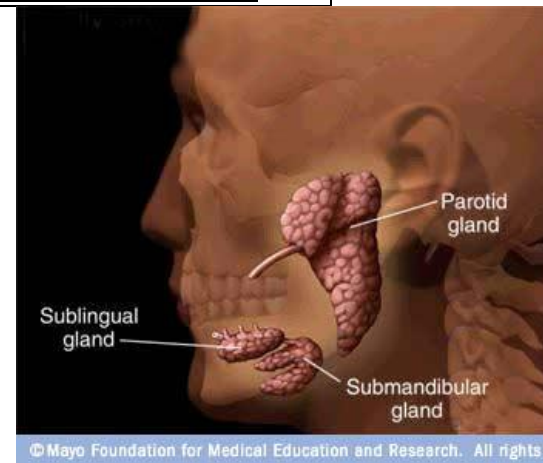
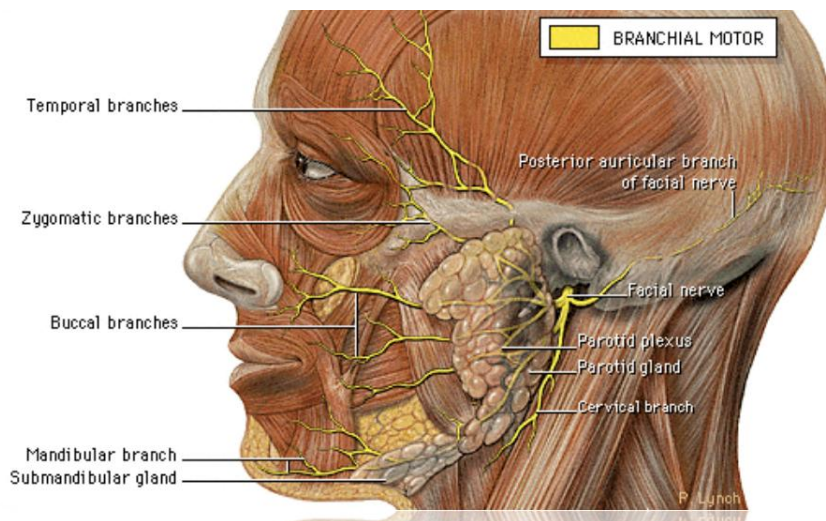


PATOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES



Introducción

Vamos a diferenciar entre 2 grandes grupos de glándulas salivales:

1. Glándulas salivales principales o mayores (todas pares):
 - Parótida
 - Submaxilar o submandibular
 - Sublingual
2. Glándulas accesorias o menores: en paladar, labio, mucosa yugal, lengua

El Nervio FACIAL es uno de los nervios con mayor importancia para un cirujano maxilofacial. Es un nervio motor, por tanto si se seccionara en una resección parotídea, las consecuencias para el paciente serían desastrosas. Hay que tratar de conservar cada una de sus ramas durante la extirpación de la glándula. Por ello, antes de comenzar a cortar debo buscar el nervio y separarlo de la parótida.

El Nervio tiene 5 ramas principales (su salida se compara con los dedos de una mano, de arriba a abajo):

1. Temporal: Es la rama frontal (responsable de las arrugas de la frente).
2. Zigomático o palpebral: Se encarga de cerrar los ojos.
3. Bucal: Participa en el movimiento del labio superior.
4. Mandibular (marginal o bucal inferior): Si se ve afectada el paciente tuerce el labio al sonreír, besar, soplar.
5. Cervical: Va muy abajo y en la cirugía se considera salvada. Su afectación no tiene consecuencias importantes, en el sentido de que, es la que menos se nota de todas aunque no por ello debemos dejar de salvarla.



Histología de las glándulas salivales (no entra examen):

- Células serosas
- Células mucosas
- Células mioepiteliales

- Epitelio cúbico

- Reabsorción de Na + y concentración del K +

- Secreción de bicarbonato

Regulación

71% submaxilar(es la más importante en la regulación de la salivación), 25% parotídeo, 3-4% sublingual

- . Estímulo parasimpático (colinérgico) produce aumento
- . Estímulo simpático (adrenérgico) produce disminución
- . Sensaciones

Funciones

- Humidificación
- Imbibición y lubricación de los alimentos
- Amortiguación del pH
- Digestiva (ptialina, amilasa)
- Antibacteriana (lisozimas e inmunoglobulinas)
- Excretora de metales pesados y sustancias orgánicas e inorgánicas
- Sentido del gusto. En un paciente radiado sin salivación, el sentido del gusto no es el mismo.

Composición

- Células epiteliales de descamación
- . Sales minerales (cloruro sódico, potásico, bicarbonatos...)
- . Oligoelementos (Ca, Mg, Fe, Cu, Zn)
- . Electrolitos

- . Gases (CO₂, O₂, N₂)
- . Compuestos orgánicos (urea, glucosa, aminoácidos, mucina, amilasa)
- . Factores inmunológicos (IgA, IgG): de gran importancia
- . Hormonas (estrógenos)

Exploración:

La glándula sublingual se palpa debajo de la lengua (con 2 dedos por debajo de la lengua).

La glándula submandibular se palpa a nivel cervical. Requiere DD con otras tumoraciones cervicales con las que se puede confundir. El conducto por el que desagua es el conducto de Wharton.

La glándula parótida se sitúa por delante de la oreja, en íntima relación con el nervio facial. El conducto a través del cual desagua es el conducto de Stenon. La papila del conducto de Stenon esta situada en la mucosa yugal y queda a la altura del primer o segundo molar superior.

Hay una regla nemotécnica que dice que cuanto más pequeña sea la glándula, más probabilidades habrá de que el tumor sea maligno, y por el contrario cuanto mayor sea, mas probabilidades hay de que la tumoración sea benigna. Así, en la parótida el 80-90% de los tumores son adenomas pleomorfos que son benignos.

Patología no tumoral de las glándulas salivales

(solo lo que esta subrayado es lo importante para el examen)

1. Anomalías del desarrollo
 - 1.1. Glándulas aberrantes o heterotópicas
 - 1.2. Aplasia glandular
 - 1.3. Hipoplasia glandular
 - 1.4. Conductos excretores accesorios
 - 1.5. Divertículos (megaestenon)
 - 1.6. Fístulas

2. Alteraciones funcionales
 - 2.1. Sialorrea o Ptalismo
 - 2.2. Xerostomía
 - 2.3. Quistes de las glándulas salivales
 - 2.3.1. Quistes verdaderos
 - 2.3.2. Mucocele
 - 2.3.3. Ránula

3. Alteraciones inflamatorias
 - 3.1. Sialoadenitis aguda
 - 3.1.1. Víricas
 - 3.1.1.1. Parotiditis epidémica aguda
 - 3.1.1.2. Otras parotiditis viriásicas
 - 3.1.2. Bacterianas
 - 3.1.2.1. Parotiditis aguda séptica
 - 3.1.2.2. Submaxilitis aguda

- 3.2. Sialoadenitis crónica
- 3.3. Sialoadenitis alérgica
- 4. Litiasis
- 5. Traumatismos
 - 5.1. Fístulas salivales
 - 5.2. Lesiones del nervio facial
- 6. Sialoadenosis
- 7. Grandes síndromes salivales y lesiones no clasificables
 - 7.1. Síndrome de Sjögren
 - 7.2. Enfermedad de Mikulicz
 - 7.3. Síndrome de Mikulicz
 - 7.4. Sarcoidosis
 - 7.5. Síndrome de Heerfordt
 - 7.6. Síndrome de Melkersson-Rosenthal
 - 7.7. Sialometaplasia necrotizante
 - 7.8. SIDA

⇒ **SIALORREA O PITIALISMO**

Aumento de la excreción salival. Es menos frecuente que la boca seca.

Causas:

1. Inflamaciones agudas de la mucosa oral
2. Patología odontológica
3. Fármacos sialogogos (colinérgicos)

Tratamiento: Poco se puede hacer. Tratamiento etiológico (si es por un fármaco, retirarlo, etc).

⇒ **XEROSTOMÍA**

- Disminución de la secreción salival (“boca seca”). Es mucho mas frecuente que la sialorrea. Va a dar lugar a muchas úlceras, ragades....

-Causas: .Condiciones locales (respiradores bucales, fumadores, radioterapia)

. Enfermedades que afectan a las glándulas salivales y a su sistema excretor

. Enfermedades sistémicas (ansiedad, enfermedades psiquiátricas, esclerosis múltiple, menopausia, antihipertensivos, simpaticomiméticos, antidepressivos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, depresión)

. Idiopática: Muy frecuente en mujeres de mediana edad (50-60años). En estas pacientes es muy frecuente tanto la boca seca como la patología de la ATM. Aunque se la considere idiopática, podría estar en relación con las alteraciones hormonales debidas a la menopausia.

→ **Síndrome de la boca ardiente**. También conocido como Estomatopatía idiopática.

Se caracteriza por una clínica de ardor (este es el signo más característico), hormigueo, disgeusia (alteraciones del gusto), disestesia (alteraciones de la sensibilidad), xerostomía, lenguas vellosas, ausencia de lesiones en la mucosa.

Influyen factores locales, psicológicos y sistémicos.

Se trata con ácido α -lipoico o con capsaicina tópica. Beber mucha agua, enjuegues de agua con sal, agua con bicarbonato.

Vamos a ver imágenes de lengua blanca y podemos pensar en un líquen, una leucoplasia.... No solemos hacer biopsia pero si hay duda se debe hacer.

Estudio: implante que produce estímulos intermitentes con la activación mediante un mando que aumenta la secreción salival.

Nota: Para las úlceras bucales cuando éstas ya están formadas no hay NADA. Duran un tiempo de 6-7 días y posteriormente desaparecen. El problema es cuando se cronifican, en estos casos habrá que biopsiar.

⇒ QUISTES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

→ MUCOCELE

- Inflamación por acúmulo de saliva por obstrucción o daño de un conducto de una glándula salival **menor**
- Es muy frecuente verlos en Atención Primaria. Más frecuente en el labio inferior, se ve como un globito lleno de púas, hay que quitarlo y quitar las glándulas que no funcionan, porque aunque se desinflame volera a salir, debemos de quitarlo cuando este inflamado. . Típico de niños o adultos jóvenes, que se están mordiendo continuamente el labio inferior.
- Pueden ser de extravasación (laceración del conducto) o de retención mucosa (obstrucción).
- Clínica:
 - . Vesículas azuladas, asintomáticas de 3 a 4 mm. Son “globos de saliva” que requieren un DD con los angiomias (si lo veo en su localización típica en el labio inferior es muy probable que se trate de un mucocele).
- Tratamiento quirúrgico

Nota: FRENILLOS: Hay 2: uno superior y otro inferior. Los veo en niños y se quitan a la edad de 7-8 años (edad ideal para la anestesia) salvo que:

- El frenillo superior produzca un diastema (los dientes no se juntan por culpa del frenillo). Generalmente el diastema se refiere a la separación entre los incisivos superiores, por eso hablo de frenillo superior.
- Se pronuncie mal como consecuencia del frenillo. Estos niños son capaces de pronunciar bien las R iniciales (por ejemplo Ratón), pero no así las R intermedias (por ejemplo caRRo). Lo ideal si el niño pronuncia mal sería esperar a los 7-8 años pero muchas veces no se hace por los graves problemas sociales que les acarrea este problema.

→ RÁNULA

- Lo mismo que el mucocele, pero debajo de la lengua. Lesión quística en el suelo de la boca por trauma del conducto de la glándula sublingual o submaxilar. Sería como un mucocele gigante más frecuentemente localizado en la glándula sublingual. Es una tumoración blanda y fluctuante.
- Clínica:
 1. Blanda y fluctuante
 2. Color azul-violáceo
 3. Pueden dificultar la deglución, masticación y habla
 4. Superficiales o profundas al músculo milohioideo.



- Tratamiento: Quirúrgico (extirpación o marsupialización). Anestesia general debido a que debajo esta el conducto de Warton y normalmente hay que hacer una conductoplastia y además hay esta el nervio lingual, que si lo aleteramos perderemos la sensibilidad de la lengua (no es el hipogloso que es el motor). Abrimos el quiste y evertimos los bordes para que salga el liquido, pero lo mejor es quitarla entera para quitar las paredes epiteliales.
- DD con Angina de Ludwig en la que también hay una inflamación del suelo de la boca.

Se llama ranula por la papada no por rana.

(Podemos también tener un calculo que obstruya el conducto de warton que viene de la submaxilar, la sublingual da mucho conductillos que van hacia arriba.)

⇒ ALTERACIONES INFLAMATORIAS

→ PAROTIDITIS EPIDÉMICA AGUDA

- Paramixovirus. (parotida inflamada en un niño no pensamos en un calculo)
- Afectación de glándulas salivares, gónadas, SNC, tiroides, páncreas y miocardio
- 6-8 años
- Clínica:
 - . Inflamación brusca y dolorosa de la glándula salival sin secreción purulenta
 - . Parótida > Submaxilar. Muchas veces me puedo encontrar ante una inflamación conjunta porque la cola de la glándula parótida se relaciona con la submaxilar.

Bilateralidad simultánea o con mínimo decalaje. Aumento durante los 2-3 primeros días y remisión a la semana

- . Fiebre, astenia y anorexia. Posible meningitis y encefalitis
- . Orquitis, epididimitis, miocarditis, tiroiditis, pancreatitis....

OTRAS PAROTIDITIS VIRIÁSICAS por:

- Citomegalovirus
- HIV: los quistes linfoepiteliales son casi patognomónicos del HIV
- Coxsackie
- Echo
- Influenza

- Parainfluenza

→ PAROTIDITIS Y SUBMAXILITIS AGUDA SÉPTICA

- Adultos y en las cuatro primeras semanas de vida
- Estafilococo Aureus (50%), estafilococo meticilín resistente, estreptococo víridans beta hemolítico
- Vía de entrada canalicular ascendente o sanguínea.
- Factores favorecedores:
 - . Deshidratación (sequedad de boca).
 - . Sialolitos
 - . Medicación (diuréticos, antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, antihipertensivos beta-bloqueantes, anticolinérgicos, fenotiacinas)
 - . Traumatismos del Stenon
 - . Insuflación de aire
 - . Mala higiene bucal, malnutrición, diabetes....
- Clínica:
 - . Tumefacción y dolor glandular (mas dolor que si es por cálculos)
 - . Desplazamiento del lóbulo de la oreja
 - . Secreción purulenta por Stenon o Wharton
- Tratamiento:
 - . Rehidratación + Antibioterapia empírica (penicilinas: dentro de las penicilinas, de elección la amoxicilina)
- Posibles cuadros recurrentes: Sialoadenitis crónica.

⇒ LITIASIS

- Es la patología benigna más frecuente de las glándulas salivales. En pacientes jóvenes.
 - Calcificaciones y material orgánico que se desarrolla en el parénquima de los conductos de las glándulas salivares mayores y menores.
 - Submaxilar > Parótida (cond de stenon) > Sublingual y menores (de mayor a menor frecuencia)
 - Clínica:
 - . Inflamación dolorosa glandular que coincide con la comida o después de las comidas. Es típico el paciente que acude refiriendo que cada vez que tiene hambre, se le inflama la glándula (la inflamación aparece en los momentos de máxima salivación).
 - . Posible palpación
 - Radiología:
 - . Negativa en 20% de los submaxilares y 50% de los parotideos. En estos casos, la clínica manda sobre las pruebas de imagen (RMN y ECO).
 - Tratamiento: Qx. Conductoplastia: consiste en dar un corte al conducto para extraer el calculo y una vez hemos sacado el cálculo, damos puntos y evertimos el conducto para que no haya problemas en la secreción de saliva. El problema no es el cálculo sino la glándula que no funciona adecuadamente. Por eso hay veces que se quita la glándula (la glándula submaxilar es la que se ve afectada más frecuentemente (9 de cada 10 casos) y sí que se extirpa, pero la parótida no se quita nunca por riesgo de lesión del Nervio Facial. Una glándula virgen que tenga un tumor se extirpa bien, pero si la parótida está inflamada no se diferencia ésta del Nervio).
- En definitiva las parotiditis litiásicas no se operan pero las submaxilitis sí.

⇒ SIALOADENOSIS

Aumento no neoplásico y no inflamatorio de las glándulas salivares de etiología desconocida. Debemos de diagnosticar con una eco, para ver que vemos, en este caso veremos la dilatación del conducto, para verlo mejor usamos una RM.

⇒ SÍNDROME DE SJÖGREN

- Enfermedad autoinmune de las glándulas exocrinas que se puede asociar con otras conectivopatías, neuropatías y procesos linfoproliferativos
- 40-60 años. 90% mujeres
- Clínica:
 - . Ojo seco
 - . Sequedad de mucosas: Boca seca
 - . Xerostomía con o sin aumento parotideo o submaxilar
 Realmente la sequedad afecta a todas las mucosas.
- Diagnóstico:
 - . Biopsia de glándula salival menor (labio inferior): se biopsia esta por ser la más accesible, ya que no la vamos a hacer del ojo.
 - . Infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas
- Tratamiento sintomático (pilocarpina)

⇒ HIV Y GLÁNDULAS SALIVALES

Quistes linfoepiteliales parotideos (patognomónicos de VIH)

Xerostomía y aumento de tamaño

Kaposi , linfomas

Tanto el Kaposi como los quistes linfoepiteliales son patognomónicos de la infección por VIH.

Patología Tumoral de las glándulas salivales

(sólo lo subrayado entra en examen)

Lo anterior preguntas test, esto para casos clínicos.

1. Tumores Benignos

1.1. Adenoma pleomorfo(de gls salivales y parótida ***** el mas frecuente), bulto casi siempre adenoma pleomorfo.

1.2. Tumor de Warthin o cistoadenoma papilar

1.3. Oncocitoma

1.4. Adenoma momomorfo

1.4.1. Adenoma de células basales

1.4.2. Adenoma rico en glicógeno

1.4.3. Adenoma de células claras

1.4.4. Adenoma membranoso

1.4.5. Mioepitelioma

1.5. Lesiones de células sebaceas

1.5.1. Adenoma

1.5.2. Linfadenoma

1.6. Adenoma ductal papilar

- 1.7. Hemangioma
- 1.8. Linfangioma
- 1.9. Lipoma
- 1.10. Mixoma
- 1.11. Neurilemoma
- 1.12. Neurofibroma

2. Tumores Malignos

- 2.1. Carcinoma mucoepidermoide
- 2.2. Carcinoma adenoide quístico
- 2.3. Adenoma pleomorfo maligno
- 2.4. Carcinoma de células acinares
- 2.5. Carcinoma de células escamosas
- 2.6. Adenocarcinomas
 - 2.6.1. Carcinomas productores de moco
 - 2.6.2. Carcinoma ductal
 - 2.6.3. Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado
- 2.7. Carcinoma indiferenciado
- 2.8. Oncocitoma maligno
- 2.9. Carcinoma de células claras
- 2.10. Carcinoma epi-mioepitelial ductal
- 2.11. Neoplasias malignas no salivales
- 2.12. Lesiones metastásicas

GENERALIDADES

- 80% parotideos, 10% Submaxilares, 10% resto
- El 80% de los tumores parotideos se localizan en la cola de la parótida o en el lóbulo superficial. (cuanto mas grande la parótida mayor posibilidad de que sea bg, y cuando es mas pequeño y se da en glándulas mas pequeñas como las labiales, paladares.... Son mas malignas)
- Son benignos un 80% de los tumores parotideos, 70% de los submaxilares y 50% de los de glándulas salivales menores. Se cumple la regla de que según disminuye el tamaño de la glándula aumentan las probabilidades de malignidad del tumor.
- El paladar es la localización más frecuente de los tumores de glándulas salivares menores.
- La mayoría de los tumores de la glándula sublingual son malignos.
- **Clínica:**
 - . Bulto o tumoración. Es duro a la palpación y por ejemplo una ranula es blanda.
 - . Posible abombamiento hacia espacio parafaríngeo en las neoplasias del lóbulo profundo parotideo
- **Signos de Malignidad:**
 - . Parálisis facial (es raro, pero si se da, es casi patognomónico de que es maligno, ya que hay invasión nerviosa)
 - . Ulceración de la piel o mucosas
 - . Fijación a planos profundos (si se mueve- benigno; si no se mueve- maligno)
 - . Rápido crecimiento



- **Diagnóstico:**

- . Palpación
- . Punción aspiración con aguja fina (PAAF). Si es accesible
- . TAC, RNM.
- . No biopsia incisional. No se toca la parótida porque si la tocamos la inflamamos y ya no podemos diferenciarla del nervio, no queremos alterar la estructura de la parótida, ya que al no ver nada por la alteración, es muy fácil alterar el nervio. Una Biopsia de Parótida es una Parotidectomía. Si TOCAMOS UNA PAROTIDA ES PARA QUITARLA.

- **Tratamiento:**

- . Parotidectomía superficial o total
- . ¿Conservación del nervio facial?: Siempre se intenta conservar!
- . Radioterapia dependiendo del tipo tumoral

⇒ **ADENOMA PLEOMORFO O TUMOR MIXTO**

Es el más frecuente de todos los tumores de glándulas salivales. Es el “rey” de los tumores de la glándula parótida.

- suele ser, ,(84%) en lóbulo superficial parotideo

- **Anatomía Patológica:**

- . Encapsulados
- . Mezcla de células ductales, mioepiteliales y mesenquimales
- . Estroma compuesto de tejidos condroides, mucoides, hialinos y mixoides

- **Tratamiento quirúrgico** (y nada más).

Parotidectomía superficial: la técnica de elección en este tumor, dejamos parte de la glándula, ya que la recurrencia es rara y es benigno, pero hay que operarlos porque aunque es raro, puede malignizar.

Parotidectomía total

Parotidectomía radical: quitamos todo, la glándula, las ramas del nervio- lo hacemos con patología maligna.

- **Pronóstico:**

- . Posible recurrencia (2%)
- . Posible malignización (larga evolución, radioterapia)

⇒ **TUMOR DE WARTHIN O CISTOADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO**

Segundo tumor benigno más frecuente en glándulas salivales

Casi exclusivo de parótida (2-6% de los tumores parotídeos)

- Más frecuente en varones (casi exclusivo)*****

- **Anatomía patológica:**

. Circunscrito, blando, quístico

. Contenido mucoso

. Elementos papilares con epitelio en dos capas y estroma linfático

- **Tratamiento quirúrgico:** Mediante enucleación. Quitamos sólo el tumor sin tocar ni parótida ni el Nervio facial. Otros abogan por quitar toda la parótida pero aquí es muy discutible (en el adenoma sí se haría).

- **Pronóstico:**

. 10% de recidivas por multicentralidad

. Malignización excepcional

⇒ **CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE**

- + f en la 5ª década. Carcinoma de glándulas salivales más frecuente de la infancia.

- de los tumores malignos más frecuentes de la parótida son los muco epidermoides (60-70%), 15-20% cavidad oral, 6-10% submaxilares. Pero donde se dan con más frecuencia es en las glándulas pequeñas: labiales, palatinas....

- **Grados:**

a. Bajo grado de malignidad (comportamiento casi benigno)

b. Alto grado de malignidad

c. Grado intermedio (+f)

si hay afectación de piel pensamos en muy mal pronóstico.

- **Histología:**

. Células secretoras de mucina, epidermoides e intermedias

. Frecuente invasión perineural y linfática en los de alto grado (cuanto más maligno más probabilidad de afectación del nervio)

- **Tratamiento:**

El 99% de la diseminación de tumores de cabeza y cuello es por diseminación linfática, por ello no se mira el tórax mediante un escáner o PET. Cuando están muy avanzados podemos pensar que haya metástasis, lo normal es solo pedir una RM de cabeza y cuello pero no pensamos en metástasis a distancia, excepto en tumores generales como linfoma, sarcoma.... Lo normal es que sean tumores epidermoides y se van a propagar por las vías linfáticas.

- Bajo grado: Cirugía. Parotidectomía total conservadora.

- Grado intermedio: Cirugía. Parotidectomía total preservando el facial si es posible. Disección cervical si N+. Radioterapia postoperatoria.

- Alto grado: Cirugía con amplios márgenes. Parotidectomía total radical. Disección cervical. Radioterapia postoperatoria

- **Pronóstico:**

. Alto índice de recurrencias (grado intermedio y alto). El paciente no se muere por esto.

⇒ **CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO O CILINDROMA (menos usado para nominarlo)**

Tumor maligno más frecuente de submaxilares, sublinguales y salivales menores. (es decir, el tumor maligno más frecuente de las gls salivales menores, es el adenoide quístico, el de la parótida es el adenoma, y el adenoide quístico al ser maligno también va a aparecer más en las glándulas más pequeñas como linguales, palatinas) Los tumores

de cabeza y cuello dan metástasis linfoganglionares, pero rara vez metastatizan a distancia. El cilindroma es de los pocos tumores que dan metástasis a distancia.

- Crecimiento e invasión lenta de los tejidos adyacentes.

- **Histología:**

. Células ductales y no ductales o mioepiteliales alrededor de espacios ovales: “patrón cribiforme”

. Invasión perineural

- **Tratamiento:**

. Agresivo

. Amplios márgenes: Maxilectomía en los de paladar.

Parotidectomía radical (desde la primera cirugía se quita hasta el nervio)

. Radioterapia postoperatoria

. Aunque dé metástasis, se reseca la parótida.

- **Pronóstico:**

. Metástasis hematógenas a pulmón, huesos e hígado que no contraindican la resección del tumor primario. Son los UNICOS a nivel maxilo facial que dan METASTASIS HEMATÓGENAS en el inicio del tumor. (no hablamos ya de tumores avanzados).

. Diseminación por el espacio perineural a distancia (metástasis en SNC)

. Obligado largo periodo de seguimiento.

Caso clínico: gls salivales, trauma, tumores)

♠ Parotidectomía: Técnica quirúrgica

1. Comenzamos haciendo una incisión por delante de la oreja (preauricular) que discurra por debajo del lóbulo de la oreja y por detrás pase a nivel de la raíz del pelo. Esta incisión queda muy bien desde el punto de vista estético.
2. Levantamos la piel.
3. Separamos la parótida del cartílago auricular externo.
4. Buscamos el Nervio (Hasta que no lo veamos, no se corta NADA!). el nervio tiene tres referencias que tienes que buscar y hay estará.
5. Separamos cada una de sus ramas y extirpamos la parótida y con ello el tumor.

Todo esto produce una parálisis temporal transitoria que puede durar desde 15 días hasta 1 mes (incluso hasta 6 meses!). Se debe a un proceso de desmielinización por el “toqueteo” de las ramas del facial.

Complicaciones de la cirugía de las glándulas salivales

- Lesiones nerviosas (**parálisis facial**, anestesia lingual). Parálisis facial: Ausencia de arrugas en la frente, desviación de la comisura bucal (se desvia hacia arriba), cara asimétrica, afectación facial superior e inferior.

- **Síndrome de Frey:** RED Y WET: THE FRAY. El síndrome de

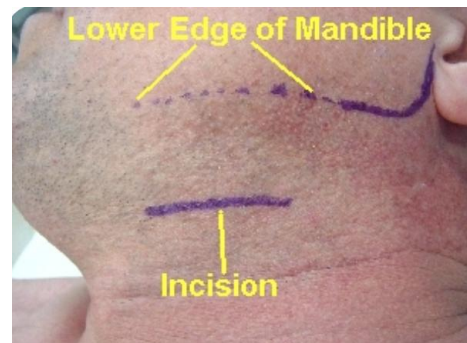


Frey se caracteriza por episodios recurrentes de enrojecimiento y sudoración facial (más frecuente en adultos) causados por estímulos gustatorios y limitados al territorio de inervación del nervio auriculotemporal que, lesionado, se regenera de forma aberrante.

- Deformidades faciales de contorno. No sienten la cara igual porque se les hunde en la zona en donde se ha extirpado la glándula, pero esto es sólo al principio porque después hay un proceso regenerativo (fibrosis).
- Fístulas salivales.

Submaxilectomía: Técnica quirúrgica.

Incisión 2 dedos por debajo del borde inferior de la mandíbula. El abordaje cervical es más antiestético.



Complicaciones:

- Lesión del nervio lingual.
- Lesión de la rama marginal.

Tratamiento de la parálisis facial

- La edad es indiferente.
- La paciente no va a poder cerrar el ojo, por lo que para cerrar el ojo colocamos una pesa de oro en el párpado superior, y de esta forma el peso consigue cerrar el párpado.
- Puedo lograr que se contraiga la comisura bucal si realizo un injerto de músculo temporal.
- Injertos nerviosos (del nervio sural).