



Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSN: 0443-5117

revista.medica@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social
México

González Guevara, Martha Beatriz; Torres Tejero, Marco Antonio; Martínez Mata, Guillermo

Agrandamiento no neoplásico de glándulas salivales. Análisis clínico-histológico
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 43, núm. 3, 2005, pp. 189-197

Instituto Mexicano del Seguro Social
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745542002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**Martha Beatriz
González Guevara,¹
Marco Antonio
Torres Tejero,^{1,2}
Guillermo
Martínez Mata^{1,2}**

¹Especialista
en Diagnóstico Integral
y Patología Bucal,
profesor titular C
²Ayudante de posgrado
de la Especialidad
en Diagnóstico Integral
y Patología Bucal

Centro de Diagnóstico
de Histopatología Bucal,
Universidad Autónoma
Metropolitana-
Xochimilco

Comunicación con:
Martha Beatriz
González Guevara.
Tel.: 5483 7206.
Dirección electrónica:
mgonzal@cucyatl.uam.mx.

Agrandamiento no neoplásico de glándulas salivales. Análisis clínico-histológico

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de los agrandamientos no neoplásicos de glándulas salivales, en el Centro de Diagnóstico de Histopatología Bucal, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, durante un periodo de 24 años (1979- 2003). De 5625 biopsias recibidas y analizadas, 461 (8.2 %) correspondieron a los agrandamientos no neoplásicos de glándulas salivales; en cada caso se documentaron los datos demográficos del paciente, así como características clínicas. Se trató de un grupo heterogéneo de entidades patológicas entre las que se incluyeron lesiones locales, obstructivas, infecciosas e inmunopatológicas. La lesión más frecuente fue el quiste de extravasación mucosa con 341 casos (74 %); el segundo y tercer lugar fueron ocupados por la sialadenitis crónica y el síndrome de Sjögren, con 54 (11.7%) y 41 (8.9%), respectivamente; en menor proporción se presentó el quiste de retención mucosa, la sialosis, la lesión linfoepitelial benigna y la asociada a sialolitos. El sexo femenino fue el más afectado, la edad promedio se ubicó entre la segunda y tercera décadas de la vida, y la localización más común fue la mucosa labial.

SUMMARY

We carried out a retrospective study on non-neoplastic enlargement of the salivary glands at the Oral Histopathology Diagnostic Center of the Autonomous Metropolitan University at Xochimilco (UAM-Xochimilco) in Mexico during a period of 24 years (1979-2003). From 5,625 biopsies received and analyzed, a total of 461 (8.2%) were non-neoplastic enlargement of the salivary glands; for each case, we registered demographic data as well as clinic characteristics. These lesions were characterized as a heterogeneous group of pathologic entities among which we included local, obstructive, infectious, and immunopathologic lesions. The most frequent lesion was the extravasation cyst in 341 (74%) cases, followed by chronic sialadenitis and Sjögren's syndrome with 54 (11.7 %) and 41 (8.8 %) cases, respectively, and at a lesser percentage mucous retention cyst, sialosis, benign lymphoepithelial lesions and those related with sialolites. Females were affected more frequently; mean age was second to third life decades. These lesions were most frequently localized on inferior labial mucosa.

Introducción

De acuerdo con su tamaño, las glándulas salivales se clasifican en glándulas salivales mayores y menores. Las de mayor tamaño son las parótidas, localizadas antes de la aurícula sobre la rama ascendente de la mandíbula y formadas principalmente por células seromucosas. Siguen las submaxilares, situadas en la parte posterior del

piso de la boca, constituidas en 80 % por células seromucosas y en 20 % por células mucosas. Las más pequeñas son las sublinguales, localizadas en la parte anterior del piso de la boca, de composición histológica mixta, si bien de predominio mucoso.

Las glándulas salivales menores se ubican en toda la submucosa de la cavidad bucal y son las más numerosas; sus ácinos son generalmente mucosos.

Palabras clave

- ✓ quiste de extravasación mucosa
- ✓ sialadenitis crónica esclerosante
- ✓ síndrome de Sjögren
- ✓ quiste de retención mucosa

Key words

- ✓ mucous extravasation cyst
- ✓ chronic sclerosing sialoadenitis
- ✓ Sjögren's syndrome
- ✓ mucous retention cyst

Según la clasificación de las enfermedades no neoplásicas de glándulas salivales descrita por Batzakis¹ y Scully² (cuadro I), éstas pueden dividirse en enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones locales o asociadas a enfermedades sistémicas metabólicas y autoinmunes, así como en lesiones misceláneas. Existen pocos informes

en la literatura anglosajona que integren el conjunto de estas enfermedades, sin embargo, es posible encontrar múltiples reportes aislados de dichas entidades. Cabe señalar una situación muy semejante en México, por lo que es necesario dar a conocer la patología bucal más prevalente aparte de la caries y la enfermedad periodontal.

Conforme a la clasificación mencionada, las alteraciones locales más frecuentes son los quistes de extravasación mucosa, como lo confirma *Armed Forces Institute of Pathology* en su última revisión.³ abarcan 9 a 10 % del total de las lesiones de glándulas salivales. Los quistes de extravasación mucosa resultan del escape del fluido salival secretado desde el sistema ductal glandular hacia el tejido conectivo. Estas entidades se presentan en todas las edades, desde recién nacidos⁴ hasta personas de la tercera edad,⁵ si bien es más común en niños y jóvenes;^{4,6,7} no muestran predilección por sexo y clínicamente se observan como aumento fluctuante de volumen, de color violáceo y las más profundas son del mismo color de la mucosa.^{3,4,6}

Por su parte, el quiste de retención mucosa del fluido salival se encuentra circunscrito por una cavidad revestida de epitelio, y si bien se presenta en todas las edades, es más frecuente entre la séptima y octava décadas de la vida.⁸

La sialadenitis crónica es una condición inflamatoria ocasionada por destrucción del sistema ductal glandular que produce éstasis del flujo salival y puede deberse a infección secundaria viral o bacteriana, o bien, a la obstrucción del mismo sistema, lo que modifica la consistencia del flujo y forma tapones mucosos o de material calcificado (sialolitos).^{1,7-10} Clínicamente hay aumento de volumen de la glándula, eritema, dolor y afección del estado general,⁷ y puede afectar glándulas salivales mayores y menores.^{10,11}

Por otra parte, la sialadenitis crónica esclerosante, o tumor de Kuttner, es una condición que produce inflamación de consistencia dura semejante a una neoplasia; la glándula más afectada (aunque no la única) es la submaxilar.¹⁰ Puede cursar con inflamación y dolor relacionado con la ingesta de alimentos o sólo mostrar el tumor; su frecuencia es mayor en hombres. La incidencia de edad de presentación está entre la tercera y sexta décadas de la vida.³ Debido a su baja frecuencia, ha sido difícil establecer la incidencia de estas lesiones en enfermedades metabólicas o sistémicas, al igual que los agrandamientos glandulares.⁶

Cuadro I Clasificación de enfermedades no neoplásicas de las glándulas salivales

■ Inflamatorias

Agudas (específicas)

1. Viral (paperas, Coxsacki A, ECHO y coriomeningitis linfocítica)
2. Bacteriana (estafilocócica, estreptocócica, neumocócica, por gramnegativos)
 - Supurativa aguda de la infancia
 - Posquirúrgica
 - Por debilitamiento terminal

Crónicas (específicas)

1. Tuberculosis
2. Actinomicosis
3. Sarcoidosis

Recurrente subaguda o crónica

1. Autolimitada
2. Progresiva
3. Lesión linfoepitelial y síndrome de Sjögren

■ Sistémicas y secundarias a desórdenes metabólicos

Obesidad, hipertensión, diabetes mellitus
Malnutrición y deficiencias asociadas (proteínas, vitaminas)
Alcoholismo y enfermedad hepática alcohólica

■ Hipersensibilidad e idiosincrasia a drogas

■ Disturbios locales (glándulas salivales)

Sialolitiasis
Sialoangiectasis
Trauma, cuerpo extraño, fistula
Linfadenopatía parotídea
Quiste de extravasación y retención (mucocele, ránula)
Obstrucciones locales ductales (congénitas, tapones mucosos)

■ Misceláneas

Neumoparotiditis
Psicogénicas
Sobreactividad funcional
Idiomática
Sialadenitis posterior a radiación

Laboratorio de Histopatología
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

La sialadenosis, entidad inflamatoria asintomática,¹² también tiene una baja frecuencia y se asocia con alteraciones sistémicas de origen endocrino, nutricional o con la ingesta de medicamentos neurogénicos.^{1,2,7,12-14} Se presenta entre la quinta y sexta décadas de la vida, predomina en mujeres³ y afecta glándulas mayores, principalmente en forma bilateral a las parótidas.¹² Con el microscopio de luz se observa hipertrofia y ausencia de los ácinos glandulares, así como reemplazo del parénquima glandular por tejido graso y fibroso.¹

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune crónica que afecta las glándulas salivales y lagrimales; clínicamente se presenta con xerostomía y xeroftalmía.¹⁵⁻¹⁹ Cuando ambas glándulas se encuentran comprometidas, se clasifica como primario^{1,16,20} y si se acompaña de una enfermedad de la colágena se denomina secundario;^{1,20} las enfermedades autoinmunes más relacionadas son la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico.^{1,16} En este síndrome se ha reportado una prevalencia no mayor a 0.6 % de la población general;¹⁵ 90 % en mujeres con edad promedio de 50 años al momento del diagnóstico.¹⁷

La lesión linfocitopitelial benigna se observa más en mujeres en una relación de 3:1, y entre la cuarta y sexta décadas de la vida; en 85 % afecta a las glándulas parótidas y en 15 % a las submaxilares;³ puede observarse en forma aislada o asociada con el síndrome de Sjögren en menos de 1 %.¹ La imagen histológica inicial es un infiltrado linfocítico difuso localizado alrededor de los ductos glandulares; en una fase posterior se observa atrofia de las unidades acinares y proliferación del epitelio ductal que produce islas mioepiteliales.² Es importante mencionar que esta entidad en su estado final puede desarrollar una neoplasia como el linfoma maligno no Hodgkin (5 %) o el carcinoma anaplásico (1 %).^{1,2}

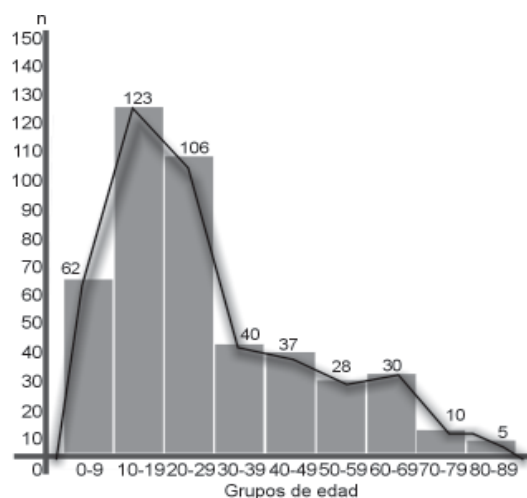
El objetivo de este reporte es indicar la frecuencia y descripción de las características clínicas e histológicas de los agrandamientos no neoplásicos de las glándulas salivales, en un centro para diagnóstico de patología bucal.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 5625 biopsias recibidas, diagnosticadas y archivadas en el Laboratorio de

Histopatología de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, entre febrero de 1979 y mayo de 2003. Para realizar este estudio, de la libreta de registro consecutivo del laboratorio se seleccionaron aquellas biopsias diagnosticadas histológicamente como lesiones de glándulas salivales. Se excluyeron aquellas con diagnóstico de neoplasia, ya fuera benigna o maligna. Los casos seleccionados fueron 461; los tres autores del presente estudio reevaluaron cada laminilla en forma conjunta en un microscopio de tres cabezas. Además, se registraron los datos demográficos y clínicos de cada paciente, los cuales se obtuvieron del formulario para solicitud de biopsia con que cuenta el laboratorio y en el que se registran los datos personales del paciente (nombre, sexo, edad, domicilio particular), los datos del médico solicitante y de la unidad clínica de donde provenía la biopsia, las características clínicas y radiológicas de cada lesión, la sintomatología, el tiempo de evolución, la vinculación sistémica en cada caso y el diagnóstico clínico presuntivo. Las solicitudes de los estudios estaban formuladas por instituciones privadas y del Sector Salud del primer y segundo nivel.

Todas las biopsias fueron procesadas en bloques de parafina en cortes de 4 micras y teñidas con hematoxilina-eosina y ácido peryódico de Schiff, en los casos que lo ameritaron. Las biopsias



Laboratorio de Histopatología
(Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco)

Figura 1. Distribución por edad de 461 pacientes con agrandamientos no neoplásicos de glándulas salivales

recibidas para descartar síndrome de Sjögren fueron evaluadas con los criterios señalados por Daniels²² y Fox²³; en todas las biopsias de esta entidad se registró que las lesiones fueron tomadas de las glándulas salivales menores de la mucosa labial inferior.



Figura 2. Quiste de retención en glándulas salivales del piso de la boca



Figura 3. Quiste de extravasación mucosa

Resultados

De las 5625 biopsias recibidas, 461 correspondieron a los agrandamientos no neoplásicos de glándulas salivales (8.2 %). El sexo femenino resultó afectado en 274 casos (59.4 %) y el masculino en 180 (39 %). En siete casos (1.6%) no se registró el sexo. La relación hombre mujer fue de 1.5:1.

En cuanto a la distribución de las lesiones por edad, se observó amplio intervalo, con un mínimo de un año y un máximo de 84 años, y una media de 27 años. El pico de frecuencia pudo apreciarse en la segunda y tercera décadas de la vida (figura 1).

Las 461 lesiones se distribuyeron de la siguiente manera: 341 (74 %) correspondieron a quiste de extravasación mucosa, 54 (11.7 %) a sialadenitis crónica, 41 (8.9 %) a síndrome de Sjögren, 10 (2.2 %) a quiste de retención mucosa, cuatro (0.9 %) a sialadenosis, tres (0.7 %) a sialadenitis crónica asociada a sialolitos, tres (0.7 %) a lesión linfoepitelial benigna, dos (0.4 %) a sialadenitis crónica esclerosante y uno (0.2 %) a sialolito aislado; dos especímenes (0.4 %) se reportaron como material no útil para diagnóstico.

Respecto a la ubicación, 284 lesiones (61.6 %) se localizaron en la mucosa labial; en 65 (14.1 %) no se indicó topografía; 32 (6.9 %) en el piso de la boca, 19 (4.1 %) en la región de la glándula submaxilar, 16 (3.5 %) en la lengua, nueve (1.9 %) en la mucosa vestibular, siete (1.5 %) en la mucosa de carrillos, el vientre de lengua y la parótida, respectivamente; seis individuos (1.3 %) en el fondo de saco, cinco (1 %) en la región sublingual y tres en el paladar y la zona retromolar.

**Cuadro II
Distribución de los agrandamientos no neoplásicos de glándulas salivales, según coloración**

	Similar a mucosa adyacente		Translúcido		Rosa pálido		Blanquecino		Azul		Violáceo		Sin datos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QEM	59	17.3	32	9.4	51	15.0	58	15.0	31	9.1	39	11.4	71	20.8	341	100
QR	2	20.0	3	30.0	2	20.0	0		1	10.0	0		2	20.0	10	100
SC	7	13.0	1	1.8	3	5.6	7	13.0	0		1	1.8	35	64.81	54	100

QEM = quiste de extravasación mucosa

QR = quiste de retención

SC = sialadenitis crónica

Laboratorio de Histopatología (Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco)

Los quistes de extravasación mucosa se presentaron con mayor frecuencia en niños (17.5 %) y en adultos jóvenes, 113 (33.1 %) y 97 (28.4 %) en la segunda y tercera décadas, respectivamente. Afectó a 191 (50.6 %) mujeres y 150 (40.4 %) hombres. Clínicamente se registró aumento de volumen (figura 2) con múltiples formas, sintomatologías y tonalidades de color (cuadros II, III y IV). Estas lesiones tuvieron amplia distribución en la mucosa de la cavidad bucal (cuadro V).

Los quistes de retención se localizaron en el piso de la boca en uno de los casos (figura 3) y en la mucosa labial inferior en los nueve restantes. El tamaño varió de milímetros a varios centímetros (cuadro VI).

La histopatología de los quistes de extravasación mucosa estuvo caracterizada por una lesión de naturaleza quística revestida parcialmente por tejido de granulación; el lumen contenía un material eosinófilo de aspecto mucoso con abundantes células inflamatorias, predominando los mucínifagos y los eosinófilos. La lesión estaba circunscrita por una cápsula de tejido conectivo maduro bien vascularizado; en algunos casos el material eosinófilo se distribuía alrededor del tejido conectivo. En la periferia se presentaron múltiples lóbulos mucosecretorios de glándulas salivales integrados por focos de células con inflamación crónica y marcada dilatación ductal (figura 4).

De las lesiones no neoplásicas de glándulas salivales, 54 (11.7 %) correspondieron a sialadenitis crónica, distribuidas en todas las edades con un pico de frecuencia en la quinta y séptima décadas de la vida (figura 5). Afectó en mayor proporción a las mujeres, con 35 casos (64.8 %). Las localizaciones más frecuentes de esta condi-

ción fueron la glándula submaxilar con 18 casos (33 %), la mucosa labial con 16 (29 %), la glándula sublingual con siete (13 %) y la glándula parótida con cuatro (9 %). En seis individuos (11.1 %) no se registró la ubicación; del total de estas lesiones, únicamente dos pacientes tuvieron aumento de volumen, 16 manifestaron dolor y ninguno, alteración del estado general.

En el microscopio de luz, estas lesiones mostraron denso infiltrado inflamatorio crónico de predominio linfoplasmocitario en forma de placas, con reemplazo en gran parte del parénquima glandular, atrofia glandular y acentuada sialectasia (figura 6). En dos casos la sustitución fue dada por tejido conectivo fibroso y fueron diagnosticados como sialadenitis crónica esclerosante; se ubicaron en la mucosa labial y como único síntoma presentaron xerostomía. En dos casos la sialadenitis crónica esclerosante se asoció con sialolitos, por lo que además también mostraron masas laminares concéntricas intraductales.

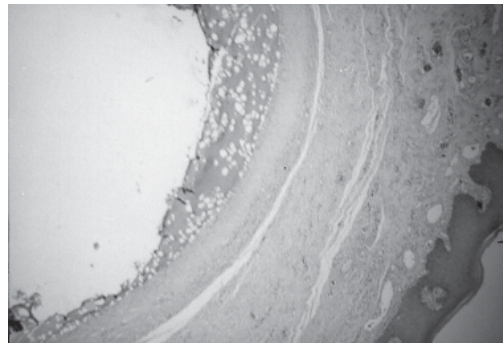


Figura 4. Histología del quiste de extravasación mucosa, que muestra revestimiento y cápsula

Cuadro III
Frecuencia de los agrandamientos no neoplásicos de glándulas salivales, según su forma

	Ovoidal		Esferoidal		Hemiesferoidal		Irregular		Sin datos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quiste de extravasación mucosa	93	27.3	142	41.6	13	3.8	12	3.5	81	23.8	341	100
Quiste de retención	2	20	3	30	2	20	1	10	2	20	10	100
Sialadenitis crónica	7	13	8	14.8	0		3	5.5	36	66.7	54	100

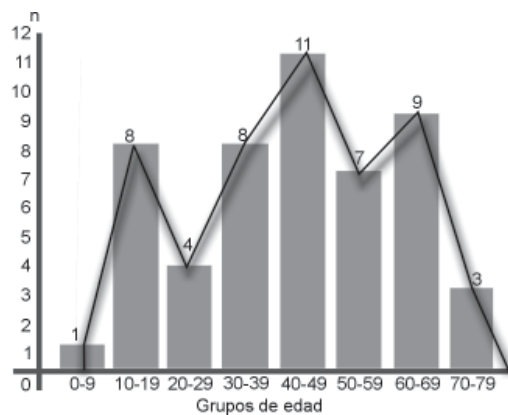
Laboratorio de Histopatología (Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco)

En relación con el síndrome Sjögren, éste afectó a 37 (90.2%) mujeres y sólo a cuatro hombres (9.8%); el mayor número de pacientes estaba entre la sexta y séptima décadas de la vida (figura 7.) La sintomatología manifestada fue la xerostomía en 28 individuos (figura 8), la xeroftalmía en 15 (36.5%) y los signos articulares en 13 (31.7%); la resequeadad de la mucosa nasal-vaginal-piel se observó solamente en seis (14.6%) y el aumento de volumen en las parótidas en cuatro (9.7%). De la totalidad de estos casos se identificó que siete (17%) presentaron dos criterios clínicos para ser diagnosticados con el síndrome de Sjögren primario, y nueve (21%) correspondieron al secundario al referir artritis reumatoide. La quinta parte de los pacientes tuvo

xerostomía, resequeadad de piel, nasal y vaginal, así como estomatodinia, dolor en las articulaciones, no así xeroftalmía ni antecedentes de artritis reumatoide u otra condición asociada con el síndrome de Sjögren. La imagen histológica mostró sialadenitis linfocítica focal caracterizada por denso infiltrado linfocítico de las glándulas salivales, localizado en la periferia de los ductos, con atrofia y destrucción de las unidades acinares; este infiltrado linfocítico tuvo más de dos focos de 50 o más células de linfocitos dentro de un diámetro de 4 mm² (figura 9).

Los tres sujetos con lesión linfoepitelial benigna la presentaron en la mucosa labial inferior; todos manifestaron xerostomía y sólo uno estuvo asociado con síndrome de Sjögren.

La sialadenosis se observó en cuatro pacientes; en una sola glándula parótida en dos de ellos. Dos de los pacientes tenían antecedentes de alcoholismo, uno era portador de diabetes mellitus y otro de hepatopatía. Dos individuos tuvieron lesiones menores en las glándulas salivales con aumento de volumen y sin enfermedad sistémica.



Laboratorio de Histopatología
(Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco)

Figura 5. Distribución de sialadenitis crónica según grupos de edad

Discusión

De los agrandamientos no neoplásicos de las glándulas salivales, la mayoría correspondió a quistes de extravasación mucosa, similar a lo reportado en otras series.³⁻⁵ *Armed Forces Institute of Pathology*³ en su última revisión señaló que 30% de estos pacientes fue menor de 30 años, con un pico de frecuencia en la tercera década de la vida, resultados muy semejantes a los encontrados aquí y a los registrados por algunos autores.⁴⁻⁶

Cuadro IV
Frecuencia de síntomas de los agrandamientos no neoplásicos de glándulas salivales

	Asintomático		Molestia		Aumento de volumen		Dolor		Xerostomía		Proceso inflamatorio recurrente		Sin datos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QEM	152	44.6	4	1.2	13	3.8	35	10.3	0		1	0.3	0		136	40.2
QR	4	40.0	0		2	20.0	0		0		0		4	40.0	10	100
SC	5	9.3	0		2	3.7	16	29.6	8	14.8	0		5	9.3	18	33.3

QEM = quiste de extravasación mucosa

QR = quiste de retención

SC = sialadenitis crónica

Laboratorio de Histopatología (Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco)

Por otra parte, los quistes de retención han sido observados en personas de mayor edad;^{3,5,8} nosotros encontramos que las lesiones fueron más frecuentes en personas menores de cincuenta años.

Si bien se ha indicado que la distribución de los quistes de extravasación mucosa es similar para hombres y mujeres,^{4,5,9} en este estudio fue ligeramente más elevada para las mujeres (56 %). También *Armed Forces Institute of Pathology* y Shear^{3,6} señalaron 52 % para los hombres. En los quistes de retención mucosa la frecuencia fue mayor en las mujeres, con siete casos, y sólo tres se presentaron en hombres, cifras concordantes con lo reportado por otros autores.^{6,23}

Cuadro V
Localización de los quistes de extravasación mucosa

Localización	Número	%
Mucosa labial inferior	222	61.6
Sin datos	44	12.9
Piso de la boca	27	7.9
Lengua	15	4.4
Mucosa bucal	8	2.3
Mucosa labial superior	8	2.3
Ventre de lengua	7	2.1
Fondo de saco	5	1.5
Región submandibular	2	0.6
Región sublingual	1	0.3
Paladar	1	0.3
Zona retromolar	1	0.3
Total	341	100

Laboratorio de Histopatología
(Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco)

Se ha descrito que las lesiones son ovoides y redondas,^{3,6} como fue observado en 255 casos (72 %) registrados en este estudio. Además, una cuarta parte de las lesiones mostró el mismo color de la mucosa y dos terceras partes azulado en forma fluctuante, semejante a lo reportado por Cataldo y colaboradores.⁴ La localización de estas lesiones se observó en 74 % de los casos en la mucosa labial inferior, en comparación con lo señalado por Cataldo⁴ y Shear⁶ en 58.6 y 53.6 %, respectivamente, y en muy pocos casos en el labio superior (1.9 y

5.2 %). En este estudio dos terceras partes de los individuos cursaron asintomáticos, como generalmente ocurre,^{6,9} y una cuarta parte manifestó dolor o molestia, signos que posiblemente estuvieron relacionados con algún estímulo durante el proceso del habla y masticación.

El tamaño de las lesiones en su mayor parte osciló entre 5 y 10 mm, similar a lo señalado por *Armed Forces Institute of Pathology*,³ Shear,⁶ Bagan y colaboradores.⁹

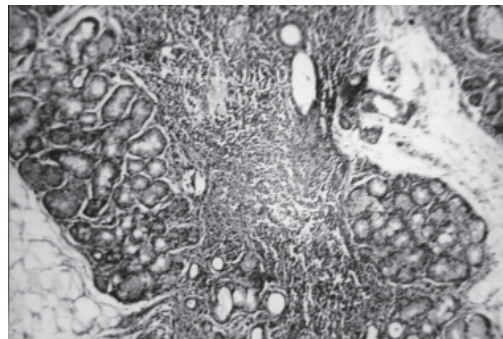
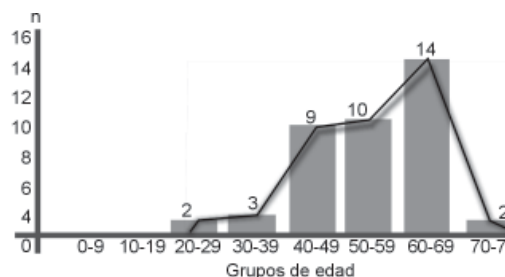


Figura 6. Sialadenitis crónica. Placas de infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario que sustituyen el parénquima glandular



Laboratorio de Histopatología
(Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco)

Figura 7. Distribución de síndrome de Sjögren según grupos de edad

La sialadenitis crónica es una condición poco frecuente, sin embargo, en este estudio ocupó el segundo lugar, resultado semejante a lo observado por Sierra y colaboradores,¹⁶ quienes analizaron las características clínicas y morfológicas de 144 lesiones en glándulas salivales: más de 20 % correspondió a esta entidad inflamatoria. Dichos autores observaron lesiones en parótida y glándula submaxilar (6 y 28 casos, respectivamente) y cin-

**Martha Beatriz
González Guevara et al.
Agrandamientos no
neoplásicos de
glándulas salivales**

co lesiones en las glándulas menores, en contraste con lo encontrado en el presente estudio: la glándula parótida estuvo afectada en cuatro individuos, la glándula submaxilar en 18, las glándulas salivales menores en 16, y la glándula sublingual en siete. En ambos estudios la glándula submaxilar fue la más afectada, similar a otros hallazgos.^{1,3} En el presente informe, dos de estas entidades se relacionaron con sialolitos, contrario a lo indicado en dichas condiciones, en las que se ha señalado hasta 80 % de asociación con calcificaciones.³



Figura 8. Lengua lisa con áreas de aspecto cerebriforme y restos alimentarios en paciente con síndrome de Sjögren

Respecto a la sialadenitis crónica esclerosante, fue más común en mujeres, en contraste a lo indicado por *Armed Forces Institute of Pathology*,³ que encontró mayor prevalencia en los hombres y entre la cuarta y séptima décadas de la vida. Cabe destacar que la sintomatología no fue registrada

en más de dos terceras partes en nuestro estudio y únicamente una tercera parte indicó dolor y 1.4 % xerostomía, en contraste con lo indicado por Sierra colaboradores,¹¹ quienes hallaron que el dolor y el tumor fueron los más frecuentes.

En este estudio, 41 pacientes (8.9 %) fueron compatibles con síndrome de Sjögren. La biopsia de glándulas salivales en todos mostró el patrón histológico de sialadenitis linfocítica local, uno de los criterios utilizados para integrar dicho diagnóstico.²¹ Siete de los pacientes refirieron xeroftalmía y xerostomía, por lo que fueron diagnosticados con síndrome de Sjögren primario; nueve tuvieron artritis reumatoide, correspondiendo al síndrome de Sjögren secundario. Es importante mencionar que nosotros no contamos con más información, por lo que desconocemos si a esos pacientes se les habían realizado mediciones de flujo salival, prueba de Schimer, o bien, habían sido sujetos a pruebas hematológicas e inmunológicas, criterios recomendados para realizar el diagnóstico de esta entidad nosológica.^{17,19,21} La mayoría fue del sexo femenino y con edad superior a cuarenta años, similar a lo reportado por otros autores.^{12,17} Sólo en un caso la lesión linfoepitelial benigna estuvo asociada con el síndrome y otros dos casos no presentaron sintomatología correspondiente.

En nuestra revisión fueron muy pocos los casos diagnosticados con sialadenosis, sin embargo, dos presentaron asociación con alcoholismo y diabetes mellitus, información semejante a lo reportado por Batzakis¹ en un estudio clásico realizado en la cuenca superior del río Nilo, donde

**Cuadro VI
Frecuencia de los agrandamientos no neoplásicos de glándulas salivales según tamaño**

	<5 mm		6 a 10 mm		11 a 15 mm		16 a 20 mm		> 20 mm		Sin datos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QEM	85	24.9	120	35.2	25	7.3	16	4.7	15	4.4	80	23.5	341	100
SC	5	9.3	5	9.3	1	1.8	1	1.8	7	13.0	25	64.8	54	100
QR	0	0.0	3	30.0	2	20.0	0	0.0	3	30.0	2	20.0	10	100

QEM = quiste de extravasación mucosa SC = sialadenitis crónica QR = quiste de retención
Laboratorio de Histopatología (Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco)

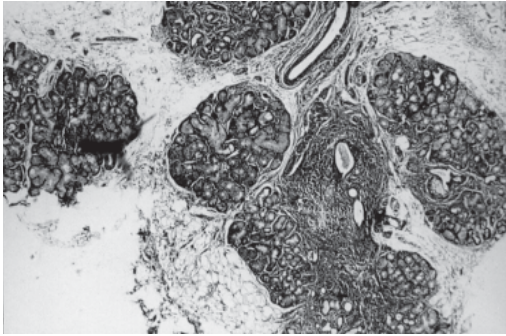


Figura 9. Lóbulos de glándulas salivales mucosecretoras con focos de infiltrado linfocítico y marcada sialectasia

observó que la sialadenosis estuvo asociada con pelagra en 65 %, con cirrosis alcohólica en 31 %, con diabetes mellitus en 10 % y con beriberi en 2 %. Por otra parte, los otros dos casos se presentaron en las glándulas salivales menores, sin asociación sistémica, características ya reportadas.¹³

Referencias

1. Batzakis JG. Tumours of the head and neck. Clinical and pathological considerations. Second edition. New York: Williams and Wilkins; 1984. p. 100-120.
2. Scully C. An update on recent advances in the understanding of non-neoplastic diseases of the salivary glands. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1992;30:244-247.
3. Ellis GL, Auclair PL. Tumours of the salivary glands. Maryland: Armed Forces Institute of Pathology; 1996. p. 411-425.
4. Cataldo E, Masadoni A. Mucocèles de la membrana mucosa oral. *Arch Otolaryngol* 1970;91:360-365.
5. Yamasoba T, Tayama N, Syoji M, Fukuta M. Clinic-statistical study of lower lip mucocèles. *Head Neck* 1990;12:316-320.
6. Shear M. Cysts of the salivary glands: mucous extravasation cysts: mucous retention cysts, ranula. En: *Cyst of the oral regions*. Third edition. United Kingdom: Oxford; 1992. p. 212-222.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. Second edition. USA: WB Saunders Company; 2002. p. 389-404.
8. Harrison JD. Salivary mucocèles. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975;39:268-278.
9. Bagan JVS, Silvestre DFJ, Penarrocha DM, Milian MMA. Clinic-pathological study of oral mucocèles. *Av Odontostomatol* 1990;6:394-395.
10. Blitzer A. Inflammatory and obstructive disorders of salivary glands. *J Dent Res* 1987;66(Spec Iss):675-679.
11. Williams HK, Connor R, Edmondson H. Chronic sclerosing sialadenitis of the submandibular and parotid glands. A report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89:720-723.
12. Sierra Y, Sulbarán J, González JEA. Patología de glándulas salivales: Correlación clínico-morfológica en 140 biopsias. *Patología* 1986;24:109-128.
13. Mandel L, Surattanont F. Bilateral parotid swelling: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93:221-237.
14. Carda C, Gómez de Ferraris ME, Arriaga A, Carranza M, Peydró A. Sialosis parotídea alcohólica: estudio estructural y ultraestructural. *Med Oral* 2004;9:24-32.
15. Severgnini M, Ferraris ME, Carranza M. Nucleolar organizer regions (NORs) evaluation of lingual salivary glands of chronic alcoholics. *J Oral Pathol Med* 2002; 31:585-589.
16. Jonsson R, Moen K, Vestheim D, Szodoray P. Current issues in Sjögren's syndrome. *Oral Dis* 2002;8:130-140.
17. Sapiro MS, Eisenberg E. Sjögren's syndrome (sicca complex). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978;45: 591-599.
18. Bell M, Askari A, Bookman A, Frydrych S, Lamont J, McComb J, et al. Sjögren's syndrome: a critical review of clinical management. *J Rheumatol* 1999; 26:2051-2061.
19. Vitali C, Haralampos M. The European community study group on diagnostic criteria for Sjögren's syndrome. Sensitivity and specificity of tests for ocular and oral involvement in Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis* 1994;53:637-647.
20. Daniels TE, Whitcher JP. Association of patterns of labial salivary gland inflammation with keratoconjunctivitis sicca. Analysis of 618 patients with suspected Sjögren's syndrome. *Arthritis Rheum* 1994;37:869-877.
21. Scully C. Sjögren's syndrome: clinical and laboratory features, immunopathogenesis, and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;62:510-523.
22. Daniels TE. Labial salivary gland biopsy in Sjögren's syndrome. Assessment as a diagnostic criterion in 362 suspected cases. *Arthritis Rheum* 1984;27:147-156.
23. Fox RI, Robinson CA, Curd JG, Kozin F, Howell V. Sjögren's syndrome. Proposed criteria for classification. *Arthritis Rheum* 1986;29:577-585. **rm**

**Martha Beatriz
González Guevara et al.
Agrandamientos no
neoplásicos de
glándulas salivales**