

La resonancia magnética en el diagnóstico de la sialoadenosis parotídea

Paz J*, Velasco E**, Bullón P***.

RESUMEN

La Resonancia Magnética (RM) constituye una técnica exploratoria importante en el diagnóstico de la patología de cabeza y cuello. Recientemente, se ha incorporado al estudio de las glándulas salivales, especialmente la parótida. En el presente trabajo se presentan los hallazgos por RM en siete casos de sialoadenosis parotídea. Las imágenes por RM demuestran el agrandamiento glandular uni o bilateral, el incremento en el tamaño de las lesiones y el diagnóstico de los cambios en la estructura interna de las glándulas salivales con sialoadenosis. La Resonancia Magnética contribuye a la evaluación sialográfica de las sialoadenosis.

Palabras Clave: Resonancia magnética. Sialoadenosis. Diagnóstico por imagen. Parótida. Agrandamiento parotídeo. Patología salival.

SUMMARY

Magnetic Resonance (RM) is an important exploratory technique in the diagnosis of head and neck pathologies. It has recently been incorporated in the study of salivary gland diseases, especially the parotid gland. In the present study, we showed RM findings of seven cases of parotid sialososis. RM imaging demonstrated the bilateral or unilateral gland enlargement, the increase of size lesions and the diagnosis of changes in the internal architecture of the parotid gland sialososis. RM contribute to the sialographic evaluation of parotid sialososis.

Key Words: Magnetic resonance. Sialososis. Imaging diagnosis. Parotid gland. Parotid enlargement. Salivary diseases.

* Jefe del Servicio de Radiología. Clínica Sagrado Corazón. Sevilla

** Profesor Asociado de Medicina Bucal

*** Catedrático de Medicina Bucal y Periodoncia.
Facultad de Odontología de Sevilla.

Paz J, Velasco E, Bullón P. La Resonancia magnética en el diagnóstico de la sialoadenosis parotídea. *Av Odontostomatol* 1997; 13: 351-355.

INTRODUCCION

El término sialoadenosis se refiere a un agrandamiento crónico o recidivante, no neoplásico, indoloro, de las glándulas salivales, especialmente las parótidas. La afectación suele ser bilateral y simétrica, aunque también puede tener carácter unilaterial, asimétrico o ambos. El comienzo es por lo general insidioso, sin sín-

tomas de inflamación. Puede existir disminución del flujo salival y sensación clínica de sequedad bucal, si bien esas anomalías suelen reflejar la enfermedad subyacente y no son específicas de la sialoadenosis (1,2,3).

La sialoadenosis parotídea puede asociarse con una gran variedad de enfermedades endocrinas (ovárica, tiroidea, hipofisaria), anomalías nutricionales y metas-

tásicas, y ciertos medicamentos. Se observa en pacientes diabéticos y el agrandamiento de la parótida puede ser la primera manifestación clínica de la enfermedad subyacente (4,5). Del 26% al 86% de los pacientes con alcoholismo crónico, cirrosis alcohólica y otros estados de malnutrición crónica desarrollan sialoadenosis. También pueden asociarse con sialoadenosis procesos como hipertensión, hiperlipidemia, obesidad, ingestión prolongada de almidón, embarazo, kwashiorkor, brucelosis y enfermedad celíaca (1-4).

El objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de la Resonancia Magnética (RM) como método diagnóstico de ayuda en el estudio de la patología salival relativa a la sialoadenosis.

PACIENTES Y METODOS

Las imágenes diagnósticas por RM de sialoadenosis de las glándulas salivales parótidas de 7 pacientes de los Servicios de Cirugía Maxilo-Facial y Plástica de los Hospitales Universitarios del Servicio Andaluz de Salud de Sevilla remitidos al Servicio de Radiología de la Clínica Sagrado Corazón de Sevilla entre 1994 a junio de 1995 fueron valoradas para este estudio. Los pacientes comprendían 3 varones y 4 mujeres, con una edad media de 48 años (rango: 28 - 62 años).

Los pacientes fueron estudiados con un equipo de Resonancia Magnética Shimadzu modelo SMT-50X (Tokio, Japón 1989) superconductor de una intensidad de campo de 0,5 Tesla. Se practicaron en cada paciente secuencias ponderadas en Spin Eco (SE) T₁ en los planos de corte axial y coronal, con un espesor de corte de 5 mm, obteniéndose 10 imágenes axiales y 10 coronales. Así mismo, en cada paciente se practicaron secuencias ponderadas en SE T₂ en el plano axial de igual espesor de corte, obteniéndose 16 imágenes axiales. Las imágenes fueron reproducidas en películas o placas IRB Plus de tamaño 35 cm x 43 cm de 3M España, en un equipo automático Laser Imager Plus 3M España (St Paul, Minnesota).

RESULTADOS

Caso 1

P.C.P. Mujer de 62 años de edad, que presentaba desde

hacia 21 días tumefacción de parótida derecha con parálisis facial periférica. Antecedentes de diabetes mellitus desde hacía 10 años. La Resonancia Magnética mostraba una parotidomegalia bilateral sin cambios en la intensidad de señal en las secuencias Spin Eco (SE) T₁ y T₂. Fue diagnosticada de sialoadenosis bilateral secundaria a diabetes, por sialografía.

Caso 2

E.J.T. Varón de 29 años de edad, con dolor en hemicara derecha desde hace 6 meses que no cede a medicación. En la gammagrafía parotídea existe un aumento de la captación de manera difusa en parótida derecha. La sialografía mostraba el conducto de Stenon normal con afinamiento de los conductos intraglandulares, compatible con sialoadenosis. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) mostraba las glándulas parótidas normales en tamaño y densidad. La Resonancia Magnética mostraba un leve aumento de tamaño en la parótida derecha sin cambios en la intensidad de señal en las secuencias SE T₁ y T₂.

Caso 3

I.R.V. Mujer de 49 años de edad que desde hacía 10 años presentaba una parotidomegalia bilateral (Figura 1), con fases episódicas de sequedad bucal y de tensión y/o dolor en la región parotídea en los periodos premenstruales. La sialografía mostraba una distorsión con afinamiento de los conductos intraglandulares. Las imágenes obtenidas por Resonancia Magnética demostraban una parotidomegalia bilateral con lesiones multinodulares hipointensas en las secuencias SE T₁ e hiperintensas en la T₂ (Figuras 2,3,4). La punción aspiración con aguja fina (PAAF) informó del diagnóstico de sialoadenosis.

Caso 4

F.T.L. Varón de 60 años con parotidomegalia derecha de varios meses de evolución, no dolorosa, ni fiebre. La Resonancia Magnética mostraba tanto en las secuencias Spin Eco (SE) T₁ como T₂ un aumento de tamaño de la parótida derecha sin cambios en la intensidad de señal. La sialografía confirmó el diagnóstico de sialoadenosis.

Caso 5

J.G.S. Varón de 62 años de edad sin antecedentes de



Figura 1: Paciente con sialoadenosis bilateral. Aspecto clínico de la parótida izquierda aumentada de tamaño.

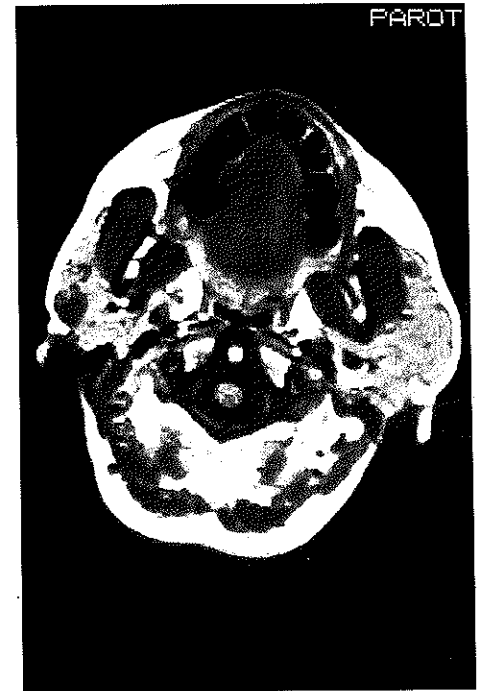


Figura 2: Imagen por resonancia magnética en plano axial de sialoadenosis bilateral. Secuencia Spin Eco T₁.



Figura 3: Imagen por resonancia magnética en plano coronal de sialoadenosis bilateral. Secuencia Spin Eco T₁.

interés con una parotidomegalia bilateral de varios años de evolución. La Resonancia Magnética aportó datos sobre el mayor tamaño glandular en las secuencias SE T₁ y T₂, sin cambios en la intensidad de señal. La sialografía Fue informada de sialoadenosis.

Caso 6

B.F.R. Mujer de 28 años de edad con cuadro de tumefacción recidivante bilateral indolora de la



Figura 4: Imagen por resonancia magnética en plano axial de sialoadenosis bilateral. Secuencia Spin Eco T₂.

glándula parótida de varios años de evolución. La sialografía informada de sialoadenosis. La Resonancia Magnética mostraba el aumento de tamaño bilateral parotídeo sin cambios en la intensidad de señal.

Caso 7

P.R.D. Mujer de 46 años de edad con aumento bilateral de las glándulas parótidas y sequedad bucal. Entre los antecedentes de interés, la enferma tomaba medicación psicotrópica (benzodicepinas y antidepresivos tricíclicos) desde hacía 8 meses coincidiendo con el inicio de la clínica. La Resonancia Magnética mostraba una parotidomegalia bilateral sin cambios en la intensidad de señal en las secuencias SE T₁ y T₂. La sialografía confirmó el cuadro de sialoadenosis.

DISCUSION

El diagnóstico de sialoadenosis constituye aún en la actualidad, un problema de exclusión entre los procesos parotídeos no dolorosos de etiología múltiple (metabólica, endocrina, nutricional, medicamentos, etc.) no infecciosa que cursan con una parotidomegalia. El carácter frecuente de bilateralidad o simetría ayuda a diferenciarla, básicamente, de la existencia de un tumor o neoplasia parotídea (1- 4).

La sialografía ha sido frecuentemente utilizada en el diagnóstico de la sialoadenosis, donde se puede visualizar imágenes de un agrandamiento glandular difuso, con conservación normal del conducto de Stenon, y la existencia de unos conductos terminales afilados, por la compresión de la hipertrofia acinar. No suele haber desplazamientos ductales, ni defectos de rellenos del contraste o sialoectasias (6,7,8). La sialografía permite diferenciar los agrandamientos salivales por sialoadenosis del síndrome de Sjögren, donde existe un conducto central normal y numerosas colecciones puntiformes de contraste diseminadas uniformemente a través de la glándula (6,8).

Sin embargo, los resultados del presente estudio indican que la Resonancia Magnética permite simultáneamente, el estudio y valoración de los cambios patológicos en ambas glándulas parótidas (derecha e izquierda) con sialoadenosis de una forma sistemática (Figuras 2,3).

En segundo lugar, en las imágenes por Resonancia

Magnética se puede visualizar y medir de forma precisa el agrandamiento parotídeo en diversos planos espaciales, constituyendo un método diagnóstico muy valorable, en la identificación de los posibles cambios de tamaño en la evolución crónica del proceso de sialoadenosis (Figuras 2,3).

Además, en los casos evolucionados de sialoadenosis parotídea, la Resonancia Magnética permite diagnosticar, los cambios morfológicos de la propia glándula, en el sentido de un crecimiento difuso (ej. multinodular) o localizado a nivel lobular superficial o profundo (Figuras 2,4).

Finalmente, mediante la técnica de la Resonancia Magnética en las sialoadenosis parotídea, se puede diferenciar los posibles cambios estructurales intraglandulares que pueden indicar la sospecha de una patología tumoral asociada (Figuras 2,4). En este sentido, el Caso 7, es muy ilustrativo, de las indicaciones de la Resonancia Magnética en la sialoadenosis parotídea. La paciente presentaba una parotidomegalia bilateral desde hacía 10 años de evolución, diagnosticada mediante sialografía y punción aspiración con aguja fina. Hace 1 año se le realizó una primera exploración por Resonancia Magnética que mostró una marcada parotidomegalia bilateral, de aspecto multinodular con múltiples lesiones quísticas hipointensas (Figura 2), que obligaba a descartar un tumor de Warthin bilateral (9). Una nueva punción aspiración con aguja fina fue indicada, obteniéndose, sin embargo, el mismo diagnóstico de sialoadenosis. Recientemente, se ha realizado un segundo estudio por Resonancia Magnética sin cambios significativos con las imágenes precedentes. No obstante, a pesar de los sendos informes citopatológicos por punción aspiración con aguja fina, y teniendo en cuenta la evolución clínica del cuadro y las imágenes por resonancia magnética de los cambios estructurales intraglandulares se ha indicado su intervención quirúrgica.

En conclusión, la Resonancia Magnética es un método exploratorio de gran ayuda en el diagnóstico de la sialoadenosis parotídea, complementa los hallazgos clínicos y sialográficos al detectar la parotidomegalia bilateral o unilateral, sin cambios en la intensidad de señal.

CORRESPONDENCIA

Dr. J. Paz
C/ San Vicente nº 30 1º D
41002 Sevilla

BIBLIOGRAFIA

1. Rauch S, Gorlin R. Enfermedades de las glándulas salivales. En Patología Oral de Thoma. Gorlin R, Goldman H (Eds.). Barcelona. Salvat. Pag: 1059-1178, 1981.
2. Mason DK y Chisholm DM. Salivary glands in health and disease. Londres. Ed. WB Saunders. 1975.
3. Laudenbach P. Maladies des glands salivaires. Encycl Med Chir. Stomatologie. Paris. 22057 A 10. 11. 1979.
4. Rankow R, Polayes I. Diseases of the salivary glands. Filadelfia. Ed WB Saunders. 1976.
5. Calatrava L. Lecciones de Patología Quirúrgica Oral y MaxiloFacial. Madrid. Ed. Oteo. 1979.
6. Som PM, Shugar J, Train J, Biller H. Manifestations of parotid gland enlargement: radiographic, pathologic, and clinical correlations. I. The autoimmune pseudosialectasias. Radiology 141: 415-419, 1981.
7. Som PM, Shugar J, Train J, Biller H. Manifestations of parotid gland enlargement: radiographic, pathologic, and clinical correlations. II. The Diseases of Mikulicz Syndrome. Radiology 141: 421-426, 1981.
8. Sabate J, Lazo A, Pavon A, Jiménez A, Lozano A. Imágenes sialográficas. Radiología 32: 499-503, 1990.
9. Shugar JMA, Som PM y Biller HF. Warthin's tumor a multifocal disease. Ann Otol Rhinol Laringol 91: 246-249, 1982.

