SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI: RICONOSCERE, TRATTARE, INVIARE

Patologie infiammatorie e ostruttive

Dr. Giuseppe Ferrulli
Dott.ssa Sara Donvito

Unità di Otorinolaringoiatria, Dipartimento di Chirurgia, AUSL-IRCSS Reggio Emilia, Italy

REGGIO EMILIA, 10 OTTOBRE 2026

DISCLOSURE STATEMENT

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI: RICONOSCERE, TRATTARE, INVIARE



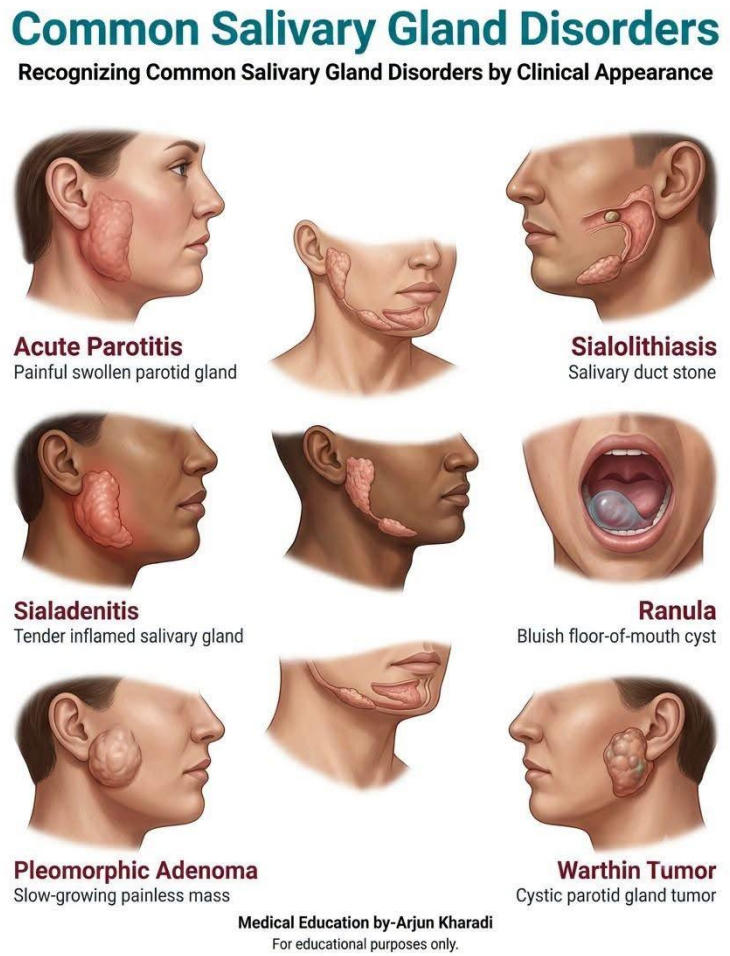
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

GOLOGY REGGIO EMILIA

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI

OVERVIEW

- Cistica (congenita o acquisita)
- Degenerative
- Litiasiche
- Disfunzionali
- Flogistiche
- Infettive (acute o croniche)
- Aspecifiche
- Da determinare
- Traumatiche
- Immunitarie
- Neoplastica (Benigna e maligna)

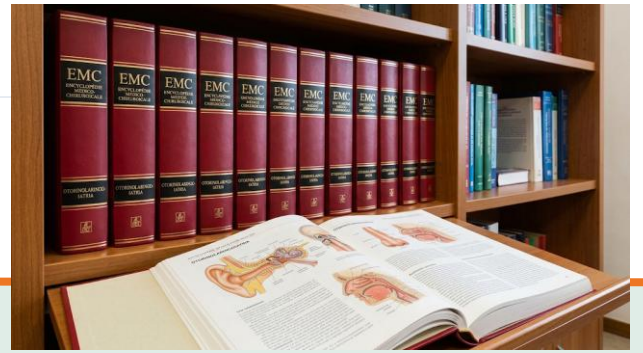


SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PATOLOGIE NON NEOPLASTICHE

Classificazione sistematica clinico-eziologica:

Categoria			
1. Infiammatorie	**Acute:** Parotite, Scialoadenite suppurativa/circoscritta, Allergia	**Croniche Ostruenti:** Calcolotica, Stenosi, Scialoectasia	**Croniche Non Ostruenti:** Post-parotite, Specifica (TB), Linfoepiteliale
2. Endocrine & Metaboliche	**Ipertrofia Benigna:** Tiroide, Diabete, Alcolismo, Cirrosi	**Atrofia Benigna:** Metaplasia adiposa/menopausa, Malnutrizione	—
3. Traumatiche	Traumi esterni / interni	Contusione	Lacerazione
4. Congenite	Cisti dermoidi	Anomalie archi/tasche branchiali	—
5. Cisti Acquisite	Ostruttive (stenosi, calcoli)	Traumatiche / Professionali (Soffiatori)	Parassitiche



SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PATOLOGIE NON NEOPLASTICHE

Malattie Infiammatorie o Sialiti:

Acute
- Parotite
- Scialoadenite acuta suppurativa
- Scialoadenite acuta circoscritta (ascesso)
- Scialoadenite da farmaci
- Allergia

Croniche Ostruenti
- Scialoadenite calcolotica
- Stenosi duttali e stomali
- Scialoectasia

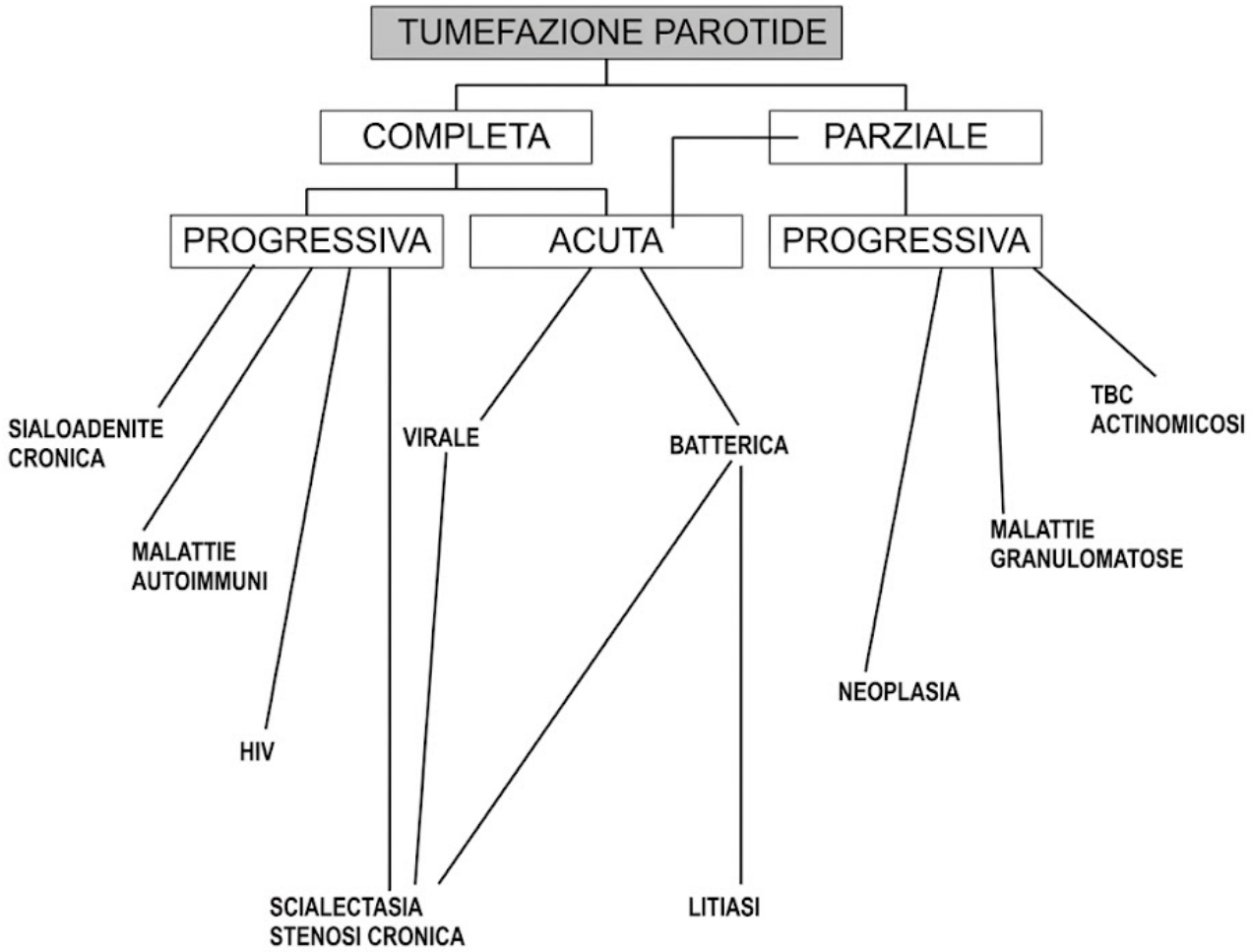
Croniche Non Ostruenti
- Scialoadenite post-parotite
- Scialoadenite aspecifica
- Scialoadenite specifica (TB, actinomicosi)
- Lesione linfoepiteliale benigna
- Scialoadenite da farmaci

Sialoadenite: Se la lesione è a livello del parenchima.

Sialodochite: Se l'infiammazione è soprattutto canalare, come nella patologia litiasica.

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI



SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

CALCOLOSI

Determinata da modificazione del pH della saliva per cui i sali al suo interno precipitano formando concrezioni costituite essenzialmente da **fosfato e carbonato di calcio**.

Queste rallentano il flusso salivare:
- aumento della dimensione dei calcoli
- insorgenza di manifestazioni flogistiche/infettive acute

La sintomatologia è tipica! improvviso aumento volumetrico della ghiandola associato a dolore vivo, in corrispondenza dell'inizio del pasto; la ghiandola diventa tesa e dolente, ma sia i sintomi che i segni (la tumefazione) regrediscono alcune ore dopo il pasto.



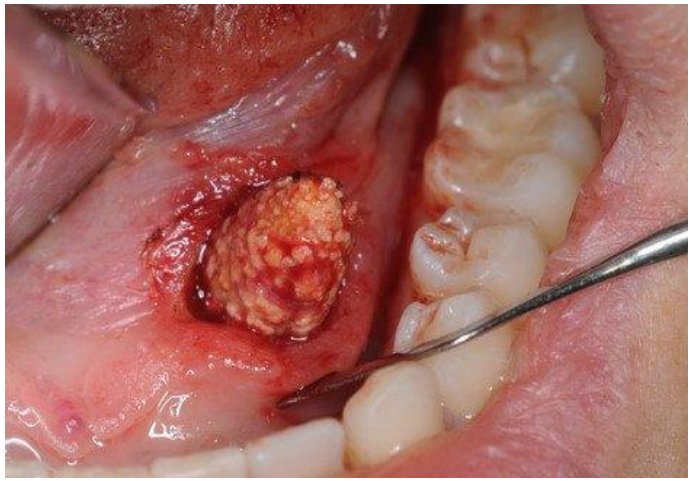
La calcolosi è molto più frequente nella ghiandola sottomandibolare rispetto alla parotide (9:1)

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

CALCOLOSI

Diagnosi:
clinica!!! e indagini strumentali:

- Ecografia
- TC
- RMN
- *Scialoendoscopia*





SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

CALCOLOSI

Diagnosi differenziale con le infezioni dentali:

Parametro	Scialolitiasi / Scialoadenite	Infezione Odontogena
Scatenante / Tendenza temporale	**Pasto-dipendente**: colica salivare scatenata da stimoli gustativi/masticatori; tumefazione fluttuante rapida post-prandiale.	**Continuo e ingravescente**: dolore sordo o pulsante, indipendente dalla stimolazione salivare.
Localizzazione della tumefazione	Loggia sottomandibolare o regione parotidea; soffice o parenchimatosa, dolente alla palpazione bimanuale.	Processo alveolare, fornice vestibolare, pavimento orale o spazio sottolinguale/sottomandibolare (in base all'elemento dentale coinvolto).
Esame Intraorale	Ostio del dotto (Wharton o Stenone) edematoso/iperemico; possibile fuoriuscita di saliva torbida/pustolosa o apprezzabilità del calcolo al bimanuale.	Dente elemento causa dolente alla percussione (assiale/trasversale), discromico, mobile o con carie profonda/restauro incongruo. Tumefazione gengivale/mucosa.
Salivazione	Iposcialia, ascialia localizzata o saliva siero-purulenta alla spremitura ghiandolare.	Flussaggio salivare normale (salvo scialorrea riflessa antalgica).

Pur potendo presentarsi entrambe con tumefazione sottomandibolare/cervicale, dolore e trisma

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

Diagn

Parametro
Scatenante / T
Localizzazione
Esame Intraor
Salivazione

esentarsi
con
one
.are/cervi
e trisma



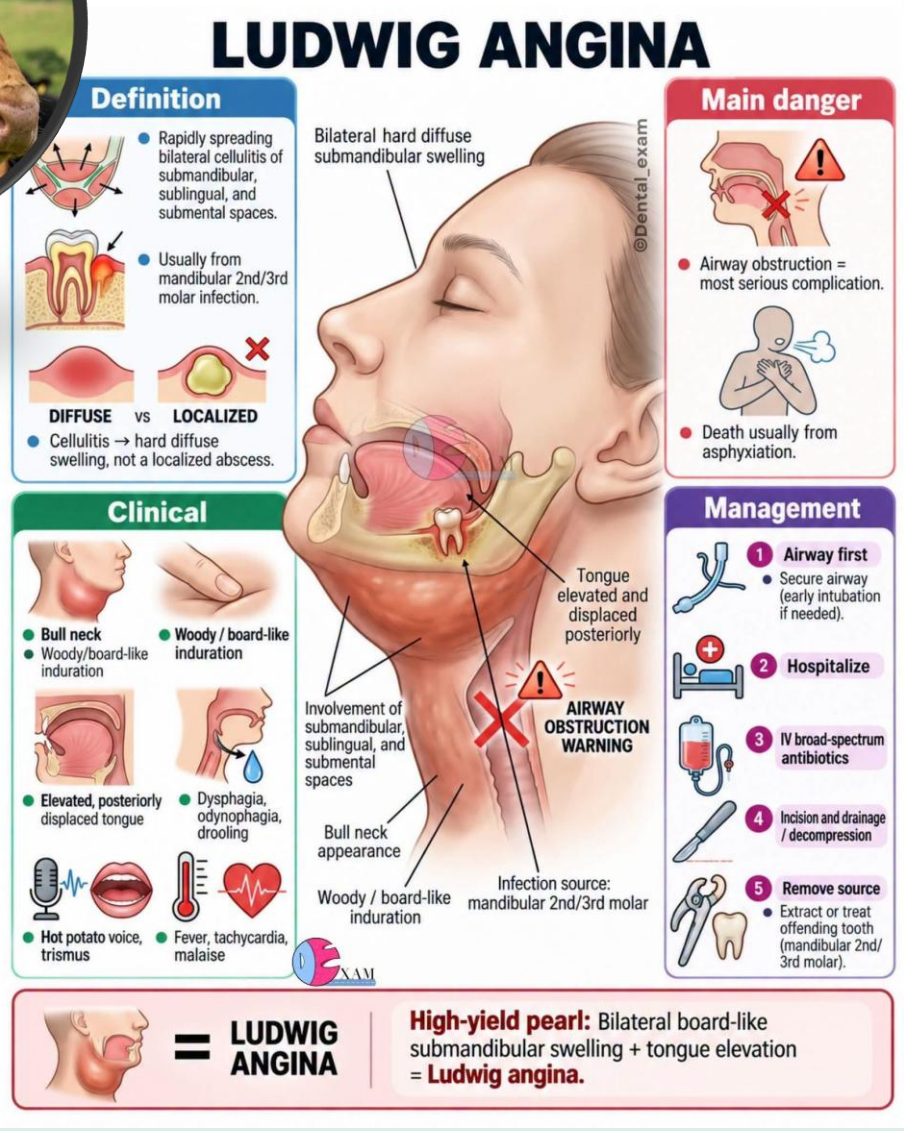
PATOLOGIE DELLE GHI[illegible]SALIVARI



Diagnosi differenziale con le infezioni dentali:

- Cellulite bilaterale a rapida diffusione che interessa gli spazi sottomandibolare, sottolinguale e sottomentale
- Solitamente originata da un'infezione del 2°/3° molare inferiore
- Cellulite → tumefazione diffusa e dura, non un ascesso localizzato
- Quadro clinico: "Collo taurino", Induramento ligneo, Lingua sollevata e dislocata posteriormente, Disfagia, odinofagia, scialorrea (ipersalivazione), Voce "a patata bollente" (hot potato voice), trisma, Febbre, tachicardia, malessere generale
- Rischio principale: Ostruzione delle vie aeree = la complicanza più grave, Decesso solitamente per asfissia
- Trattamento: Vie aeree al primo posto (mantenimento della pervietà) Ricovero ospedaliero, Antibiotici ad ampio spettro per via endovenosa (EV), Incisione e drenaggio / decompressione
- Rimozione della causa: estrazione o trattamento del dente responsabile

Tumefazione sottomandibolare bilaterale duro/lignea + sollevamento della lingua = **Angina di Ludwig**



PATOLOGIE DELLE GHI[illegible]SALIVARI

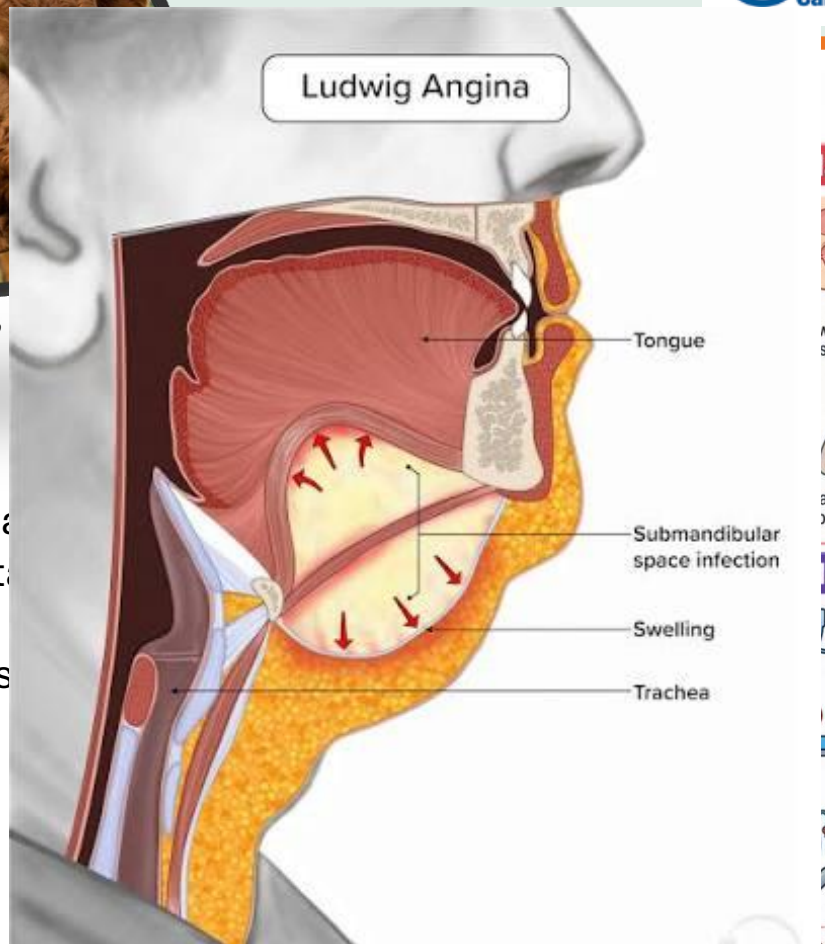
SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZ[illegible]

Dia[illegible]

- Cellul[illegible] sottol[illegible]
- Solita[illegible]
- Cellul[illegible]
- Quad[illegible] poste[illegible] boller[illegible]
- Risch[illegible] solita[illegible]
- Tratta[illegible] ospec[illegible] drena[illegible]
- Rimoz[illegible]









IMAGES IN CLINICAL MEDICINE

Ludwig's Angina

Authors: Jon Heavey, M.D., and Naren Gupta, M.D., Ph.D. Author Info & Affiliations

Published October 2, 2008 | N Engl J Med 2008;359:1501 | DOI: 10.1056/NEJMicm065036 | VOL. 359 NO. 14

Copyright © 2008

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

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

OTOLARYNGOLOGY REGGIO EMILIA

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

CALCOLOSI

Trattamento

- Terapia antibiotica: amoxiclav 875/125 mg ogni 8 ore per 7 gg.

- Negli allergici ai beta-lattamici: Spiramicina 1 cp ogni 12 ore per 7 gg; Levofloxacina 500 mg + metronidazolo 500 mg ogni 12 ore oppure Clindamicina 450 mg ogni 8 ore

- Terapia antinfiammatoria (FANS o Corticosteroidi)
- Dieta insipida o a basso contenuto di NaCl (evitare anche cibi amari, aspri o acidi) associata ad abbondante idratazione nella fase acuta.
- Impacchi caldo-umidi

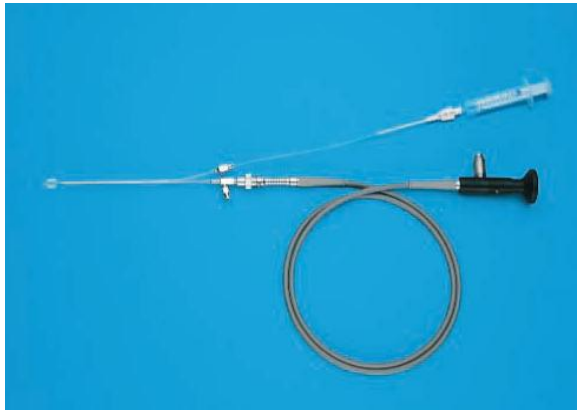
Se i calcoli sono piccoli possono essere espulsi spontaneamente.

Nei casi di calcoli di maggiori dimensioni è necessario **l'intervento chirurgico**:
- Marsupializzazione del dotto per i calcoli intraduttali del Wharton
- Scialoendoscopia terapeutica
- Scialoadenectomia completa (sottomandibolare) o parziale (parotide) nel caso di calcolosi intraparenchimale

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

SCIALOENDOSCOPIA

Tecnica mini-invasiva che consente, grazie ad un sistema ottico miniaturizzato, lo scialoendoscopio semi-rigido, di diagnosticare e trattare le patologie delle ghiandole salivari sotto visualizzazione diretta, può essere:



Scialoendoscopia diagnostica

Consente l'ispezione diretta dei dotti salivari, irrigazione con fisiologica o con farmaci, rimozione di mucous plugs.
Non ha un canale operativo.
Diametro 0,8 mm.

Scialoendoscopia operativa

E' un intervento che permette il trattamento mini-invasivo delle patologie dei dotti salivari, tramite un canale di lavoro. Può essere eseguita in anestesia locale o generale.
Diametro compreso tra 1,1 e 1,6 mm

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

SCIALOENDOSCOPIA

Indicazioni

- la scialoadenite ostruttiva litiasica sostenuta sia da veri e propri calcoli che si trovano nella porzione prossimale del dotto di Wharton e di Stenone, oppure da tappi di muco (mucous plugs).
- lo screening del sistema duttale per calcoli residui soprattutto nelle forme litiasiche ricorrenti;
- la scialoadenite causata da alterazioni duttali come stenosi (ad esempio di natura post-attinica) e/o curvature anomale (kinking);
- forme infiammatorie alitiasiche come quelle di natura autoimmune (sindrome di Sijogren o sindrome di Mikulitcz);
- tumefazioni ghiandolari senza cause apparenti.



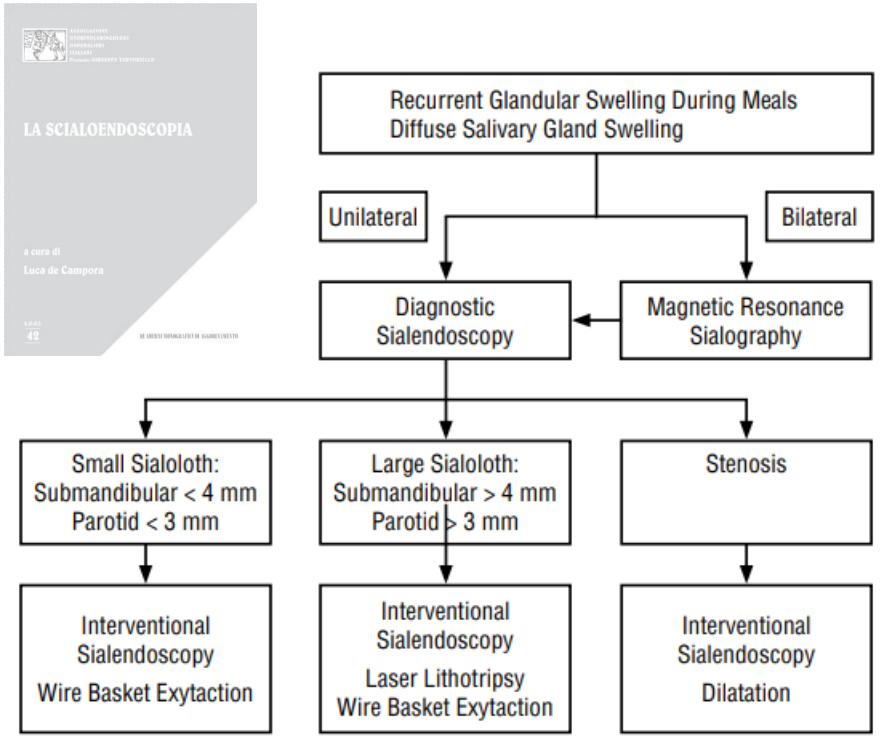


Fig. 1 [1] - ***Albero decisionale proposto da Marchal per il trattamento delle tumefazioni delle ghiandole salivari.***

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

SCIALOENDOSCOPIA

Controindicazioni

- paziente non collaborante;
- flogosi acuta della ghiandola, che comporta una maggior fragilità del sistema duttale con conseguente rischio di insuccesso e di perforazione del dotto;
- calcoli di dimensioni oltre 6/7 mm;
- la localizzazione extra duttale così come quella molto posteriore del calcolo a livello del terzo distale del dotto, che non consente di dominarlo con un approccio endoscopico esclusivo;
- litiasi multipla e impietramento duttale;
- stenosi serrate che impediscono la progressione dello strumento e le necessarie dilatazioni;
- fibrosi ghiandolare.



Litotrissia laser intracorporea

Laser a Olmio (Holmium-Yag laser) di cui si può regolare sia la potenza (da 1 a 40 Watt in base alla consistenza del calcolo) che la specifica modalità di azione (ad es. “pulsato”). La fibra laser viene inserita nel canale operativo, sempre utilizzata a contatto con il calcolo (evitando quindi di indirizzarla contro la parete del dotto) e sotto irrigazione continua per ridurre la dispersione di calore e il potenziale danno termico.

Utile per frantumare calcoli di 3-6 mm di difficile estrazione.

Complicanze (3%)

Perforazione del dotto salivare, lo scialocele, le stenosi tardive, la rottura intraluminale del cestello, e l’edema del pavimento orale e la parestesia linguale per quanto riguarda le procedure a carico della ghiandola sottomandibolare.

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PAROTITE EPIDEMICA

Sostenuta da Paramyxovirus (tropismo ghiandolare e nervoso)
Incubazione di 20 giorni
coinvolgimento parotideo bilaterale nel 90% casi (nel giro di 3 giorni dalla manifestazione unilaterale).



CLINICA:

- Esordio brusco
- Febbre moderata e brividi
- Otalgia esacerbata dalla masticazione
- Tumefazione parotidea di consistenza parenchimatosa
- Iposalivazione chiara
- Arrossamento periostiale a livello dello sbocco del dotto di Stenone

«ORECCHIONI»: La tumefazione parotidea, molto sensibile, colma la depressione retromandibolare e solleva il lobo dell'orecchio.

L'interessamento delle ghiandole sottomandibolari e sublinguali è possibile nel 10% dei casi.

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

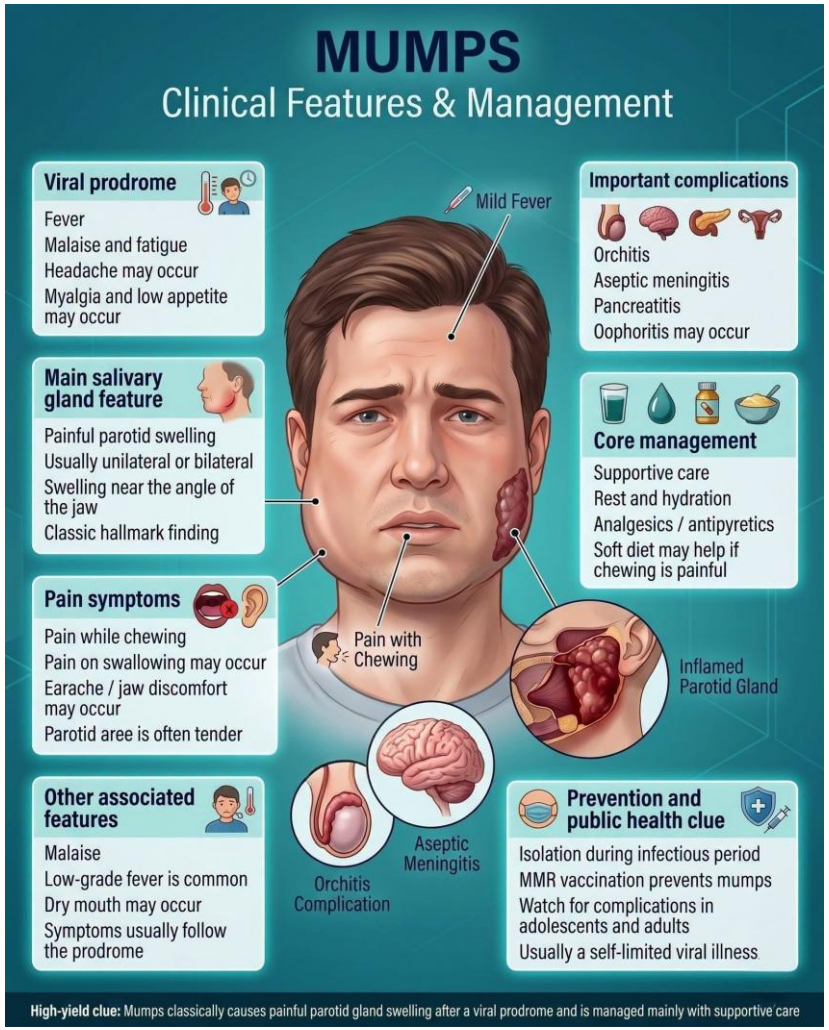
PAROTITE EPIDEMICA

COMPLICAZIONI:

- Possibile Orchite (2/1000), Pancreatite (0,4/1000)
- Rarissime Ooforite, Mastite e Tiroidite
- La meningite linfocitaria acuta, spesso infraclinica, è la più frequente (16%) delle localizzazioni neuromeningee, molto più dell'encefalite (0,5/1000) e dell'interessamento dei nervi cranici (0,1/1000) tipo sordità mono- o bilaterale, ancora più raramente di cecità per neurite ottica o paralisi faciale.

DIAGNOSI essenzialmente clinica

- Iperamilasemia
- Neutropenia
- L'isolamento del virus parotitico nella saliva, al termine di 8 giorni, conferma la diagnosi.
- Può essere realizzata la sierodiagnosi su due prelievi a 10 giorni di intervallo, con ricerca di IgM.



https://www.facebook.com/share/1EjS9bA4y9/?mibextid=wwXIfr

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PAROTITE EPIDEMICA

TERAPIA:

- Sintomatica: antipiretici e FANS (NO CORTISONICI!)
- Adeguata idratazione, riposo a letto, cure orali
- Profilassi con Vaccino

Nel soggetto immunodepresso e nella donna gravida sono consigliate le gammaglobuline specifiche alla dose di 0,3 mL kg–1 in un'iniezione intramuscolare.

OBBLIGATORIO l'allontanamento dalla scuola per 15 gg!



Vaccinazione anti Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella (MPRV)

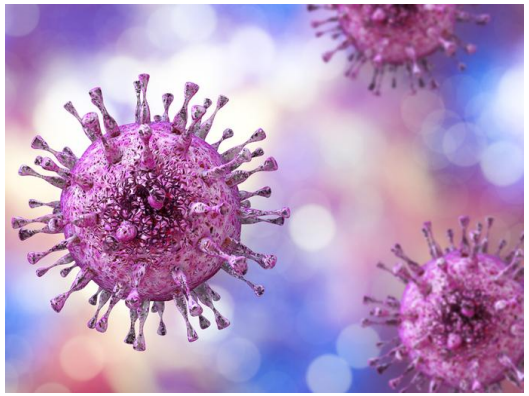
- prima dose di quadrivalente MPRV, oppure tramite vaccino trivalente MPR e monovalente varicella, a 12 mesi di vita, in co-somministrazione con il vaccino MenACWY.
- Seconda dose di **vaccino quadrivalente MPRV/MPR+V** al compimento del 5° anno di età

In Italia, il vaccino MPR (morbillo-parotite-rosolia) è reso **obbligatorio** per i minori di età compresa tra 0 e 16 anni dal decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2017 (convertito con modifiche dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017)

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PAROTITI VIRALI

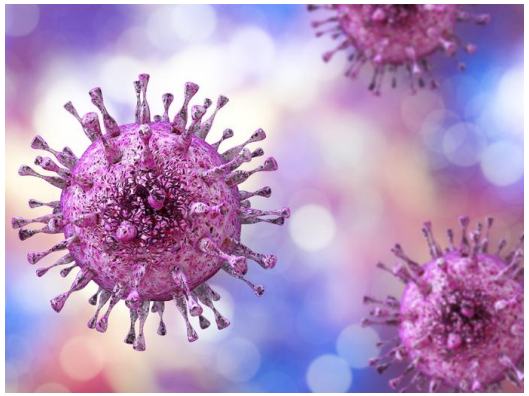
- **Citomegalovirus (CMV)**
- è quasi sempre inapparente (50-80% degli adulti presenterebbe una sieroreazione positiva).
- Rara, colpisce per riattivazione virale la donna incinta e i pazienti gravemente debilitati da farmaci immunosoppressori, leucemia o cancro in fase terminale.
- La lesione parotidea è più frequente nel bambino, mentre riguarda più spesso la ghiandola sottomandibolare nell'adulto.
- La diagnosi si basa sull'individuazione di inclusioni cellulari intranucleari caratteristiche nella saliva, nelle urine e nelle feci.
- Gli esami sierologici sono utili esclusivamente per la diagnosi di infezione primaria con sieroconversione e messa in evidenza di IgM specifiche, mentre la diagnosi sierologica non ha nessun interesse in occasione di riattivazioni del CMV.



- La faringite vescicolosa dell'herpangina (**virus coxsackie A**) può associarsi a una parotite mono- o bilaterale.
- **Echovirus**.
- Le infezioni da virus dell'influenza (**Influenza A**), della mononucleosi infettiva (**EBV**) e **virus della coriomeningite linfocitaria** possono associarsi a una parotite subacuta.

PAROTITI VIRALI

Altre forme virologiche. Sono state segnalate infiltrazioni salivari con **l'HIV di tipo 2** (Africa occidentale) e il **virus HTLV1**, riscontrato in Giappone, in Africa centrale e nei Caraibi e responsabile di **leucemia-linfoma T** e di **paraparesi spastica tropicale**.



Virus dell'epatite C

Il virus dell'epatite C si accompagna a sindrome secca e a manifestazioni autoimmuni, che possono mimare una sindrome di Sjögren

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI



HIV

Le manifestazioni ORL nei pazienti HIV+ hanno una prevalenza dell'80%.
Le manifestazioni coinvolgono soprattutto il cavo orale, il distretto naso sinusale, i linfonodi del collo, le ghiandole salivari e in minor misura il distretto otologico.

Diversi quadri patologici possono caratterizzare le fasi specifiche della malattia a seconda soprattutto dei livelli plasmatici di CD4 e di conseguenza delle difese immunitarie del paziente.

- Tipicamente nelle fasi precoci della malattia tipica è la linfoadenopatia cervicale persistente e l'eritema gengivale lineare.

- Nella fase intermedia si possono manifestare tipicamente la hairy leucoplachia, il mughetto orofaringeo e le **cisti linfoepiteliali a livello della ghiandola parotidea**.

- Nella fasi avanzate di AIDS conclamato, ovvero con una conta cellulare < 200 tipiche sono le manifestazioni più aggressive tipo sarcome di Kaposi e i linfomi, la parodontite necrotizzante e le infezioni diffuse.



PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI



HIV

Nei pazienti HIV+ frequente è il coinvolgimento della ghiandola parotidea sia per quadri di **xerostomia** molto spesso iatrogena sia per le presenza di lesioni benigne, chiamate **BLEC = benign lymphoepithelial cyst**. Si tratta di cisti delle ghiandole salivari, lesioni nodulari pseudotumorali, di cui più frequentemente della ghiandola parotidea, associate a linfoadenopatie circostanti e sono abbastanza patognomoniche dell'infezione da HIV.



Si pensa che siano legate ad una proliferazione linfatica che causa ostruzione dei dotti e successivamente dilatazione. Le lesioni sono molto spesso multiple e bilaterali e possono diventare anche molto voluminose.

La diagnosi si basa sempre su imaging e FNAC per escludere la presenza di malignità, oltre che alla positività del test HIV.

Diagnosi differenziale. Si deve escludere una localizzazione infettiva (in particolare da micobatterio atipico, citomegalovirus o criptococco) o un linfoma non Hodgkin, o il tumore di Warthin.

Il trattamento di solito è basato sulla terapia antiretrovirale che ha alti tassi di guarigione; l'intervento chirurgico si è visto è associato ad un aumento di recidiva soprattutto se enucleazione semplice.

Rojas, R. (2003). Parotid Gland Lymphoepithelial Cysts in HIV Infection. Ear, Nose & Throat Journal. https://doi.org/10.1177/014556130308200107

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

SCIALOADENITE ACUTA BATTERICA

Scialoadenite acuta suppurativa, rappresenta la causa più frequente, a carico principalmente dalla ghiandola parotidea; eziologia S. aureus, S. pyogenes, viridans, H. influenzae, più raramente pneumoniae e colibacilli.

Comparsa brutale, con un dolore improvviso, o graduale, come una sensazione di tensione dolorosa.

Diagnosi:

- Tumefazione parotidea con cute sovrastante infiammata, contemporanea a un'alterazione marcata dello stato generale.
- Una saliva purulenta sgorga dall'ostio del dotto di Stenone che è rosso e turgido.
- Paralisi facciale rara, ma può essere osservata.
- L'infezione, in assenza di terapia adeguata, evolve verso la suppurazione, talvolta con fistolizzazione cutanea.







Tampone microbiologico sempre!

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

SCIALOADENITE ACUTA BATTERICA





Esami strumentali:

- Ecografia
- TC
- RMN

Trattamento indicato:

- Amoxiclav 875/125 mg ogni 8 ore

- Negli allergici ai beta-lattamici: Spiramicina 1 cp ogni 12 ore; Levofloxacina 500 mg + metronidazolo 500 mg ogni 12 ore oppure Clindamicina 450 mg ogni 8 ore

Possibile oral stepdown al miglioramento delle condizioni cliniche; durata complessiva 10-14 giorni.

- Antipiretici e antidolorifici
- Igiene Orale

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

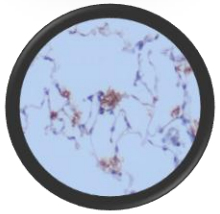
SCIALOADENITE CRONICA

Solo le crisi acute, dove il dolore resta in genere moderato, richiedono una terapia antibiotica per via generale.
Sono per lo più esiti di ripetuti eventi flogistici (ritenzione salivare ripetuti, di parotiti recidivanti del bambino che perdurano oltre la pubertà, di sialoadeniti autoimmuni) che provocano una tumefazione ghiandolare dolorosa che, negli anni, può esitare in una **scleroatrofia ghiandolare:** Alcuni nuclei residui di parotite cronica possono assumere un aspetto pseudotumorale e richiedere una parotidectomia a scopo diagnostico e terapeutico.

Terapia medica delle riacutizzazioni. La prevenzione delle recidive si basa sui lavaggi canalari regolari con semplici soluzioni saline, alle quali è possibile aggiungere antibiotici della famiglia delle penicilline



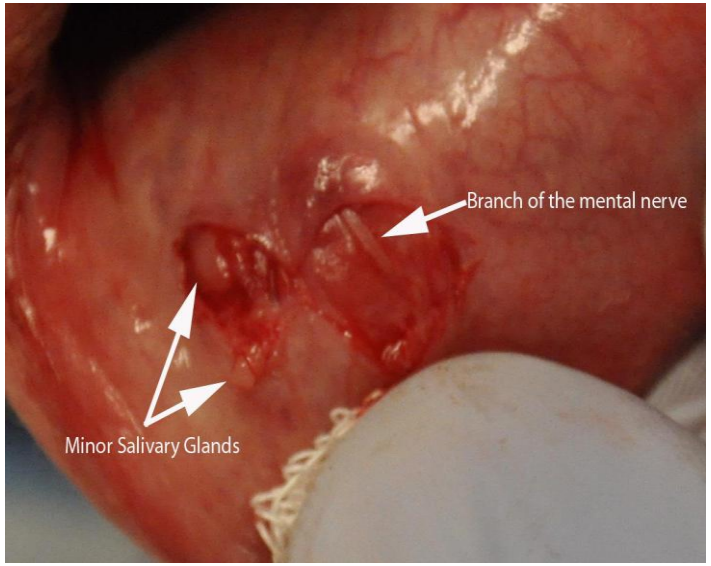
- Granulomatose:
TBC, Actinomicosi (A. Israeli, oltre ad A. Bovis e naeslundi), concorrono spesso forme di debilitazione generale, di immunosoppressione e/o di cattiva igiene orale o microtraumi ripetuti.
Nodulo pretragico, che subisce un rammollimento caseoso del contenuto centrale e che può evolvere verso una fistolizzazione cutanea.
Terapia antitubercolare per 6-18 mesi. In caso di noduli residuali può essere necessaria una parotidectomia.



- Sifilitiche: Eccezionali, si presentano come una tumefazione infiammatoria bilaterale della ghiandola parotide o sottomandibolare poco sintomatica fino a che non si verifica una sovrainfezione batterica.

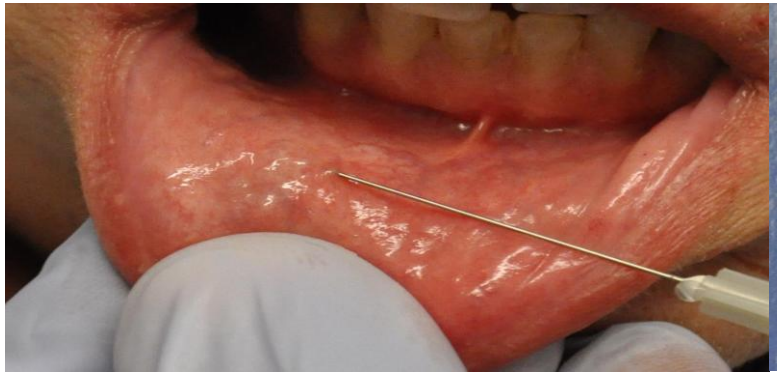
SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

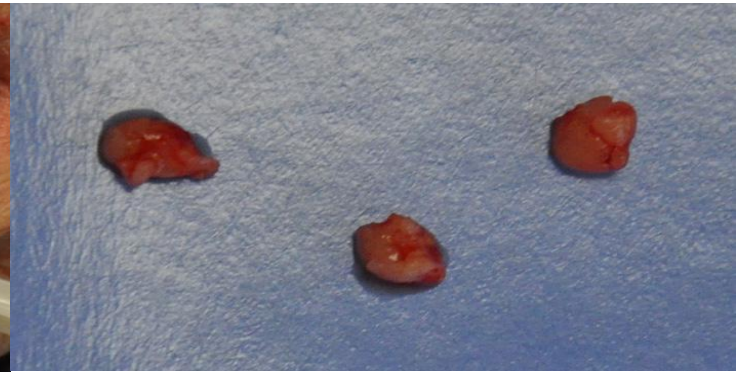
SINDROME DI SJOGREN



E' una patologia autoimmunitaria a lenta evoluzione, che colpisce le ghiandole salivari e quelle lacrimali.

Primaria: nessun altra patologia associata.
Secondaria: sintomi associati ad artrite reumatoide o altre malattie del collagene
CLINICA: XEROSTOMIA E XEROFTALMIA!
DIAGNOSI: biopsia delle ghiandole salivari minori +dosaggio degli anticorpi Anti-Ro (SSA) e Anti-La (SSB)





ISTOLOGIA: quadro di scialoadenosi iniziale in cui le cellule secernenti sono sostituite da un infiltrato flogistico costituito da elementi linfoidi. Col tempo il parenchima ghiandolare viene completamente distrutto e sostituito da elementi parvi-rotondocellulari

PATOLOGIE NON NEOPLASTICHE

Malattie Endocrine e Metaboliche:

Ipertrofia Benigna

Alterazioni tiroidee: Disfunzioni ghiandolari correlate

Diabete: Scialosi diabetica e modificazioni strutturali

Alcolismo e cirrosi: Stadi iniziali di coinvolgimento parenchimale

Endocrinopatie: Squilibri sistemici ormonali

Atrofia Benigna

Metaplasia adiposa: Sostituzione fibro-adiposa del tessuto

Metaplasia da menopausa: Involuzione ormono-dipendente

Malnutrizione: Deficit nutrizionali e proteici

Parotite gozzigena: Quadri atrofico-degenerativi

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PATOLOGIE NON NEOPLASTICHE

Forme Traumatiche, Congenite e Cistiche:

Malattie Traumatiche

- Traumi esterni/interni
- Contusione
- Lacerazione

Malattie Congenite

- Cisti dermoidi
- Alterazione archi e tasche branchiali

Cisti Acquisite

- **Ostruttive:** Stenosi e calcoli
- **Traumatiche:** Lesioni duttali
- **Nei soffiatori di vetro:** Microtraumi pressori
- **Parassitiche:** Localizzazioni rare

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

MUCOCELI



Localizzato al labbro inferiore in più del 50% dei casi
piccola tumefazione arrotondata azzurrognola, che evolve fino a che un trauma lo svuota del suo contenuto, quindi si ricostituisce lentamente fino al trauma seguente.

Sulla faccia ventrale della lingua, queste cisti portano il nome di cisti di Blandin-Nuhn e derivano dall'accumulo di muco nel tessuto connettivo, in seguito al trauma meccanico di una ghiandola salivare accessoria per morsicatura



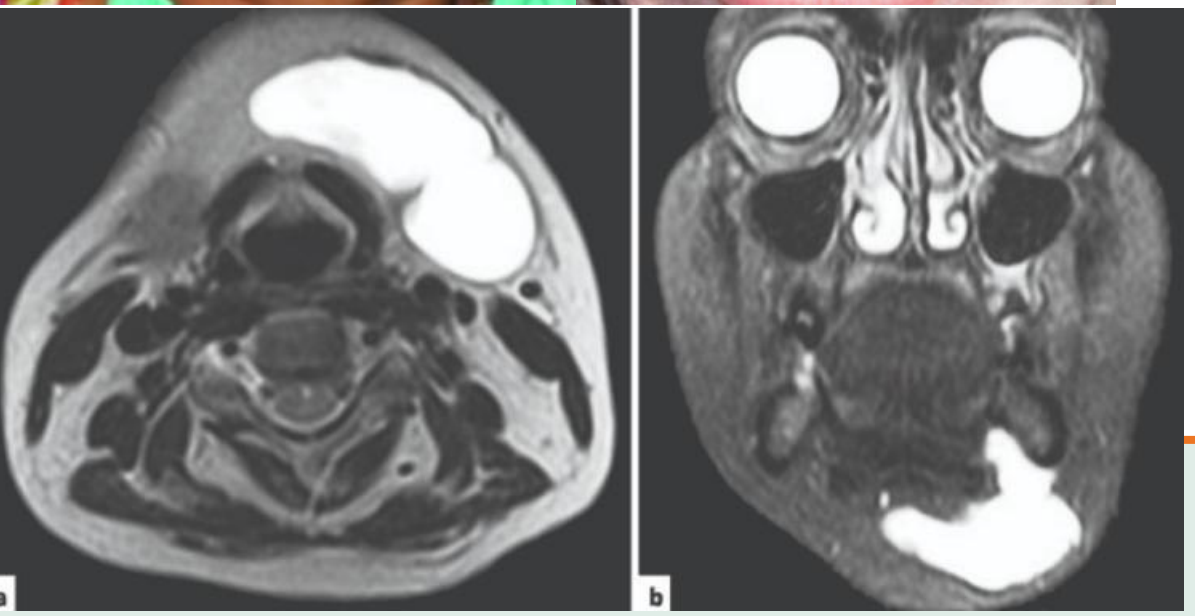
PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI

RANULE

Nilesh K, Malik NA, Patil P, Chapi MD. Large Plunging Ranula Presenting as Isolated Neck Swelling: Steps in Diagnosis and Surgical Steps in Management. J Clin Diagn Res. 2015 Jun;9(6):MD01-3. doi: 10.7860/JCDR/2015/12419.6016. Epub 2015 Jun 1. PMID: 26266141; PMCID: PMC4525530.







Benigna, molle, il più delle volte monolaterale, essa può insorgere a qualsiasi età. Si sviluppa a partire dalla ghiandola sublinguale, poggiando sul muscolo milo-ioideo, ma può estendersi a clessidra alla loggia sottomandibolare.
L'exeresi completa è il migliore iter terapeutico, ma talvolta ci si deve accontentare di una semplice marsupializzazione.

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**
Nodulo indolore, tumefazione persistente > 3-4 settimane, Red Flags	Neoplasia Salivare (Benigna/Maligna)	**Ecografia e INVIO RAPIDO SPECIALISTICO ORL**

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI: RICONOSCERE, TRATTARE, INVIARE

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

Complications after surgery for benign parotid gland tumors

Depending on the extent of the procedure:

- partial superficial parotidectomy
- ECD
- superficial parotidectomy
- extended parotidectomy

Facial palsy rate was +/- 20% on the first postoperative day and +/- 1,0% at 12 months.

Frey syndrom

Sialocoele

Salivary Fistula