

Sialografía convencional, una técnica vintage que debemos conocer.

Teresa Guijo Hernandez, Jose Antonio Pardo Pazos, Ana Andueza Urdangarín, Ildelfonso Muñoz Alcántara.

H.U. Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivo docente:

Conocer las indicaciones actuales de la sialografía convencional, técnica de realización y repasar los hallazgos en imagen en las principales patologías.

Revisión del tema:

La sialografía por RM ha desplazado en muchos casos a la sialografía convencional.

No obstante esta técnica mantiene su vigencia en la valoración de los ductos de glándulas parótida y submaxilar, en pacientes con contraindicación para la RM o limitación por presencia de ortesis dental que generan artefactos de susceptibilidad magnética, en aquellos con alta sospecha de litiasis no visualizable en RM, planificación quirúrgica y estudio de fistulas.

Su resolución espacial es mayor, permitiendo la valoración de ramificaciones distales no accesibles a sialo-RM.

Sialografía



Sialo-RM



Mejor valoración ductos	Mejor valoración glándula
Radiación ionizante	Artefactos por ortesis dental
Técnica invasiva	Disponibilidad RM
Alergia a contrastes yodados	-----
Tratamiento	-----
Resolución espacial / Planificación quirúrgica	-----

Indicaciones:

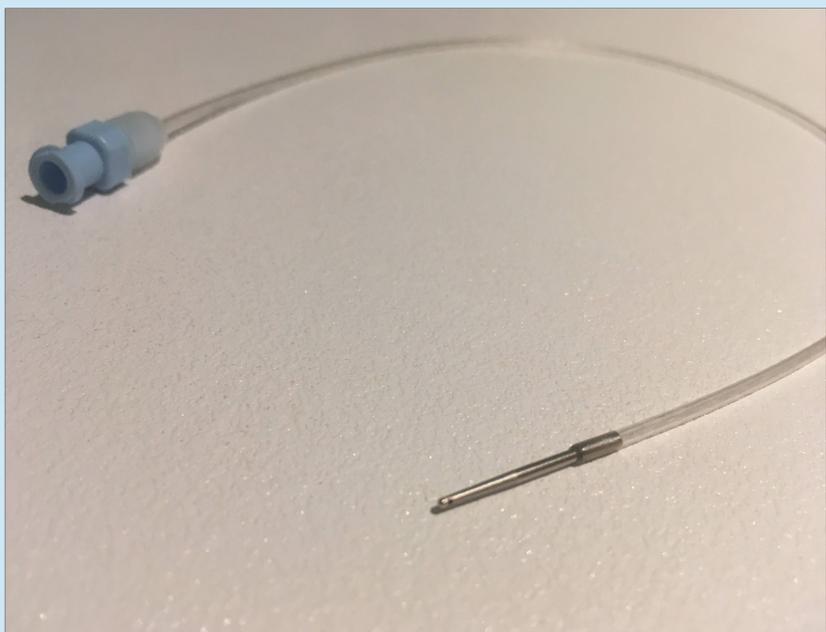
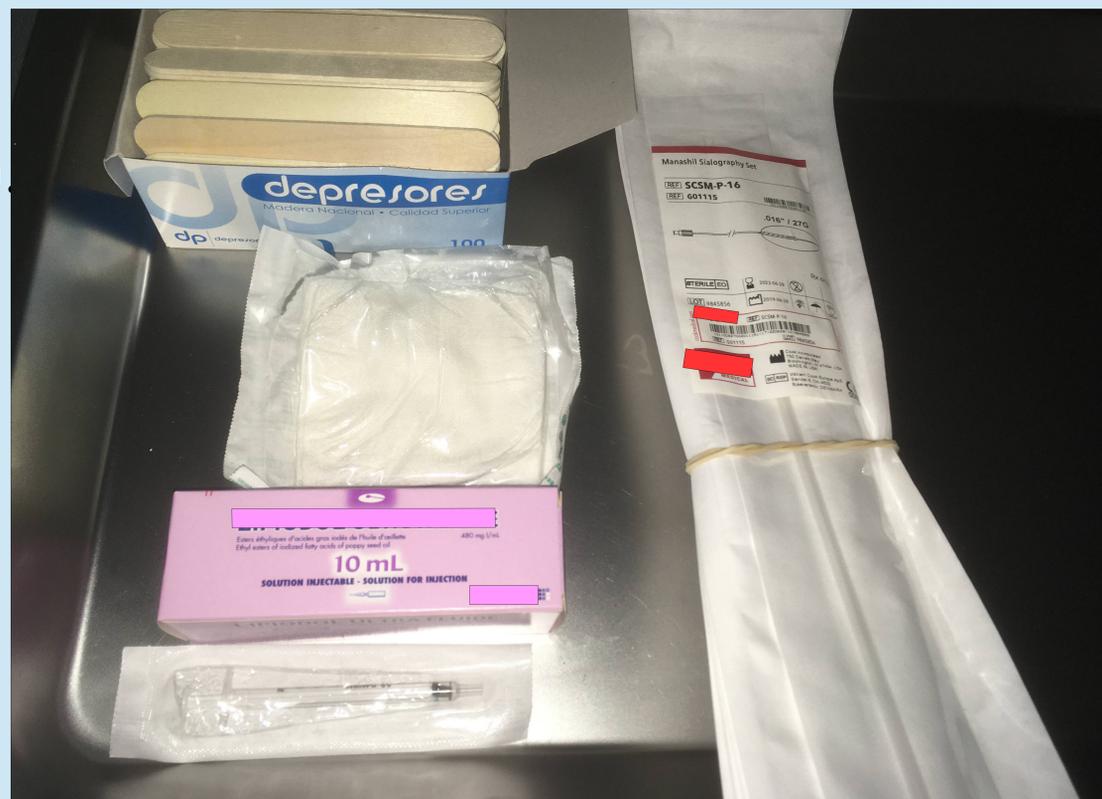
- Patología obstructiva canalicular: sialolitiasis, diagnóstico y tratamiento de tapones mucosos y estenosis.
- Sialodенitis crónica.
- Quistes.
- Fistulas.
- Planificación quirúrgica.

Contraindicaciones:

- Alergia a contrastes yodados.
- Infección activa.

Material:

- Cánula 21 / 27 G (Stenon / Wharton).
- Jeringuilla 1ml.
- Guantes estériles.
- Enjuague antiséptico.
- Medio de contraste.
- Depresor.
- Gasas.
- Jugo de limón.



Cánula

Contrastes:

- Acuosos: Fácilmente reabsorbidos.
- Oleosos: Más radioopacos.

Técnica:

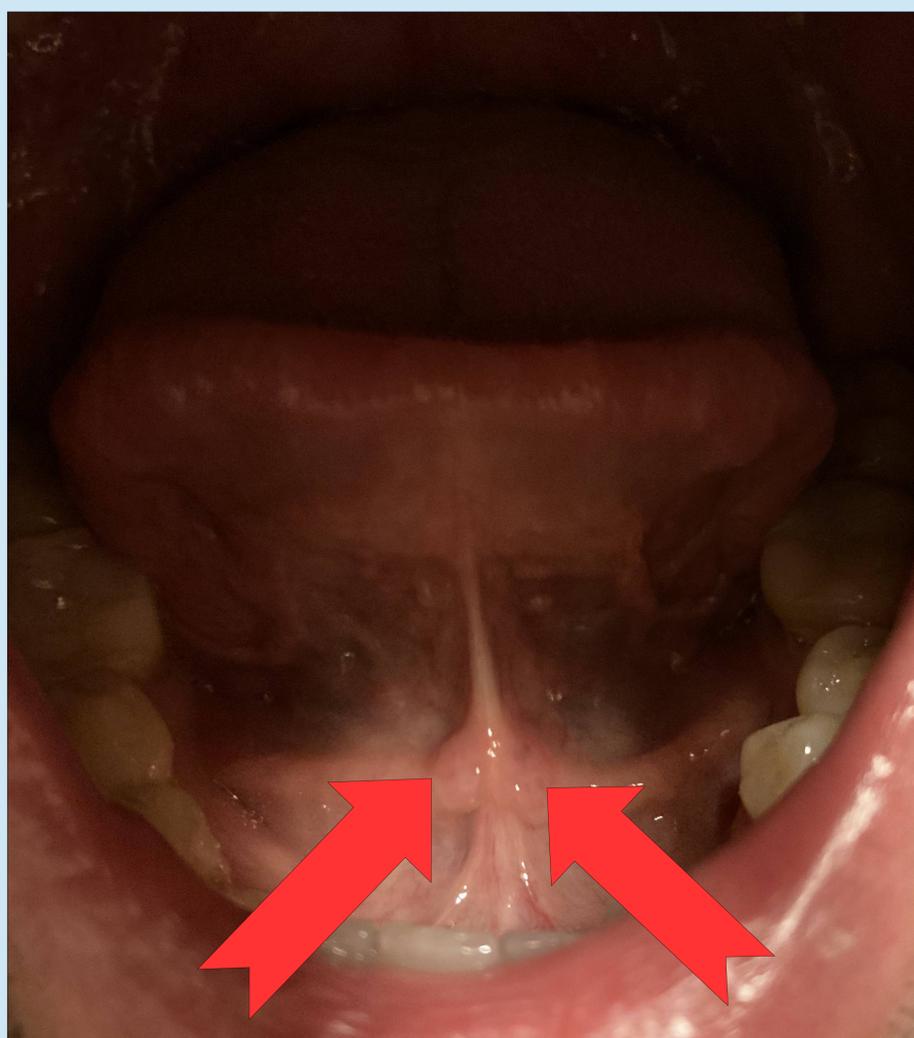
1.Proyecciones previas: AP, lateral, lateral oblicua (L-O), subaxial.



2. Enjuague con solución antiséptica.
3. Enjuague con jugo de limón (estímulo glandular).
4. Localización carúnculas con ayuda de depresor o presión digital.
5. Canalización de carúncula.



La presión sobre mucosa yugal y mejilla provocan la secreción, ayudando a la localización de la carúncula del conducto de Stenon.



Carúnculas de los conductos de Warton

6. Inyección de 1-2 ml de contraste previo purgado de la cánula.

7. Proyecciones con contraste.



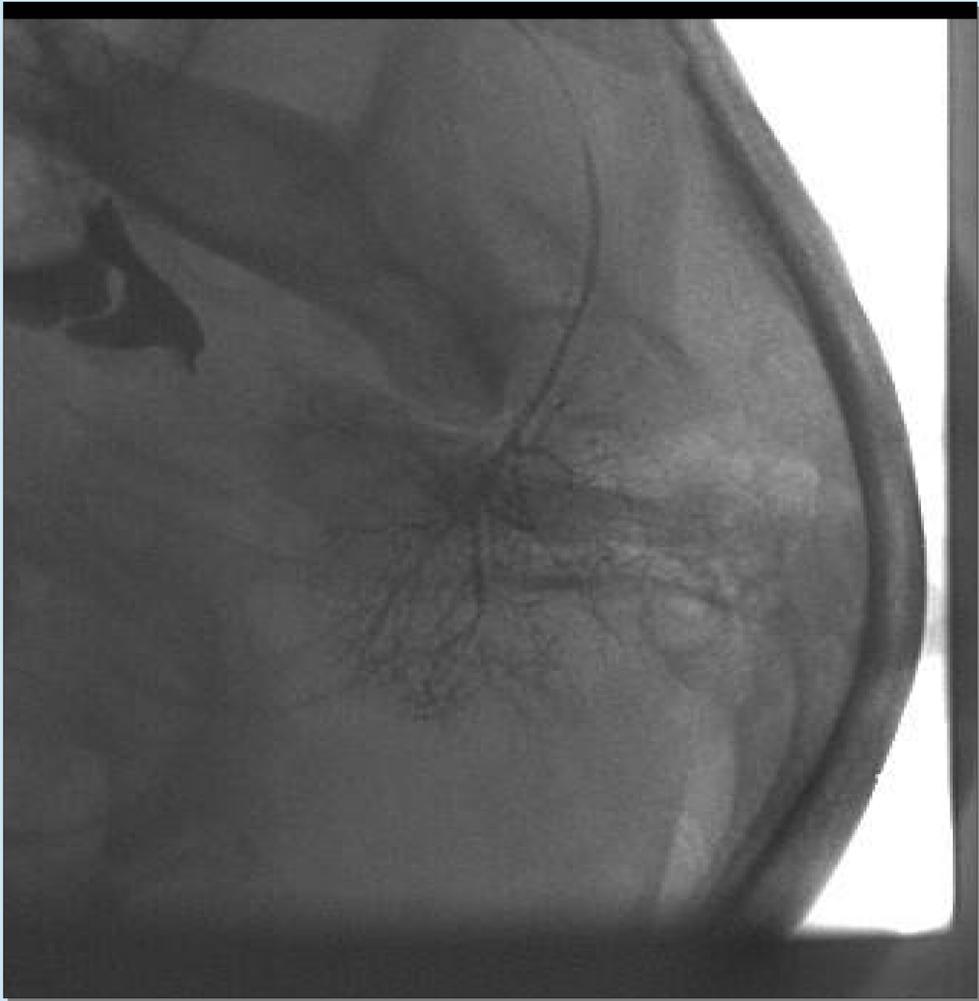
Parótida AP



Parótida lateral



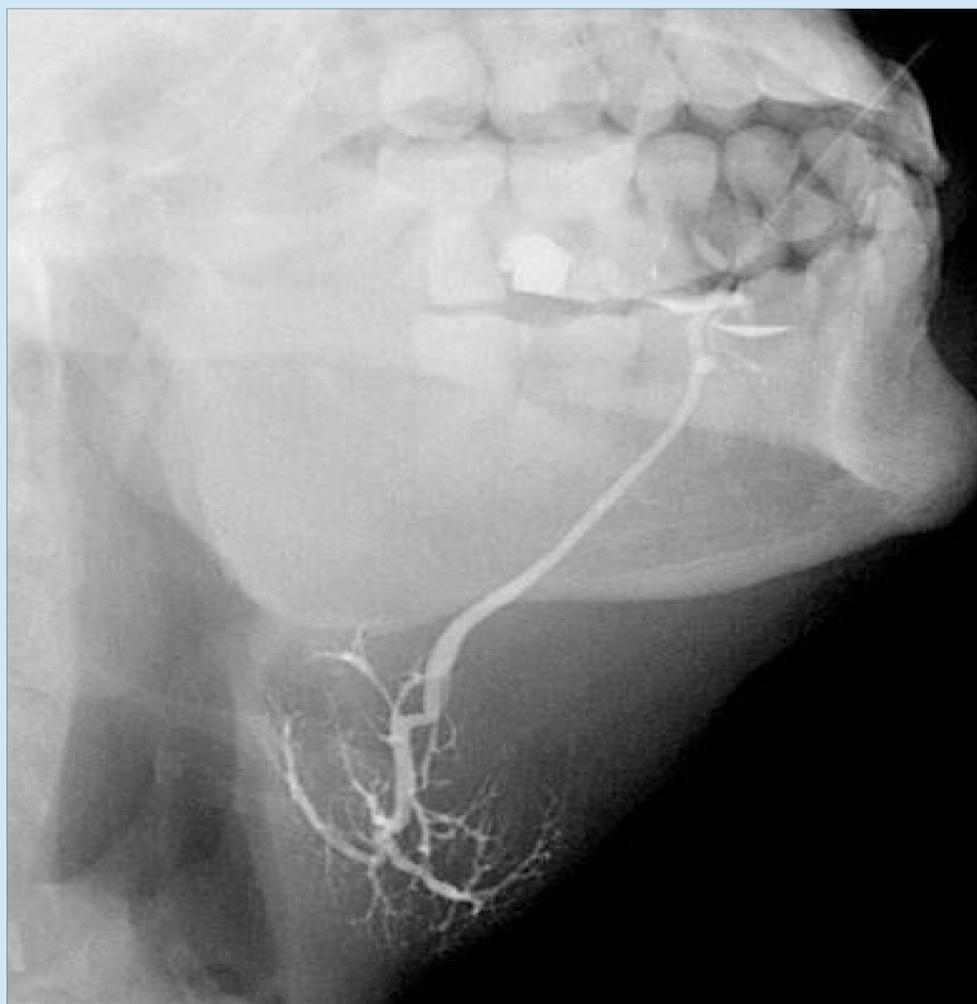
Parótida L-O



Submaxilar subaxial



Submaxilar L-O



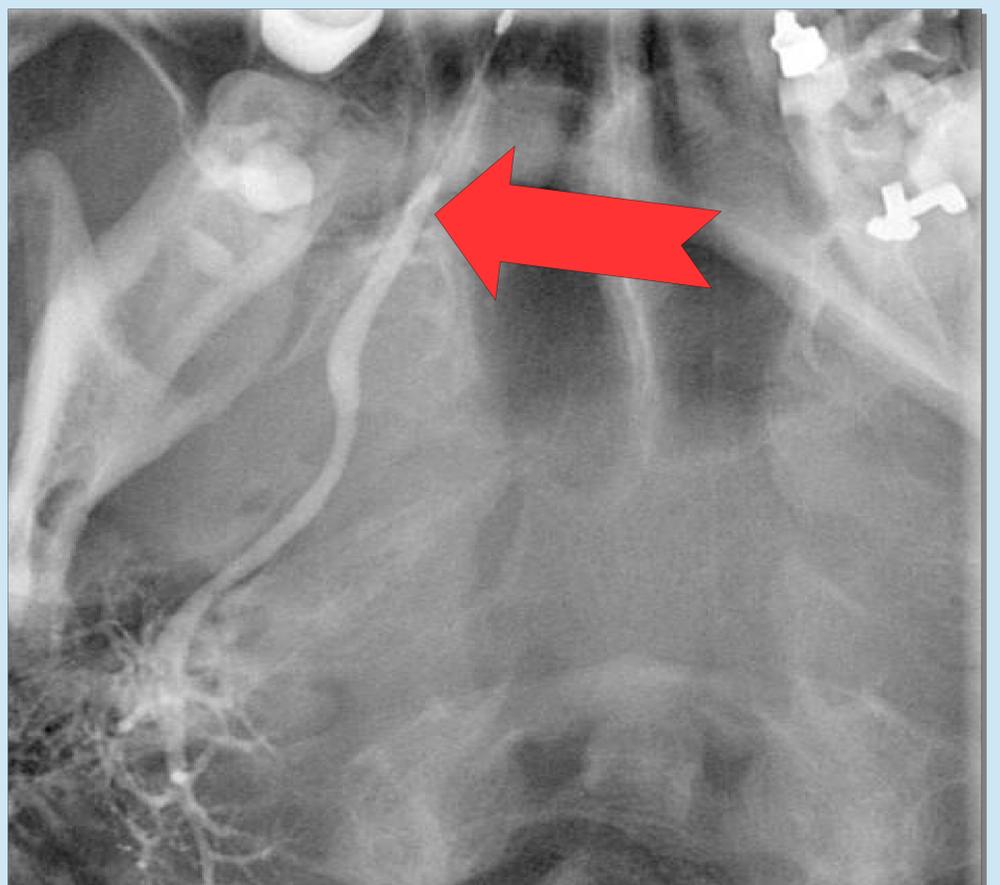
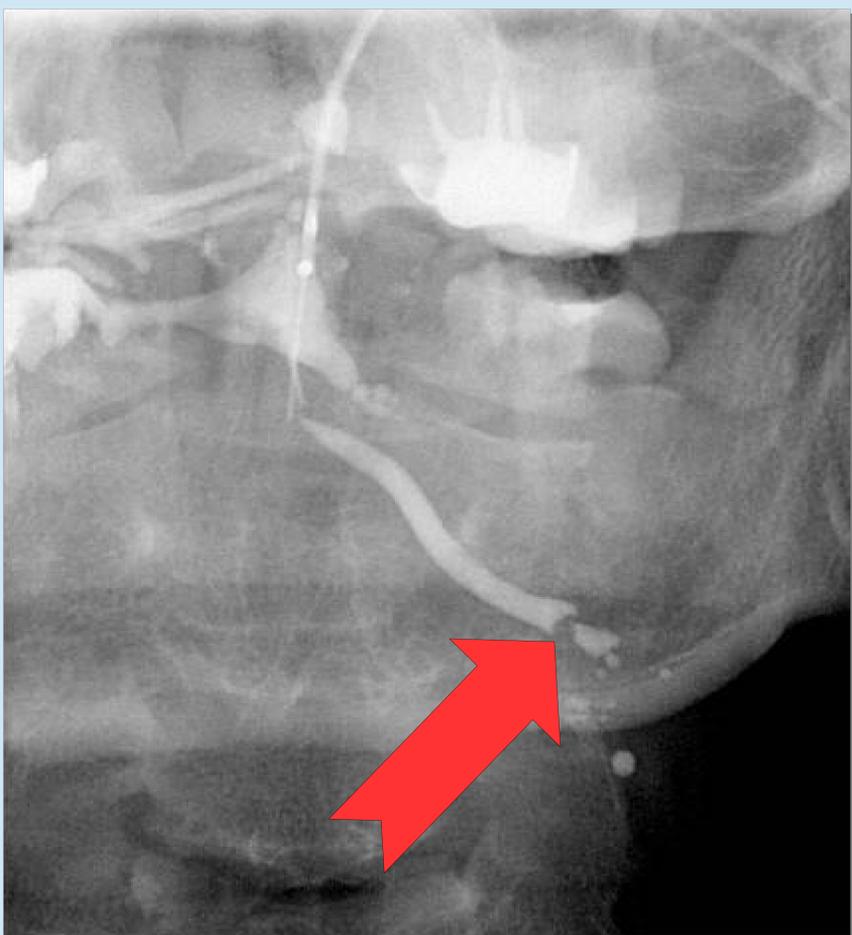
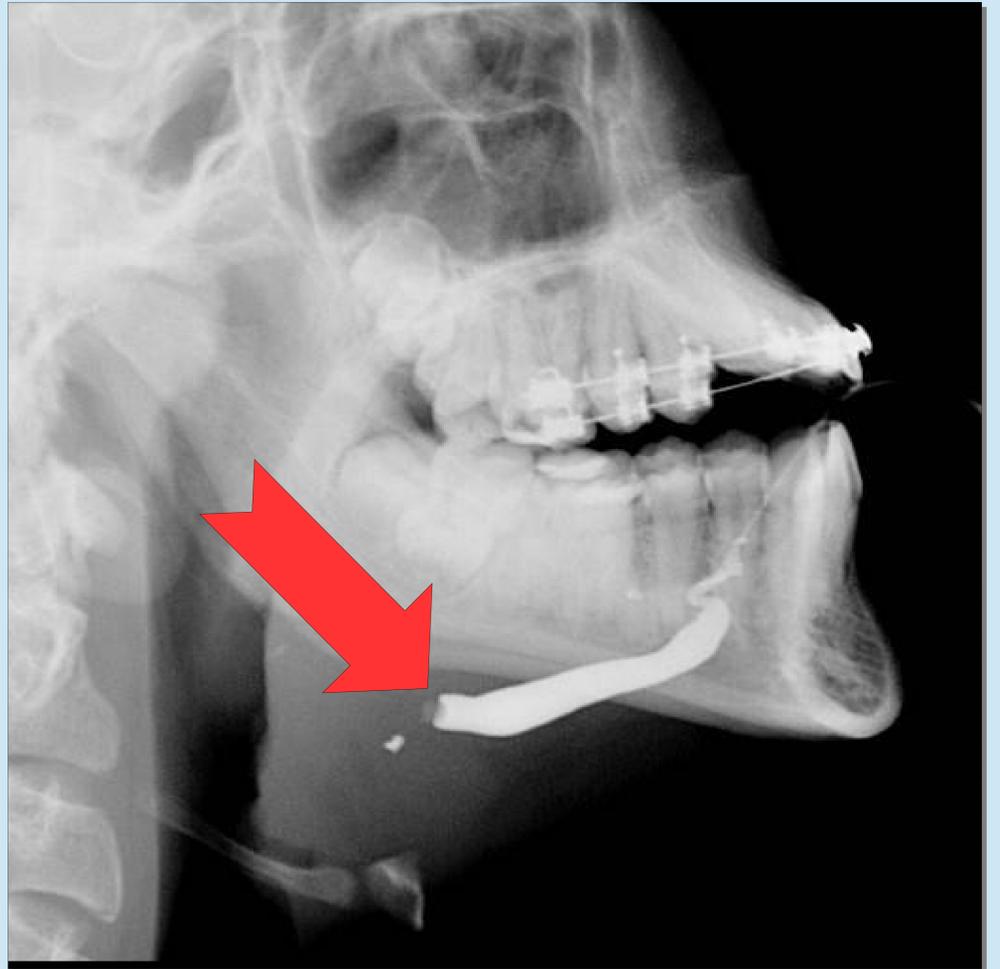
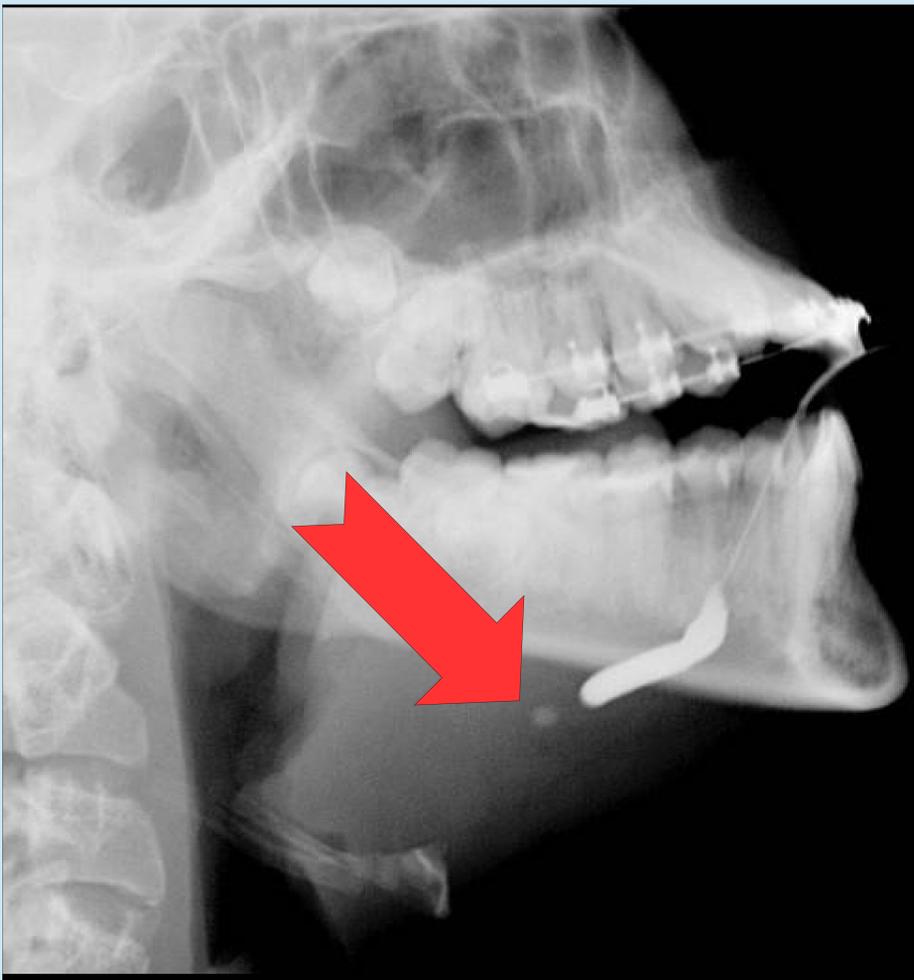
Submaxilar L-O

Hallazgos patológicos:

I.Sialolitiasis:

- 80-90% en glándula submaxilar, conducto de Wharton, debido a una secreción mas viscosa.
- Predilección en hombres.
- Clínica: Inflamación y dolor durante la ingesta.
- Predispone a infecciones (sialoadenitis).
- Radioopacidad variable. Buscar defectos de replección.

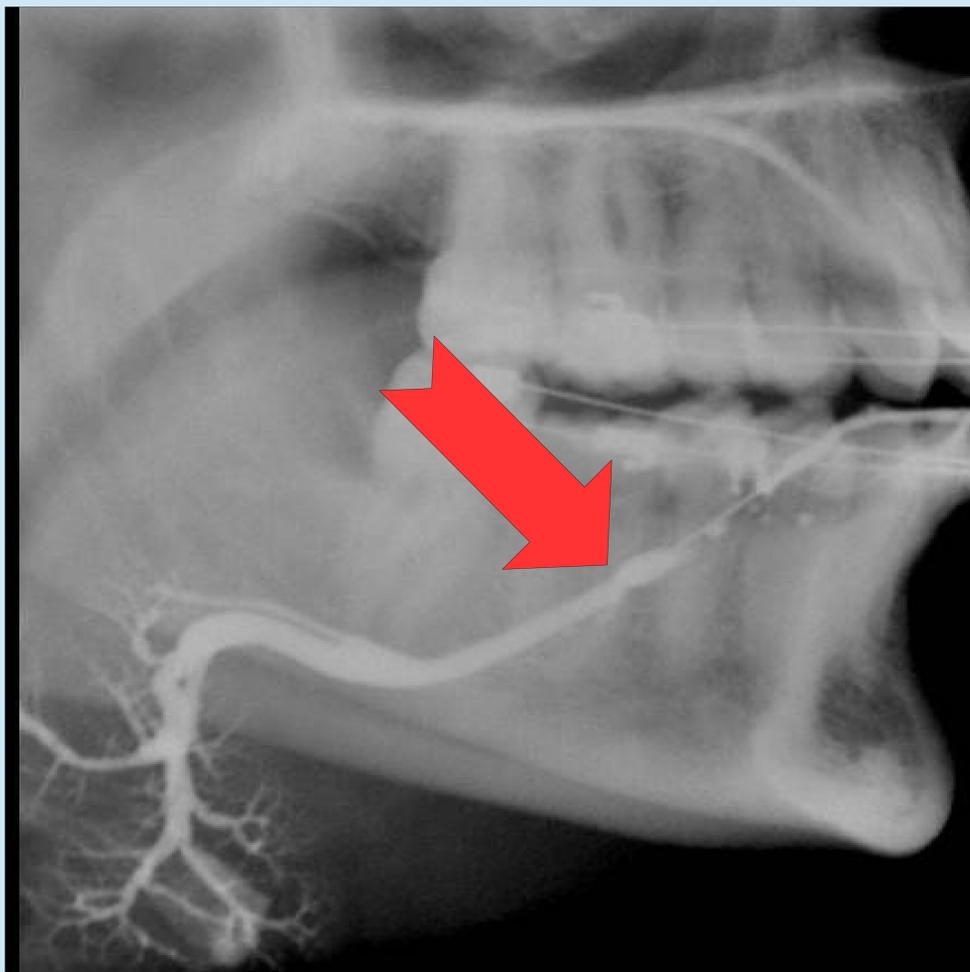
Sialolitiasis submaxilar



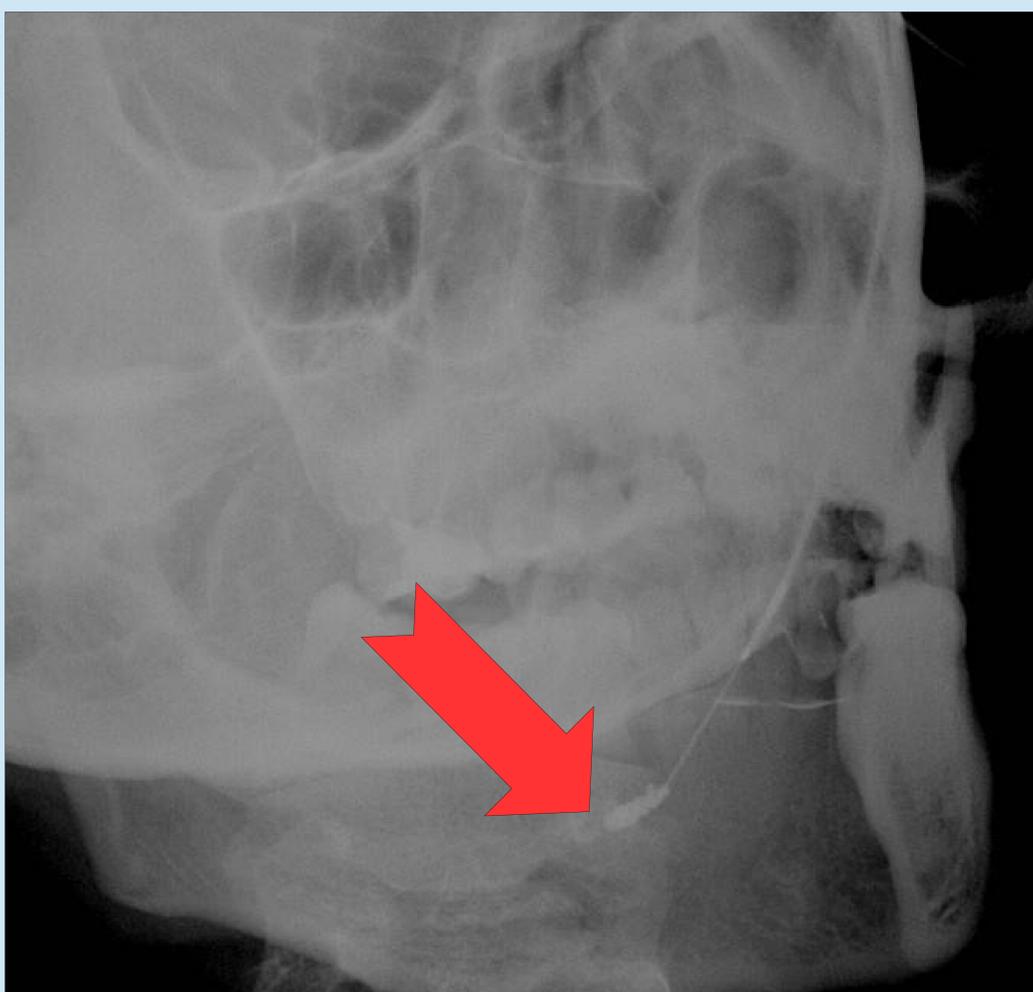
Hallazgos patológicos:

II. Estenosis:

- Disminución del calibre del conducto salival.
- Predispone a sialolitiasis.
- Etiología: inflamaciones recurrentes, congénitas, tumorales.
- Hallazgos: Replección incompleta del conducto, focal.
- Defectos de replección o interrupción del conducto con desplazamiento y bordes irregulares, orientan a patología tumoral.



Estenosis. Sialografía terapéutica

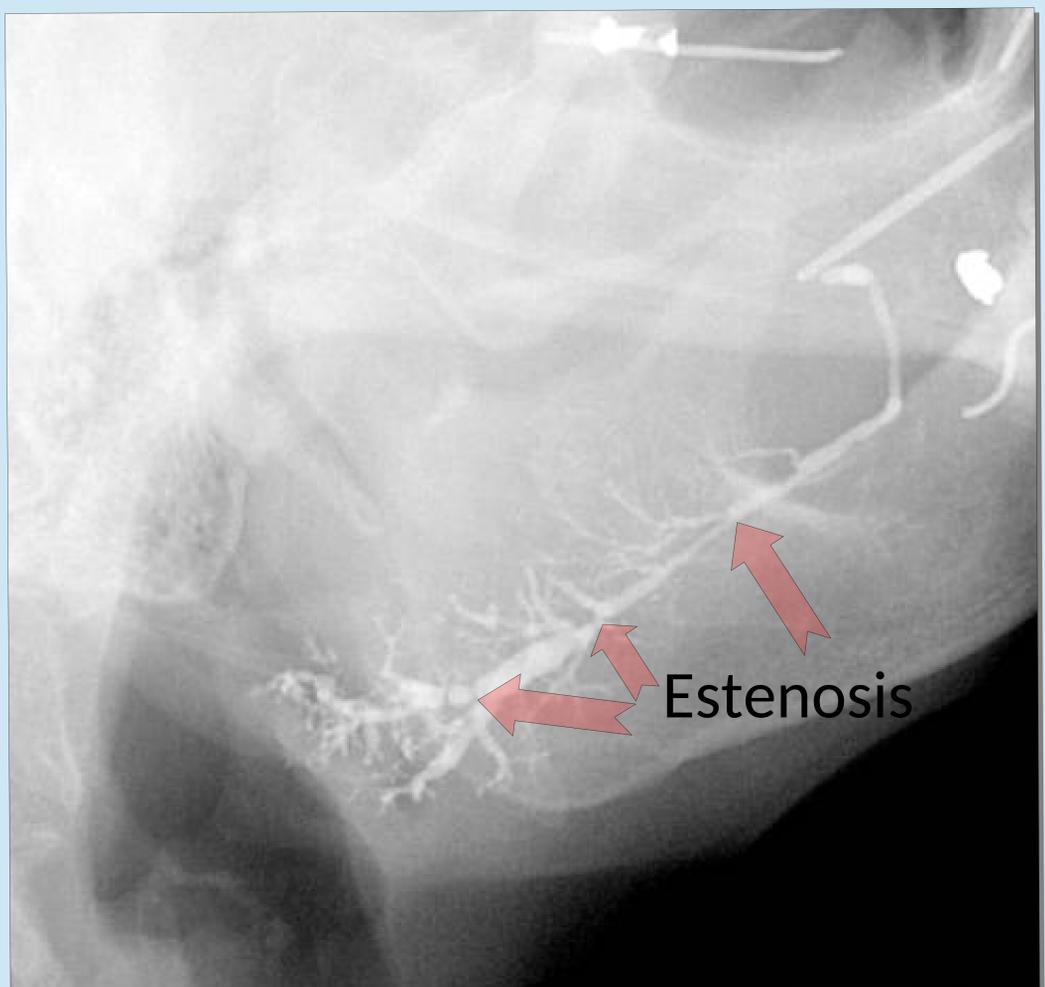
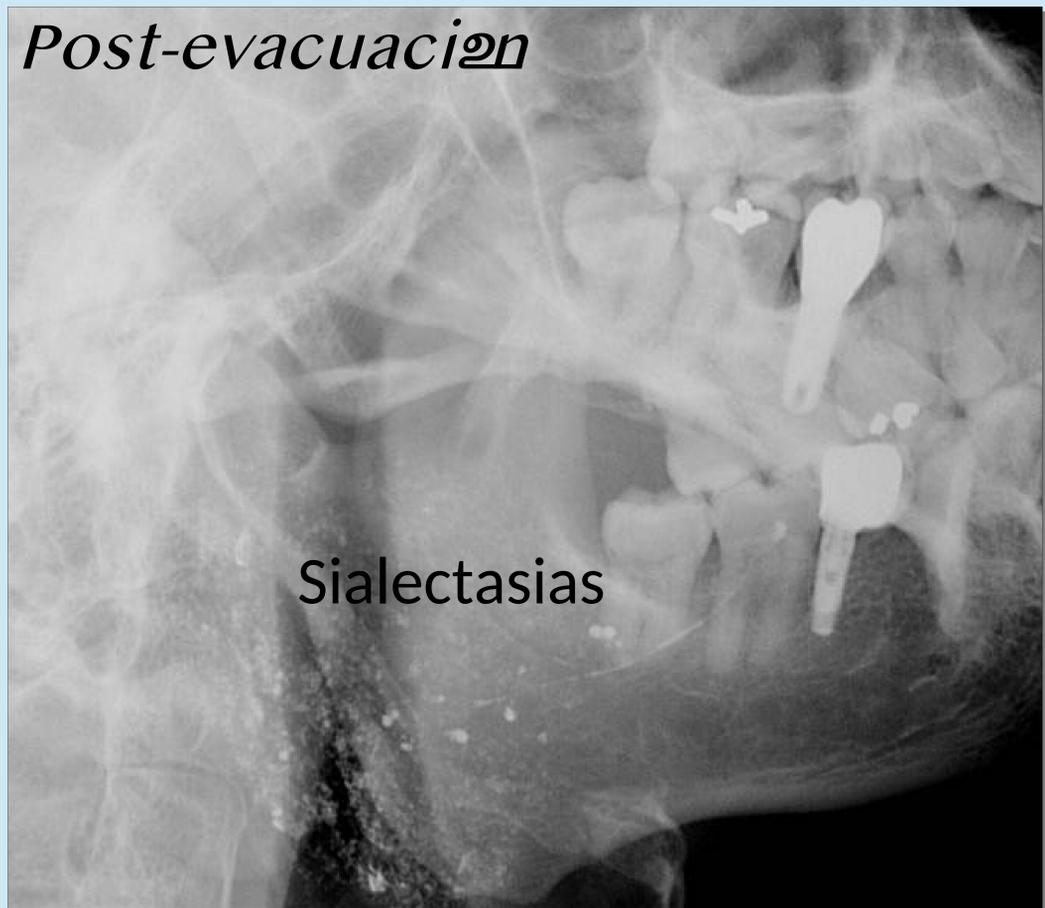
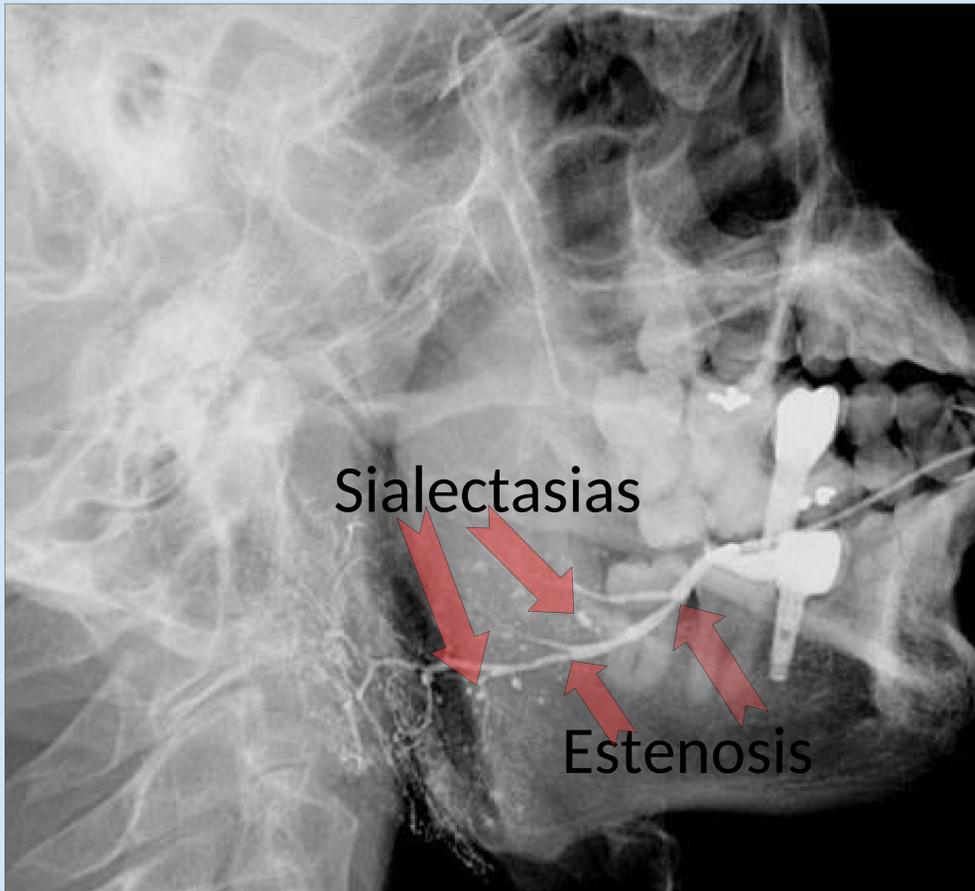


Hallazgos patológicos:

III. Sialoadenitis crónica:

- Etiología: post-infecciosa, sialoadenitis recurrente, enfermedades autoinmunes (Sjögren), idiopática.
- Dilataciones en “cuenta de rosario” (estenosis y dilataciones), sialectasias (dilataciones quísticas crónicas).

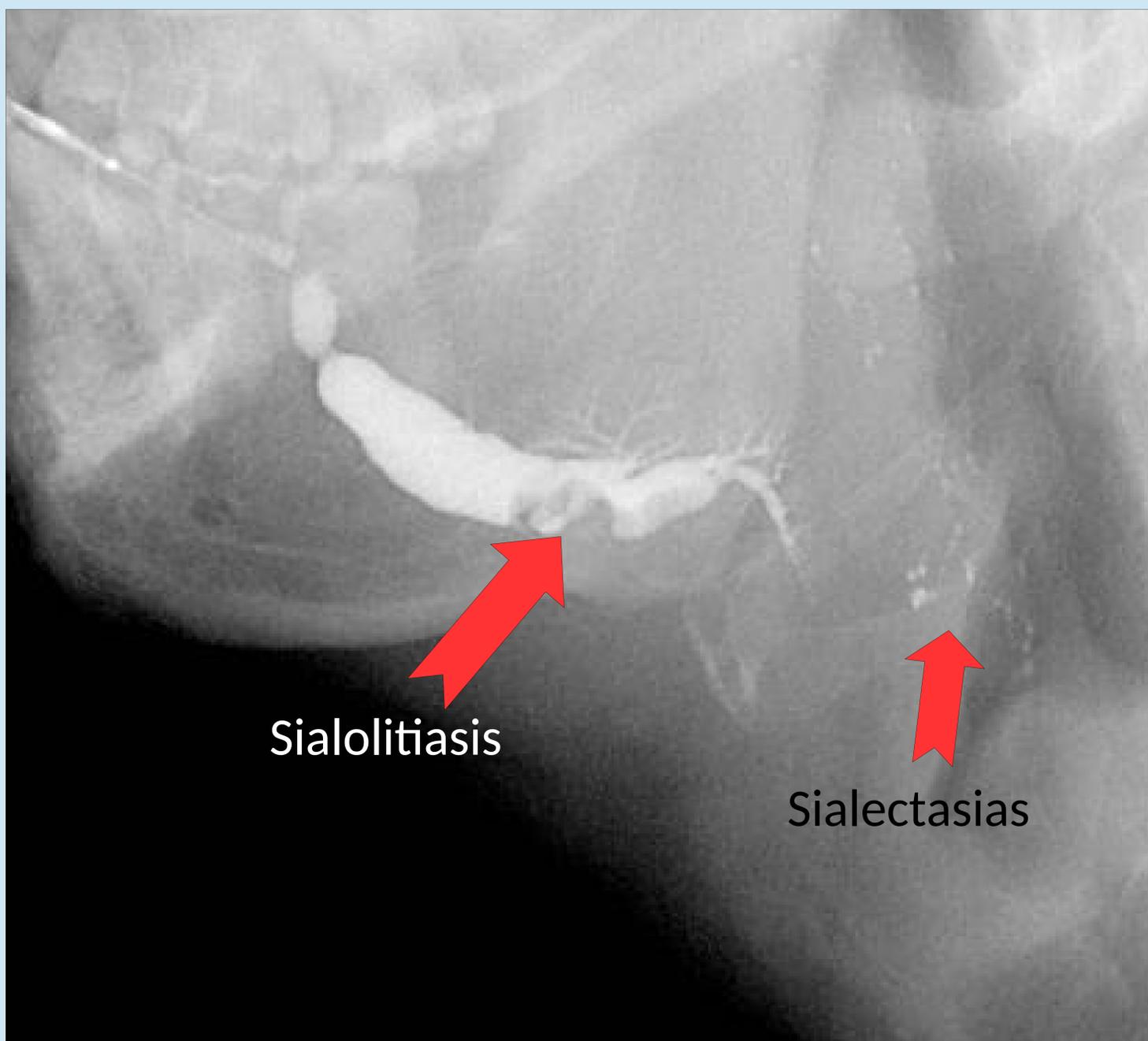
Sialoadenitis crónica



Sialoadenitis crónica y sialolitiasis



Sialoadenitis crónica y sialolitiasis



Conclusiones:

- La sialografía convencional continúa siendo la técnica con mayor resolución espacial en la valoración de los ductos de las glándulas parótida y submaxilar.
- La sialografía convencional es más sensible que otras técnicas para la detección de pequeñas sialolitiasis y estadios iniciales de sialoadenitis.

Referencias:

- I. Marc Kalinowski, Johannes T. Heverhagen, Elisabeth Rehberg, Klaus Jochen Klose, and Hans-Joachim Wagner. Comparative Study of MR Sialography and Digital Subtraction Sialography for Benign Salivary Gland Disorders. En: AJNR Am J Neuroradiol 23:1485-1492, 2002 Oct.
- II. Varghese JC, Thornton F, Lucey BC, Walsh M, Farrell MA, Lee MJ. A prospective comparative study of MR sialography and conventional sialography of salivary duct disease. En: AJR Am J Roentgenol. 173(6):1497-503, 1999 Dec.
- III. Faye N, Tassart M, Périé S, Deux JF, Kadi N, Marsault C. Imagerie des lithiases salivaires [Imaging of salivary lithiasis]. En: J Radiol. 87(1):9-15, 2006 Jan.
- IV. Yousem DM, Kraut MA, Chalian AA. Major salivary gland imaging. Radiology 216(1):19-29, 2000 Jul.