dentro de las glán-

dulas salivales o en sus conductos excretores. Se presenta con mayor frecuencia en las glándulas submandibulares y no se han encontrado en las sublinguales, ni glándulas menores. Se manifiesta por dolor de tipo cólico que se exagera con la ingesta de alimentos. El éstasis de saliva produce tumefacción, notándose un aumento de volumen glandular, a lo que suele agregarse infección. La sola sospecha del diagnóstico contraindica la realización de una sialografía. El tratamiento depende de la ubicación del cálculo, ya que podría extirparse quirúrgicamente por vía bucal, destruirse o practicarse una resección glandular.

#### Otras parotiditis

- Parotiditis nutricional.
- Fibrosis quística.
- Enfermedad de Mikulicz.
- Sarcoidosis.

#### BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Cobos SL: Tratamiento de la parotiditis crónica recurrente inespecífica. *Odontología Chilena* 1984; 32: 31-6
2. Díaz G: Algunos aspectos de la fisiología de las glándulas salivales. *Odontología Chilena* 1987; 35(2): 130-6
3. Encina S: Sialocarcinomas. *Revista del Hospital San Francisco de Borja* 1974; 9: 263-8
4. Encina S: Las glándulas salivales y el cirujano maxilofacial. *Rev Dent Chile* 1989; 80(3): 152-4
5. Ensignia M: Microbiología prevalente de la parotiditis crónica recurrente inespecífica. Investigación para optar al título de Cirujano Dentista. Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 1988
6. Lillo R: Cintigrafía en las glándulas salivales. Consideraciones generales. *Odontología Chilena* 1983; 31: 38-43
7. Shaeffer WG, Levy BM: Tratado de Patología Bucal. 4ª Ed. México. Editorial Interamericana. 1987