

PATOLOGIA INFIAMMATORIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI



Patologia infiammatoria

- ACUTA
- CRONICA
- SCIALOLITIASI



Patologia infiammatoria

- Acuta:

- Virale

1. *Parotite epidemica*
2. *Citomegalovirus*
3. *Coxsackie virus tipo 1 e 3*
4. *Virus influenzali*

- Batterica

1. *Scialodochiti*
2. *Scialoadeniti*
 - *Suppurativa dell'infanzia*
 - *Post chirurgica*
 - *terminale*



Patologia infiammatoria

- Cronica:
 - Aspecifica
 1. *Primaria*
 - *Scialoadenite di Kutner*
 2. *Secondaria*
 - Specifica
 1. *Tubercolare*
 2. *Actinomicotica*
 3. *Luetica*
 4. *Sarcoidosica*



PATOLOGIA
INFIAMMATORIA
ACUTA BATTERICA



Scialodochiti

- Affezioni che colpiscono i dotti in via primitiva.
- Maggiormente interessati i dotti di Wharton e Stenone ,possono diventare sedi di agenti infettivi o di corpi estranei con conseguente insorgenza di un processo infiammatorio acuto.
- Forme :
 1. fibrinose
 2. catarrali
 3. purulente



Scialodochiti

- **Quadro clinico:** dolore sottomascellare o parotideo con tumefazione dello sbocco del dotto escretore ed eventualmente della ghiandola corrispondente.
- **Terapia:** cure antiflogistiche e antispastiche nella forma fibrinosa, mentre nella forma purulenta è necessaria una terapia antibiotica e antisettica locale.



Scialoadeniti

- Affezione che colpisce il parenchima propriamente detto della ghiandola salivare.

FORMA PRIMITIVA:

- Unica manifestazione è la parotite suppurativa del neonato, sostenuta dallo stafilococco β -emolitico. Tumefazione ghiandolare unilaterale, dolente, con cute sovrastante arrossata, calda, edematosa. La terapia è antibiotica associata ad applicazioni caldo-umide.



Scialoadenite

FORMA SECONDARIA:

- Etiologia retrocanalicolare o canalicolare ascendente in seguito a una scialodochite.
- Maggiormente interessata la parotide rispetto alla sottomandibolare (molecole glicoproteiche del muco con capacità di aggregare i batteri ed eliminarli)
- Colpisce tutte le fasce di età.
- Frequente in pz sottoposti a interventi chirurgici (parotite chirurgica) e in pz ospedalizzati per stati terminali in patologia neoplastica (parotite nosocomiale), per scarsa igiene orale, riduzione flusso e stasi salivare.



Scialoadenite

- **Quadro clinico:** dolore e tumefazione ghiandolare, può essere presente ipertermia remittente con fuoriuscita di pus dal dotto escretore.

Forme: catarrale

canalicolare - materiale purulento nei dotti

flemmonosa - può esitare in aspetti gangrenosi

- Le **prime lesioni** sono a carico dei dotti con infiltrato di elementi mononucleati che in seguito si estendono ai tessuti acinosi determinando processi degenerativi e regressivi.



Scialoadeniti

- **Terapia:** idratazione del pz, educazione e mantenimento di una buona igiene orale, somministrazione di una terapia antibiotica e a volte è indicato il drenaggio chirurgico della raccolta.



PATOLOGIA
INFIAMMATORIA
CRONICA ASPECIFICA



Scialoadenite cronica primitiva

- **SINONIMI:** tumore infiammatorio di Kutner o scialoadenite pseudoneoplastica.
- **EZIOLOGIA:** ignota
- **QUADRO CLINICO:** colpisce la gh. sottomandibolare con tumefazione senza segni di infiammazione acuta, consistenza duro-elastica, poco dolente.
- Scialoadenite sclerosante con lesione primitiva dei dotti, infiltrati linfoplasmocitari e proliferazione connettivale periduttale e periacinosa.
- **TERAPIA:** asportazione in toto della ghiandola.



Scialoadenite cronica secondaria

- Quadro clinico cronico interrotto in alcune forme da episodi acuti recidivanti.
- **EZIOLOGIA:** genesi canalicolare per presenza di calcoli, stenosi, malformazioni, forme che evolvono dalla cronicizzazione di processi acuti o traumatici. Più rari i casi insorti dopo intossicazioni esogene da metalli pesanti, endogene da malattie sistemiche (gotta) e di origine allergica (età pediatrica).
- In caso di eziopatogenesi infettiva ci sono **fattori predisponenti:** diminuzione flusso salivare, stasi secrezione e alterazione dei caratteri della secrezione.



Scialoadenite cronica secondaria

• **ANATOMIA PATOLOGICA:** alterazioni duttali, ectasie, stenosi, alterazioni tessuto acinoso, infiltrato linfocitario.

• **QUADRO CLINICO:**

Scarsa sintomatologia, riacutizzazione con tumefazione dolorosa.

I periodi intervallari tra le riacutizzazioni sono lunghi e asintomatici. Ci sono alterazioni qualitative e quantitative della saliva (densa, fibrosa, ricca di mucina)



Scialoadenite cronica secondaria

- **DIAGNOSI:**
 - 1) esame scialografico
 - 2) esame biochimico della saliva come indice di distruzione acinosa (aumento: Na^+ , proteine, glucosio, IgA, IgG, transferrina, mieloperossidasi, lattoferrina, lisozima e diminuzione: fosfati)
- **TERAPIA:** eliminazione causa primitiva, somministrazione antibiotici, antiflogistici e fibrinolitici.



PATOLOGIA
INFIAMMATORIA
CRONICA SPECIFICA



Scialoadenite cronica tubercolare

- Rara la TBC primaria nella ghiandola salivare, solitamente interessa la parotide e si fa risalire la patogenesi a un primitivo focus tonsillare. Il bacillo di Kokh può raggiungere la ghiandola per via endocanalare ascendente, ematica o linfatica.
- **QUADRO CLINICO:**
 - infiammazione acuta con diffuso coinvolgimento ghiandolare
 - infiammazione cronica asintomatica per anni (indolore, progressiva, scarsa reazione infiammatoria).



Scialoadenite cronica tubercolare

- **DIAGNOSI:** cutireazione, Rx torace, prelievo bioptico.
- **TERAPIA:** con farmaci antitubercolari (streptomicina, isoniazide, etambutolo, rifampicina) ed escissione chirurgica.



Scialoadenite cronica luetica

- La sifilide nella fase terziaria può colpire le ghiandole salivari.
- **QUADRO CLINICO:** tumefazione che può andare incontro a rammollimento, diventare fluttuante e ulcerare la cute o fistolizzare.
- **DIAGNOSI:** clinica e sierologica.
- **TERAPIA:** alte dosi di penicillina.



Scialoadenite cronica actinomicotica

- Rara, si localizza alla ghiandola per via canalicolare ascendente o per contiguità.
- **QUADRO CLINICO:** tumefazione a lento decorso progressivo, asintomatico. Successivamente può dare fistole cutanee con fuoriuscita di materiale purulento.
- **TERAPIA:** antibiotica con antibiogramma, exeresi del tragitto fistoloso.



Scialoadenite cronica da sarcoidosi

- Malattia granulomatosa ad eziologia sconosciuta.
- Forma particolare è la febbre uveo-parotidea (sindrome di Heerfordt) che colpisce 3° -4° decade e si manifesta con uveite, tumefazione parotidea bilaterale e paralisi facciale. Quadro preceduto da febbre, nausea, astenia e sudorazione notturna. Si associa a coinvolgimento sottomascellare, sottolinguale e lacrimale.
- **DIAGNOSI:** istologica, esame salivare (aumento: lisozima, albumina e diminuzione: amilasi, callicreina)
- **TERAPIA:** sintomatici e corticosteroidi nelle fasi acute



SCIALOLITIASI



Scialoliti

- Affezione caratterizzata dallo spontaneo formarsi di concrezioni calcaree nei dotti escretori delle ghiandole salivari maggiori.
- **EZIOLOGIA:** 3 teorie
 - 1) **chimica:** per aumentata concentrazione dei sali minerali o diminuzione di “colloidi” organici che tengono i primi in soluzione.
 - 2) **meccanica:** ostacolo intrinseco o estrinseco che rallenta il flusso salivare.



Scialolitiassi

3) infiammatoria: stafilococchi, streptococchi, batteri provenienti da concomitanti flogosi orali croniche forniscono gli elementi per la formazione del nucleo del calcolo e il pH alcalino favorevole alla precipitazione dei sali.

- EPIDEMIOLOGIA:

- 20% parotide

- 80% sottomandibolare (secreto più alcalino, concentrazione CA e P nel muco, flusso antigravitario)



Scialolitiassi

- **ANATOMIA PATOLOGICA:** scarse alterazioni iniziali. La stasi salivare cronica produce sclerosi perivasale e intralobulare, la porzione acinosa perde il normale aspetto.

In corrispondenza dei calcoli si ha degenerazione epitelio, tessuto di granulazione e infiltrato plasmocitario.

Col tempo si ha dilatazione dei dotti, tessuto connettivo in tutto il contesto ghiandolare, sclerosi dei lobuli, acini non riconoscibili e l'epitelio dei dotti va incontro a metaplasia mucosa.



Scialolitiassi

- **QUADRO CLINICO:**

1) stadio iniziale: lieve tumefazione e dolenzia esacerbata dalla masticazione (durante i pasti)

2) stadio conclamato: coliche salivari (durata 2-3 ore) da ritenzione acuta del secreto dovuto al calcolo che muovendosi occlude il dotto determinando spasmi della muscolatura. Tumefazione ghiandola, iposcialia, orifizio duttale arrossato e congesto

3) stadio delle complicanze: infiammatoria da streptococco viridans, stafilococco aureo e bacterium coli



Scialolitiiasi

complicanze

Violenti dolori spontanei, ipertermia, regione sottolinguale arrossata, il decorso del dotto di Wharton è tumefatto dolentissimo alla palpazione con eventuale fuoriuscita di pus. Se si propaga alle strutture circostanti può dar luogo ad ascessi e flemmoni

- **DIAGNOSI:** clinica ed indagine Rx
- **TERAPIA:** se il calcolo è localizzato al dotto distale si asporta chirurgicamente. Se è nel parenchima (con sclero-atrofia) si asporta la ghiandola in toto
Terapia antibiotica per le complicanze.



Cisti da stravaso mucoso: mucocele

- Bambini e giovani adulti (10-30 anni)
- **EZIOLOGIA:** rottura traumatica del dotto escretore di una ghiandola salivare accessoria con stravaso di muco nella sottomucosa, formazione di una pseudocisti.
- **QUADRO CLINICO:** localizzata a labbro inf., mucosa vestibolare, pavimento e trigono.
Tumefazione (pochi mm a svariati cm) teso-elastica, roseo-bluastro, con tendenza alla fluttuazione.
Aumento/diminuzione di volume.
- **TERAPIA:** escissione chirurgica della ghiandola.



Cisti da ritenzione mucosa: sialocisti

- **EZIOLOGIA:** in relazione a un fenomeno ostruttivo del dotto escretore di una ghiandola salivare.
- **CLINICA:** localizzazione al lobo superficiale parotide, ghiandole accessorie del palato, più raro guancia e pavimento. Cavità cistica con parete di rivestimento epiteliale, dimensioni 0.5-1 cm.
- **DIAGNOSI DIFFERENZIALE:** neoplasie ghiandole salivari.
- **TERAPIA:** escissione della cisti con la ghiandola interessata. Per la parotide è sufficiente l'enucleazione della cisti.



Ranula

- Cisti da stravasamento o ritenzione mucosa localizzate al pavimento orale. Maggiormente interessata la gh. sottolinguale della sottomandibolare.
- **EZIOLOGIA:** di natura traumatica o ostruttiva.
- **QUADRO CLINICO:** tumefazione pavimento unilaterale, la cui superficie può ulcerarsi, che determina lo spostamento della lingua.
- **TERAPIA:** escissione chirurgica o svuotamento (per diminuire i sintomi da ingombro). Se ostruzione, si rimuove il calcolo.



SIALOMETAPLASIA NECROTIZZANTE

- Fumatori, pazienti che hanno assunto FANS
- Gh. salivari minori del palato
- Di natura ischemica
- Tumefazione dolorosa poi ulcerazione NON dolorosa che guarisce in 2-3 settimane
- Biopsia (DD carcinomi delle gh. salivari minori)



SIALOADENOSI

- Alterazioni endocrine, nutrizionali, farmacologiche (alcolismo, malnutrizione, diabete scompensato, più raro acromegalia, ipotiroidismo)
- Frequente in bulimia/anoressia
- Più colpita la parotide
- Tumefazione non dolente
- Problema per lo più estetico



XEROSTOMIA

DEFINIZIONE

⌘ Termine utilizzato sia per definire l'alterazione sensitivo-soggettiva di secchezza del c.o., sia per indicare la ridotta secrezione salivare e la conseguenze che essa implica.

⌘ Indica sia i sintomi soggettivi sia i segni clinici.



XEROSTOMIA

Funzione della saliva: idratazione, detersione, lubrificazione, digestione, remineralizzazione dentaria, mantenimento dell'integrità mucosa, azione battericida



XEROSTOMIA

⌘ Sintomi soggettivi: impressione di bocca pastosa, bruciore delle gengive e della lingua, turbe del gusto (disgeusia) fino all'ageusia, disfagia, intolleranza a cibi acidi o piccanti, intolleranza alla protesi, incapacità di parlare per più di pochi minuti.



XEROSTOMIA

- ⌘ E.O.: mucosa secca, scarlatta, lucida od opaca, lingua secca, fissurata sui bordi, cheilite angolare, saliva schiumosa e filamentosa, infezioni da miceti.
- ⌘ NB: l'apparato dentale è molto più suscettibile ai processi cariogeni ed all'insorgenza di parodontopatie.



XEROSTOMIA

cause

& Iatrogene:

- ⌘ Farmaci (antidepressivi, antipertensivi, antistaminici, β -bloccanti, ipoglicemizzanti orali, FANS)
- ⌘ Radioterapia
- ⌘ Chemioterapia
- ⌘ GVHD

& Fattori psicogeni

& Malattie sistemiche (diabete)

& S. di Sjögren, sarcoidosi

& Agenesie gh. salivari (rarissima)



SINDROME DI SJÖGREN

{ Lesione linfoepiteliale benigna di Godwin
Malattia di Mikulicz
Sindrome di Gougerot-Sjögren



SINDROME DI SJÖGREN

- ⌘ Malattia sistemica multiorgano
- ⌘ Sesso F, 50 aa
- ⌘ Autoimmune
- ⌘ Flogosi cronica con infiltrazione linfocitaria delle ghiandole esocrine



QUADRO ISTO- PATOLOGICO

- ⌘ Iniziale quadro di scialoadenite cronica
- ⌘ Scomparsa delle cellule secernenti e sostituzione con infiltrato di linfociti e plasmacellule
- ⌘ Le cellule dei dotti intercalari, per fenomeni di iperplasia ed ipertrofia, formano isolotti mio-epiteliali



QUADRO ISTO- PATOLOGICO

- ‡ Gli isolotti vengono immersi in un tappeto di elementi mononucleati ed infine scompaiono
- ‡ Distruzione totale del parenchima



MANIFESTAZIONI CLINICHE

- Forma PRIMARIA: xeroftalmia, xerostomia
- Forma SECONDARIA: associazione con un'altra patologia autoimmune quale **artrite reumatoide**, **LES**, sclerosi sistemica progressiva, connettiviti, vasculiti
- NB: possono essere presenti manifestazioni **EXTRAGHIANDOLARI** fra cui eruzioni cutanee, artrite, polmonite, nefrite ed interessamento del sistema nervoso
- Altre manifestazioni: candidosi, aumento di volume delle parotidi (35-50%)
- Rischio aumentato di sviluppare linfomi (1:40)



SINTOMATOLOGIA

- ⌘ L'interessamento delle gh. salivari causa XEROSTOMIA
- ⌘ L'interessamento delle gh. lacrimali provoca XEROFTALMIA
- ⌘ La secchezza può essere estesa alla mucosa vaginale, alla mucosa nasale e alla cute



XEROFTALMIA

- ⌘ DEFINIZIONE: ridotta secrezione delle ghiandole lacrimali a causa della quale insorge un quadro di CHERATOCONGIUNTIVITE SECCA.
- ⌘ E' valutabile con il test di Schirmer: si utilizzano delle strisce di carta da collocare nel sacco congiuntivale inferiore.



XEROFTALMIA

- ⌘ Sintomi soggettivi:
- ⌘ bruciore: sintomo più frequente, è raro in altre patologie del segmento anteriore dell'occhio;
- ⌘ sensazione di sabbia nell'occhio: dovuto ad aumento delle secrezioni oculari solide;
- ⌘ sensazione di secchezza oculare: patognomica ma assai rara.



XEROFTALMIA

- ⌘ Segni obiettivi di cheratocongiuntivite secca:
- ⌘ -modificazioni corneali (piccole ulcerazioni);
- ⌘ -modificazioni congiuntivali (colorazione con rosa bengala);
- ⌘ -modificazione del film precorneale (aumento della viscosità)



QUADRO SIEROLOGICO

⌘ In tutte e tre le forme è presente sempre una IPERGAMMAGLOBULINEMIA di tipo POLICLONALE con aumento globale delle IgG, IgM, IgA ma soprattutto delle IgG.



ESAMI DI LABORATORIO

- ⌘ Ricerca di autoAc organo-specifici verso le cellule dei dotti delle gh. salivari (presenti nel 70% dei casi)
- ⌘ Ricerca del fattore reumatoide (presente anche sino al 90% dei casi)
- ⌘ Ricerca dell'ipergammaglobulinemia
- ⌘ Ricerca di auto-Ac anti-nucleo (Anti- Ro/SS-A, anti-La/SS-B)



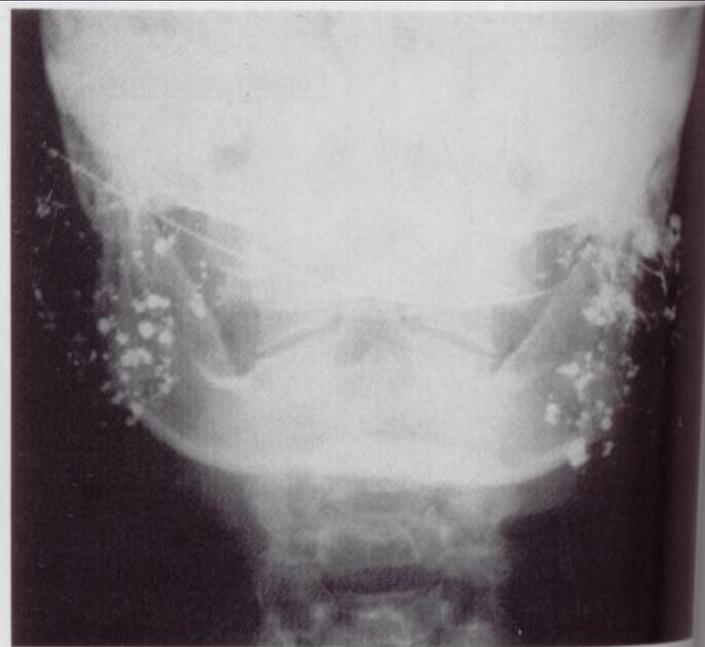
ESAMI STRUMENTALI

- ⌘ Scialografia: dimostra all'inizio opacizzazione puntiforme del parenchima che in seguito assume aspetto cavitario per l'atrofia degli acini, con dilatazione dei dotti escretori
- ⌘ Ecografia
- ⌘ RMN
- ⌘ Biopsia del labbro (se tutte le altre valutazioni sono positive, almeno 5-6 gh.)





A



B

Figura 8.1. Sindrome di Gougerot-Sjögren.

A) Evidente ipertrofia delle ghiandole parotidi nella fase avanzata della sindrome.

B) Il quadro scialografico dimostra la tipica profonda alterazione strutturale e funzionale delle ghiandole parotidi.

(Da Alajmo E., *Otorinolaringoiatria*, Piccin Ed., Padova).



DIAGNOSI

- ‡ Clinica
- ‡ Sierologica
- ‡ Strumentale
- ‡ La SGS va sempre sospettata in pazienti con una malattia reumatica
- ‡ Secondo alcuni AA devono essere presenti almeno due dei tre segni clinici per fare diagnosi di SGS



TERAPIA

& NON CURABILE

- & Sintomatica (saliva e lacrime artificiali, ecc...)
- & Igiene orale, clorexidina, fluoro
- & Protesi appropriate
- & Antimicotici
- & Sialogoghi: Prilocarpina (costoso)
- & FANS nelle riacutizzazioni osteo-articolari
- & Terapia cortisonica ad alte dosi per forme avanzate
- & Terapia chirurgica



MALATTIA DI MIKULICZ

⌘ LESIONE LINFOEPITELIALE BENIGNA

- ⌘ Lesioni linfoepiteliali delle ghiandole non riferibili a S. di Sjögren
- ⌘ Possibile manifestazione della S. di Sjögren



MALATTIA DI MIKULICZ

- ⌘ Tumefazione monolaterale di parotide o sottomandibolare
- ⌘ Sesso F
- ⌘ 60 aa
- ⌘ Soggetti con HIV
- ⌘ Istopatologia: infiltrato linfocitario con distruzione degli acini salivari, isole mioepiteliali
- ⌘ Terapia: escissione chirurgica



PAROTITE VIRALE

- ⌘ Infiammazione acuta delle ghiandole salivari sostenuta da un'agente virale
- ⌘ Agente eziologico più comune è il virus della PAROTITE EPIDEMICA (virus a DNA appartenente al genere dei Paramixovirus)
- ⌘ La localizzazione è prevalentemente parotidea ma possono essere interessate le altre gh. salivari maggiori e diversi organi.

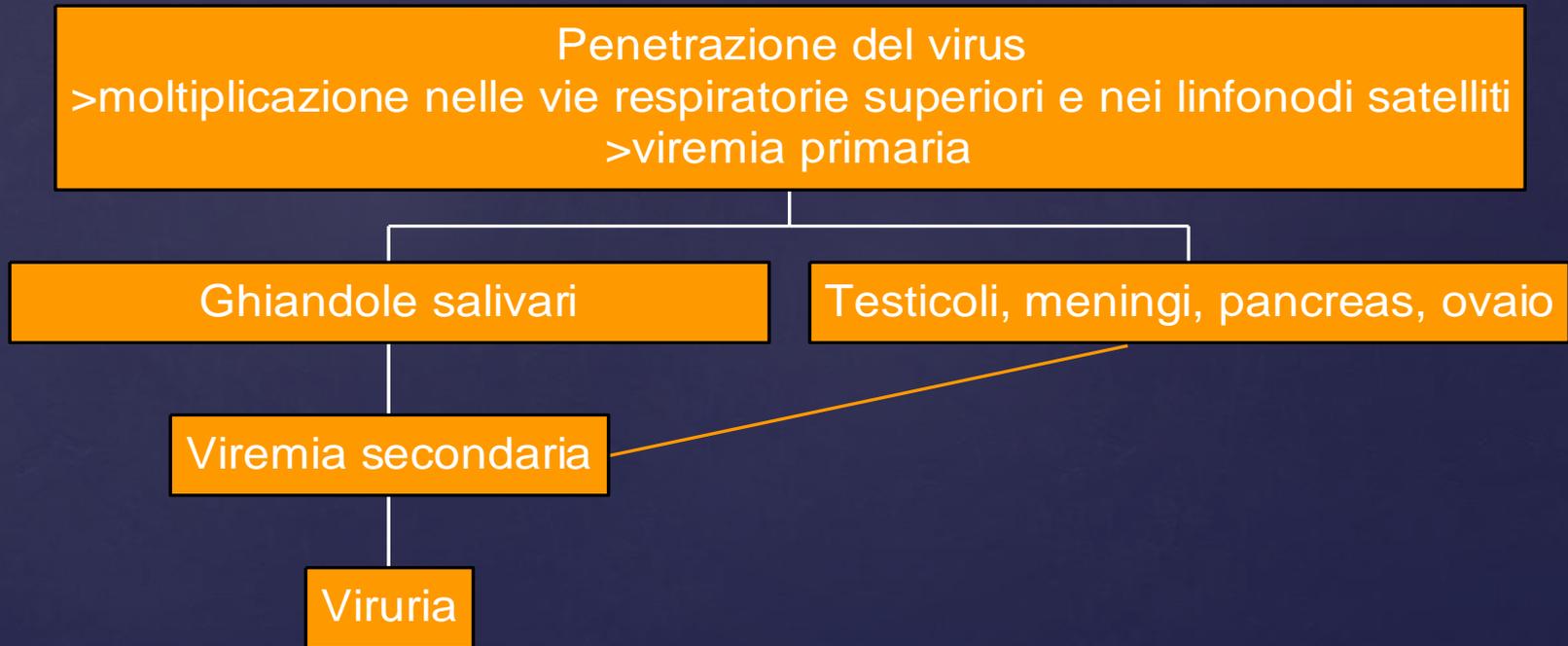


PAROTITE VIRALE

- ⌘ Trasmissione: via aerea e/o contatto salivare
- ⌘ Periodo di incubazione: 8-35 gg secondo alcuni AA, 9-21 gg secondo altri.
- ⌘ Periodo di contagio salivare: da 2 gg prima a 4-9 gg dopo la comparsa della tumefazione parotidea (nel 90% dei casi bilaterale).
- ⌘ Colpisce preferenzialmente i maschi nell'età infantile.



PATOGENESI



SINTOMATOLOGIA

- ⌘ Esordio brusco con febbre, brividi, talora epistassi ed otalgia
- ⌘ Segue la comparsa della tumefazione parotidea ingravescente, generalmente bilaterale, talvolta asincrona
- ⌘ Dolore spontaneo con “senso di tensione” nella zona parotidea



SINTOMATOLOGIA

- ⌘ La temperatura raggiunge i valori massimi nelle prime 48 ore, si mantiene elevata per 3-4 gg e recede in circa 7 gg
- ⌘ La tumefazione ghiandolare persiste per altri 6-8 gg
- ⌘ Negli adulti, per evitare la complicanza orchitica è preferibile un riposo a letto di almeno 15-18 gg.



SEGNI CLINICI

- ‡ Tumefazione mono-bilaterale in zona parotidea ma anche sottomandibolare
- ‡ Possibile tumefazione edematosa con arrossamento dello sbocco del dotto di Stenone
- ‡ La palpazione della tumefazione non provoca solitamente dolore, la consistenza è MOLLE secondo alcuni AA, DURO-ELASTICA per altri.



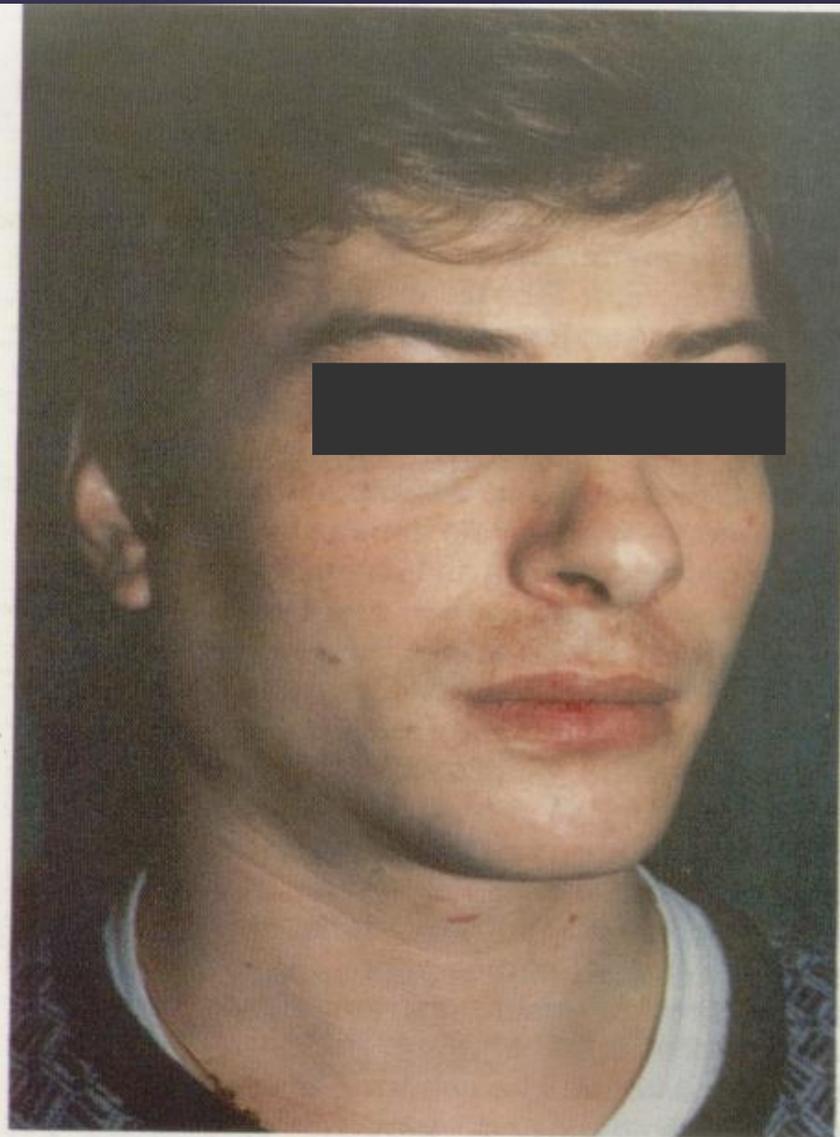


FIG. 1.12. — Caratteristica tumefazione parotidea.



COMPLICANZE

⌘ Possibile coinvolgimento di:

- ⌘ pancreas (fino a necrosi parcellare e diabete mellito)
- ⌘ gonadi (tumefazione vivamente dolente con possibile sclerosi strutturale che non incide generalmente sulla fertilità)
- ⌘ meningi ed encefalo



COMPLICANZE

- ⌘ La più importante è l'IPOACUSIA NEUROSENSORIALE che può giungere sino all'anacusia (interessamento dell'VIII)
- ⌘ Mono-bilaterale
- ⌘ Preceduta talvolta da acufeni e vertigini
- ⌘ Al minimo dubbio far eseguire un adeguato esame audiometrico



DIAGNOSI

- Clinica
- Ricerca del virus nella saliva
- Sierologica (movimento anticorpale specifico)
- Diagnosi difficile se la localizzazione è solo extra-salivare (sino al 25% dei casi).



TERAPIA e PROFILASSI

- ⌘ La terapia è puramente sintomatica (eventualmente sieroterapia specifica nei primi 3-5 gg dal contagio)
- ⌘ Isolamento
- ⌘ Vaccinazione (da ripetere ogni 5 anni).

