SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI: RICONOSCERE, TRATTARE, INVIARE

Diagnostica clinica di base

Dr.ssa Donvito Sara
Dr. Ferrulli Giuseppe
Dirigenti di primo livello
U.O Otorinolaringoiatria
Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

REGGIO EMILIA, 10 OTTOBRE 2026

Diagnostica clinica di base



- Anamnesi mirata



- Esame obiettivo
- Indagini radiologiche



- Segni clinici sospetti
- Approccio iniziale: quando osservare, quando trattare, quando inviare.



Anamnesi mirata

Sintomi e segni tipicamente aspecifici e limitati

I pazienti tipicamente si lamentano di

- Comparsa di una **tumefazione**
- **Dolore**
- **Xerostomia**
- Full taste (**sapore sgradevole**/amaro/metallico)
- Scialorrea (meno frequente)
- Paralisi del nervo facciale (meno frequente)

Tumefazione

- Segno più comune
- Può essere determinato da:

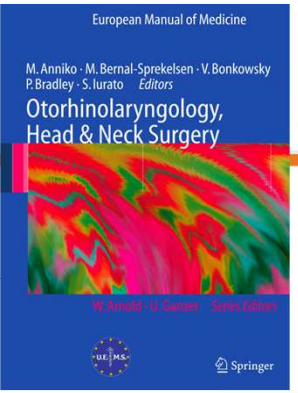
i. Ostruzione dei dotti salivari

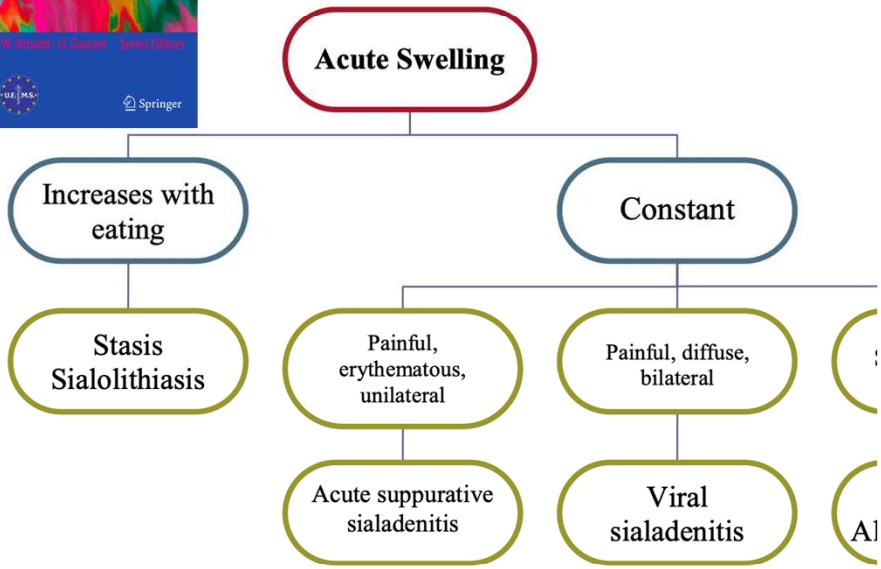
i. Infiammazione generale del parenchima

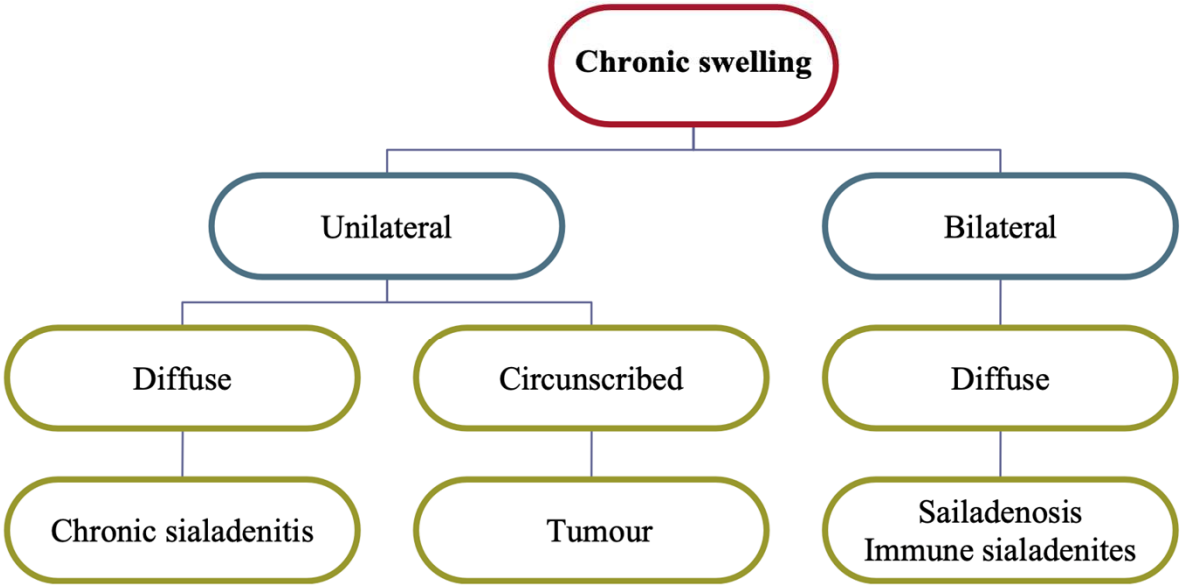
ii. Processo neoplastico benigno/maligno

COSA CHIEDERE AL PAZIENTE?

- **Temporalità della tumefazione**: < di 1 mese, > di 1 mese 
- **Pasto-correlata** (insorge/aumenta durante i pasti): Sospetto ostacolo meccanico (Scialolitiasi / Stenosi). 
- **Persistente e progressiva**: Sospetto neoplastico / neoformativo.
- **Fluttuante/Ricorrente con regressione spontanea**: Sospetto infettivo o infiammatorio cronico.


European Manual of Medicine
M. Anniko · M. Bernal-Sprekelsen · V. Bonkowsky
P. Bradley · S. Iurato Editors
Otorhinolaryngology,
Head & Neck Surgery
W. Arnold · U. Ganzer Series Editors
Springer


Acute Swelling
Increases with eating
Constant
Stasis
Sialolithiasis
Painful, erythematous, unilateral
Painful, diffuse, bilateral
Acute suppurative sialadenitis
Viral sialadenitis


Chronic swelling
Unilateral
Bilateral
Diffuse
Circunscribed
Diffuse
Chronic sialadenitis
Tumour
Sailadenosis
Immune sialadenites

Dolore

Il dolore è più comune nelle scialolitiasi e nelle scialoadeniti.

È riportato nel 2,5–4% dei pazienti con tumori benigni della parotide e nel 10–29% dei pazienti con tumore maligno della parotide.

Lo stesso sintomo è riferito in pochi pazienti con neoplasie benigne sottomandibolari, e fino al 50% dei pazienti con tumori maligni sottomandibolari.

Il dolore è più comune nelle neoplasie salivari maligne, ma non è di per sé diagnostico di malignità.

Xerostomia


Possibili cause di xerostomia (bocca secca):
Calcoli alle ghiandole salivari
Disidratazione
Stomatite
Tumori
Chemioterapia o radioterapia
Allergie
Reflusso gastroesofageo
Fumo
Gastrite
Febbre, raffreddore, tonsilliti
Farmaci (diuretici, cortisonici)
Diabete
Sindrome di Sjogren
Stress
Fibromialgia
Patologie renali o epatiche
Patologie della tiroide

Alterazioni del gusto

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

Le alterazioni del gusto — come l'**ipogeusia** (riduzione della sensibilità gustativa) o l'**ageusia** (assenza totale del gusto), oltre alla **disgeusia** (percezione alterata o sgradevole dei sapori) — sono sintomatologie **possibili e relativamente frequenti** nel contesto delle patologie e dei trattamenti delle ghiandole salivari.

1. Il ruolo chiave della saliva nella percezione del gusto

Per poter percepire i sapori, le molecole chimiche del cibo devono prima essere disciolte nella saliva per poi stimolare i recettori dei calici gustativi sulla lingua e nel cavo orale.

- **Attraverso la xerostomia:** Qualsiasi condizione che riduce drasticamente il flusso salivare (es. Sindrome di Sjögren, scialoadeniti croniche, esiti da radioterapia) porta frequentemente a **ipogeusia o disgeusia** semplicemente perché manca il veicolo fluido per la stimolazione gustativa.
- **Componenti salivari:** La saliva contiene proteine e zinco necessari al mantenimento strutturale dei calici gustativi stessi; una saliva quantitativamente o qualitativamente alterata riduce la funzione di questi recettori.

2. Cause correlate a trattamenti o patologie delle ghiandole salivari

- **Radioterapia della testa e del collo:** È una delle cause più frequenti e severe di ipogeusia/ageusia. La radiazione danneggia sia il parenchima delle ghiandole salivari, sia direttamente le cellule recettoriali dei calici gustativi sulla lingua.
- **Chirurgia delle ghiandole salivari** Danno o trazione sul **nervo linguale**
- **Infezioni e infiammazioni (Scialoadeniti acute/croniche):**
- La secrezione di pus o materiale purulento attraverso il dotto salivare nel cavo orale altera la percezione gustativa, causando principalmente **disgeusia** (sapore amaro, metallico o salato persistente).

Paralisi del nervo facciale

Benign parotid mass and facial palsy: systematic review

KE Stewart, R Bannon, M Bannister

Victoria Hospital, Kirkcaldy, Fife, UK

ABSTRACT

INTRODUCTION Parotid masses causing facial palsy are highly indicative of malignancy. A significant number of cases describing benign parotid disease causing facial palsy have been reported.

MATERIALS AND METHODS We performed a systematic review of the literature to establish the aetiology, clinical features, investigations and management undertaken during these presentations to assess how these factors differed from malignant presentations and to establish an evidence-based algorithm for their management.

RESULTS A total of 85 cases were identified from 78 articles. Cystadenolymphomas were the most common histopathological type ($p = 0.034$). Mean facial palsy recovery duration in neoplastic aetiology was longer than for infective aetiology ($p = 0.033$). A significant association existed between uncommon infective organisms and development of facial palsy ($p = <0.0001$).

CONCLUSION Uncommon benign aetiologies are associated with facial palsy. Investigations and management should be guided by patients' clinical presentations, avoiding excessive treatment. Complete facial palsy recovery rates are high, although not immediate.

Table 1 Aetiology of parotid mass and facial palsy

Aetiology	Cases (*n*)
Benign tumours:	
Cystadenolymphoma	19
Pleomorphic salivary adenoma	8
Facial nerve schwannoma	5
Parotid branchial cyst	2
Facial nerve neuroma	2
Parotid lymphadenopathy	2
Epidermal cyst	1
Keratocystoma	1
Lipoma	1
Lymphoepithelial cyst	1
Oncocytoma	1
Osseous tumour	1
Parotid cyst	1
Localised gland infections:	
Parotid abscess	21
Parotitis	11
Tuberculosis	3
Others:	
HIV test	1
Infectious mononucleosis	1
Local vascular malformation	1
Pseudoaneurysm	1
Localised sarcoidosis	1

Preoperative Facial Paralysis in Malignant Parotid Tumours[1]

C.-M. Eneroth, L. Andreasson, M. Beran, A. Biörklund, B. Carlsöö, B. Modalsli, J. Olofsson, M. Paavolainen and B. Toll

Departments of Otolaryngology, Swedish University Clinics, Stockholm, Malmö, Göteborg, Lund, Umeå, Linköping, Uppsala, and University Clinics, Helsinki and Oslo

Table I. Incidence of facial nerve paralysis in patients with malignant parotid tumours treated at nine different Scandinavian University Clinics during the period 1955–1975 (at Karolinska Sjukhuset during the period 1919–1975)

University clinics	Total number of patients	With preoperative facial paralysis	
		number	%
Karolinska Sjukhuset, Stockholm	405	48	12
Göteborg	150	24	16
Lund	108	14	13
Linköping	57	9	16
Umeå	53	6	11
Uppsala	50	11	22
Malmö	30	2	7
Helsinki, Finland	94	15	16
Oslo, Norway	82	16	19
	1,029	145	14

14% di paralisi del nervo facciale in pazienti con tumori maligni delle ghiandole salivari

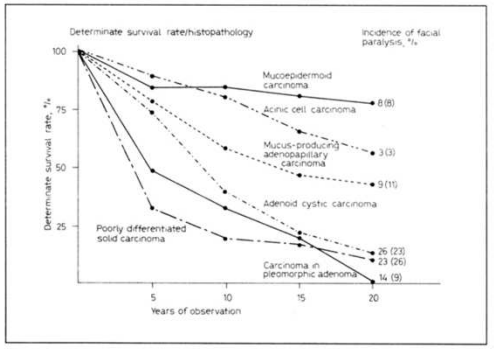


Fig. 1. Relation of 'determinate survival rate' to histopathology and preoperative facial nerve paralysis in the original material from Karolinska Sjukhuset during the period 1919–1969. In brackets the incidence of preoperative facial nerve paralysis in the total Scandinavian material.

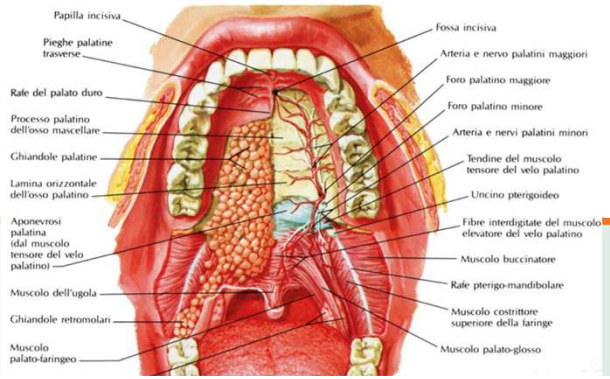
L'incidenza della paralisi preoperatoria del nervo facciale è inversamente correlata alla 'survival rate'.

DSR a 5 anni nei pazienti senza paralisi pre operatoria era del 55%, in quelli con paralisi pre operatoria del 9%; $p<0.05$

NB: tutti questi sintomi/segni elencati sono tipici della alterazioni delle ghiandole salivari maggiori

Per quanto riguarda le ghiandole salivari minori i sintomi dipendono dalla loro localizzazione. Pertanto si possono manifestare con:

- Tumefazione facciale
- Dolore facciale/in sede paranasale
- Episodi di epistassi/dispnea nasale
- Tumefazione o dolore del cavo orale
- Manifestazioni laringee come disfonia/disfagia/faringodinia



Esame obiettivo

La localizzazione superficiale delle ghiandole salivari maggiori né permette tipicamente una agevole palpazione.
L' esame obiettivo si basa su una **valutazione extraorale e intraorale**

ISPEZIONE EXTRAORALE: 

L'esaminatore deve valutare la **simmetria, il colorito, le eventuali pulsazioni e la presenza di tragitti fistolosi secernenti** su entrambi i lati del paziente. L'aumento di volume delle ghiandole salivari maggiori o minori, più frequentemente della parotide o della ghiandola sottomandibolare, può verificarsi unilateralmente o bilateralmente. La parotite si presenta tipicamente come una tumefazione preauricolare, ma potrebbe non essere visibile se localizzata in profondità nella coda della parotide o all'interno del parenchima ghiandolare. Un'iperplasia del massetere può simulare un ingrandimento della ghiandola parotide, ma si differenzia facilmente chiedendo al paziente di serrare le fauci, attivando così il muscolo massetere. La tumefazione sottomandibolare si presenta in posizione subito mediale e inferiore rispetto all'angolo della mandibola.

Verifica dell'integrità del nervo facciale (VII c.n.): simmetria rima buccale, chiusura palpebrale, rughe frontali

Esame obiettivo

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PALPAZIONE EXTRAORALE:



Durante la palpazione extraorale della ghiandola parotidea, la testa del paziente viene inclinata in avanti e ruotata verso il lato opposto per esporre al massimo la regione parotidea; durante la palpazione invece della loggia sottomandibolare può essere utile far flettere leggermente il capo del paziente. L'esaminatore può posizionarsi di fronte il paziente.
Una ghiandola parotide normale è appena palpabile; le ghiandole sottomandibolari invece, soprattutto nel paziente anziano o nei colli molto magri, sono facilmente apprezzabili e si definiscono 'plongeant' in quanto cadono più in basso.

Alla palpazione le caratteristiche che si vanno a valutare della ghiandola in generale o comunque della tumefazione di nuova insorgenza sono:

- ***Consistenza***
- ***Dimensioni***
- ***Motilità sui piani sottostanti***
- ***Dolorabilità alla palpazione***

Esame obiettivo

SOCIETÀ MEDICA LAZZARO SPALLANZANI

ISPEZIONE INTRAORALE

- Valutazione di possibili **asimmetrie, discromie**, nonché l'esame degli **osti duttali** e di eventuali ostruzioni.
- Valutazione dello stato delle mucose (grado di idratazione/secchezza).
- Arrossamento/iperemia dell'ostio, presenza di pus o calcoli affioranti.
- Ricognizione del **tessuto ghiandolare salivare minore**, specialmente a livello della mucosa labiale anteriore, geniena e palatina posteriore.
- Valutazione dell'igiene dentale e la presenza di parodontopatia

Gli sbocchi dei dotti di Stenone e di Wharton devono essere ispezionati, rispettivamente, a livello del secondo molare superiore e al livello della caruncola linguale della pelvi orale anteriore

PALPAZIONE INTRAORALE:

- Asciugando la mucosa attorno ai dotti con una garza e spremendo poi le ghiandole corrispondenti, valutare la presenza o l'assenza di flusso salivare.
- **Palpazione bimanuale** : ovvero una mano esegue la palpazione dall'esterno, l'altra esegue la palpazione dall'interno. Questo permette una corretta spremitura della ghiandola e la corretta fuoriuscita di saliva qualora sia presente o meno. O anche la palpazione dei calcoli che sono tipicamente più facilmente apprezzabili lungo il dotto di Wharton

Fondamentale anche eseguire sempre la **palpazione del collo**:
La presenza di linfoadenomegalia associata a un tumore salivare è un altro forte indicatore di malignità. Le metastasi linfonodali cervicali sono riscontrabili al momento della diagnosi nel 13–25% dei pazienti con carcinoma parotideo e nel 14–33% dei pazienti con carcinoma della ghiandola sottomandibolare.

RED FLAGS

ATTENZIONE:
Segni e Sintomi di Sospetto Oncologico

- **Tumefazione dura, lignea o nodulare** a livello della loggia salivare.
- **Fissità** ai piani superficiali (cute) o profondi (strutture ossee/muscolari).
- **Paralisi del Nervo Facciale** (paralisi dell'emivolto omolaterale)
- **Linfoadenopatia cervicale** sospetta omolaterale.
- **Accrescimento rapido e incontrollato** o dolore persistente atipico.
- **Paziente fumatore**

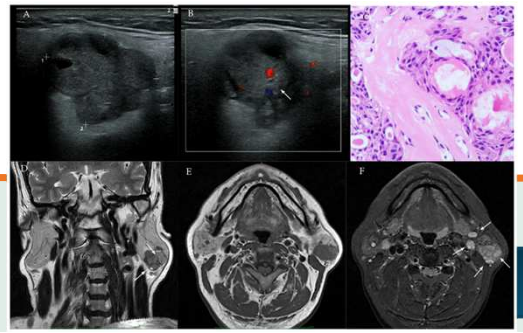
Ulteriori accertamenti

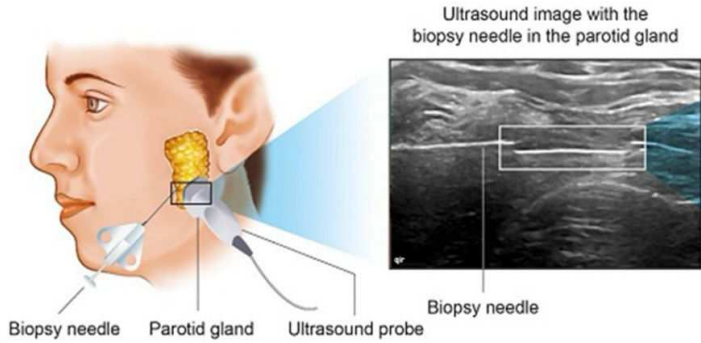
Oltre all'anamnesi e alla valutazione clinica corrono in aiuto anche esami di imaging tra cui:

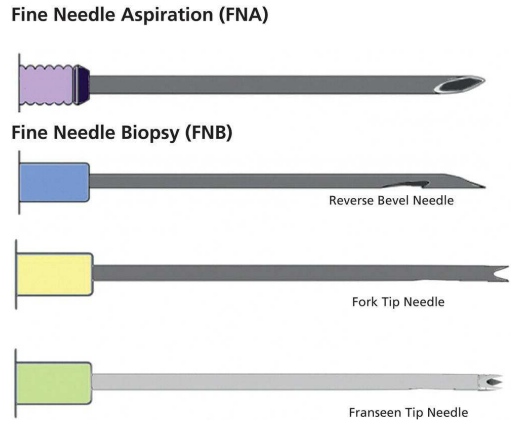
-**Ecografia**: utile nel sospetto di calcolosi, scialoadeniti acute infettive o croniche, sospetto neoplastico

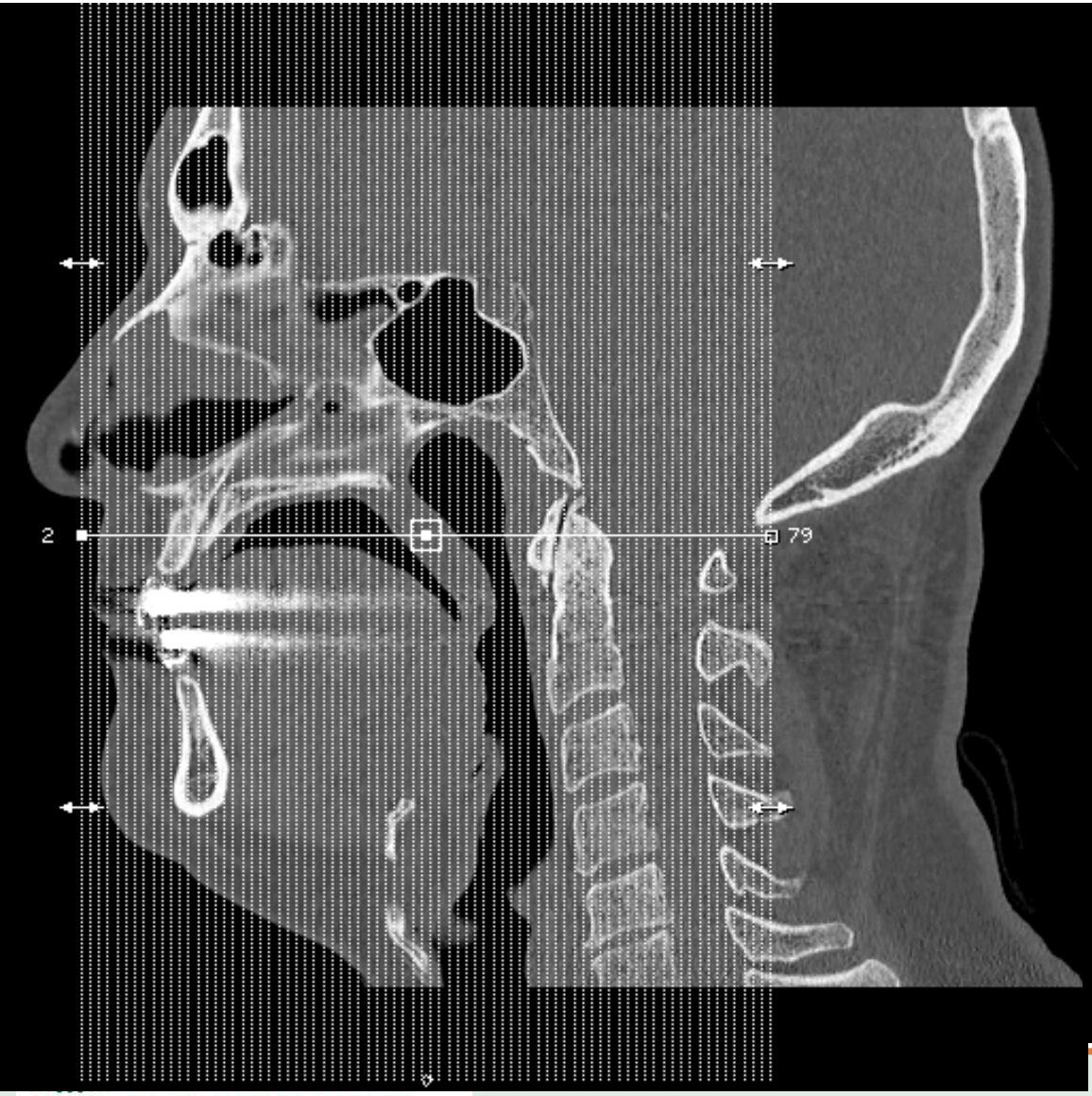
-**FNAC/FNAB**: sempre indicato come approfondimento di lesioni dubbie per neoformazioni benigne/maligne

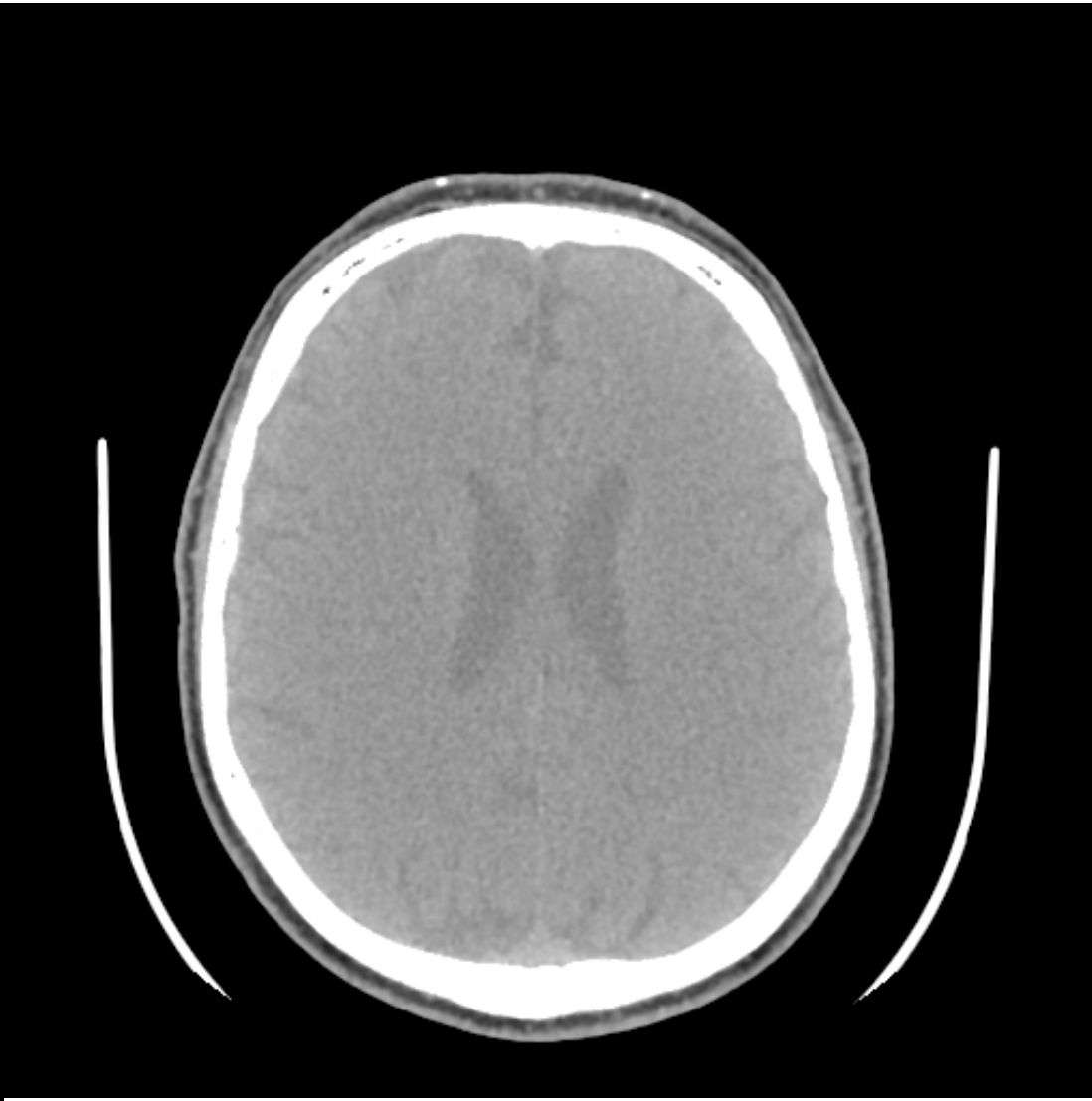
-**TC e RMN**: esami di II livello indicati per approfondimento in caso di calcolosi in vista di una valutazione pre operatoria (TC) e/o nei sospetti di neoplasia benigna/maligna (con mdc)



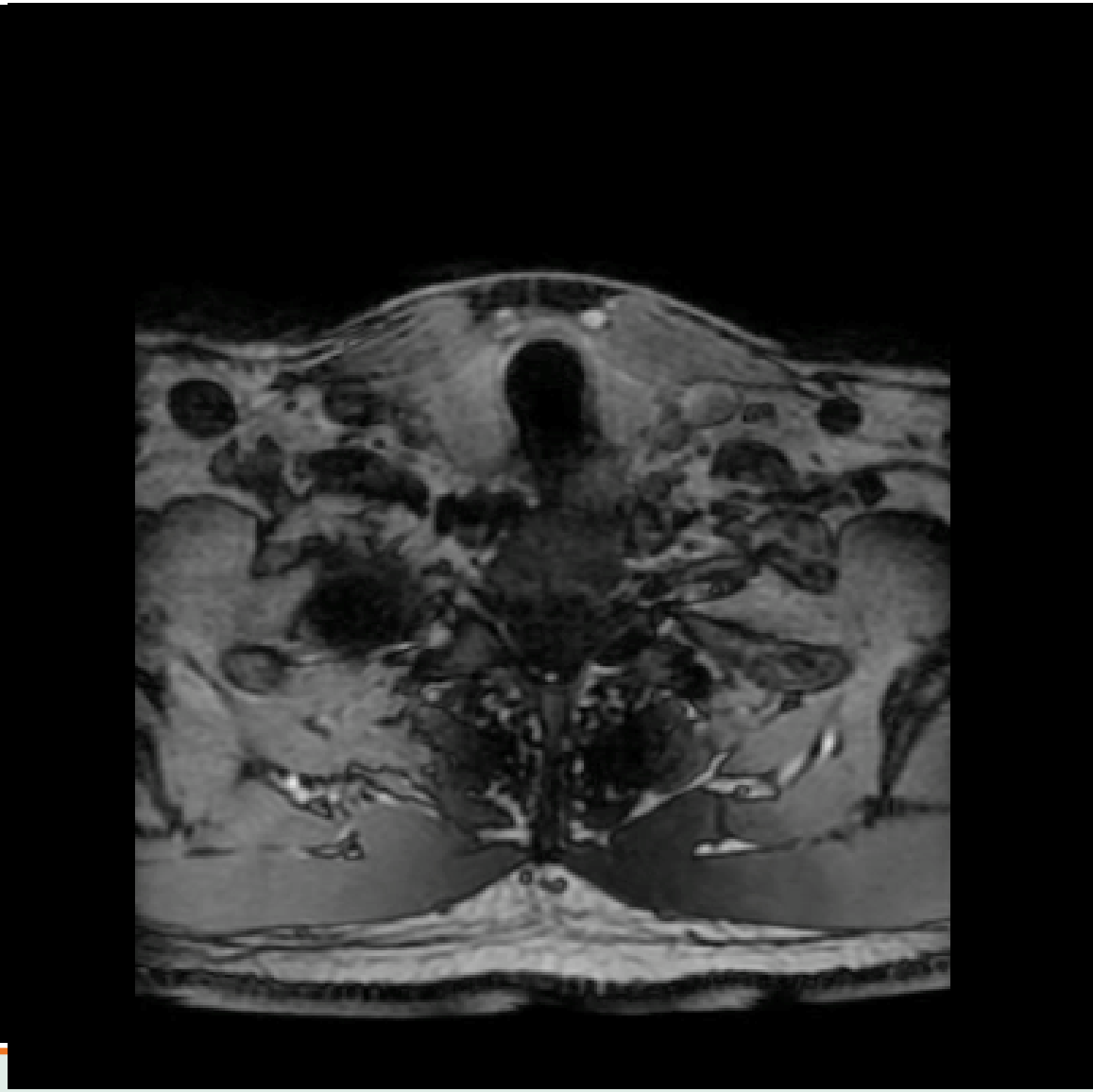





2
79







Algoritmo Decisionale - Quando Osservare, Trattare, Inviare

Quadro Clinico	Sospetto Diagnostico	Azione Consigliata
Sintomi colici pasto-correlati, tumefazione dolorosa acuta; non febbre, non secrezioni purulente	Scialolitiasi	Terapia medica con FANS / Sialogoghi / massaggio della ghiandola + ev cortisone
Tumefazione, iperemia cutanea, febbre e secrezioni purulente dal dotto principale	Sialoadenite acuta	Terapia medica con FANS / Sialogoghi + antibiotico terapia (augmentin o Rovamicina) ed ev tp con cortisone **NB: In entrambi i casi dopo la risoluzione del quadro acuto utile ecografia della ghiandole salivari ed invio presso specialista ORL**
Xerostomia isolata, mucosa asciutta, poli-farmacoterapia	Iposalivazione iatrogena / Sistemica/Esiti RT	Valutazione farmaci, idratazione, invio Reumatologo/Specialista/ORL **+ ecografia ghiandole salivari per valutare comunque struttura del parenchima ghiandolare**
Tumefazione persistente > 3-4 settimane, Red Flags	Neoplasia Salivare (Benigna/Maligna)	**Ecografia e INVIO RAPIDO SPECIALISTICO ORL**

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI



Grazie per l'attenzione



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

OMCEO REGGIO EMILIA