

# 38 CONGRESO NACIONAL

**seRam**  
Sociedad Española de Radiología Médica

 **ferm**  
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA

**VALENCIA**  
PALACIO DE CONGRESOS

**20 - 23**  
**MAYO 2026**

[www.seram2026.com](http://www.seram2026.com)

# Repaso radiológico de la glándula parótida, lo que el residente tiene que saber.

Lázaro García Sáez, Bastian Pesso Caro, Gilad Weisbrot, Pilar Fernández Yñiguez, Katherine Daqui Peñafiel, Kristina Yakovleva Lupu, Sebastian Bolívar Torres, Ángel Domínguez Álvarez

**Hospital Universitario de Torrejón**

# Conflictos de interés:

No hay conflictos de interés.

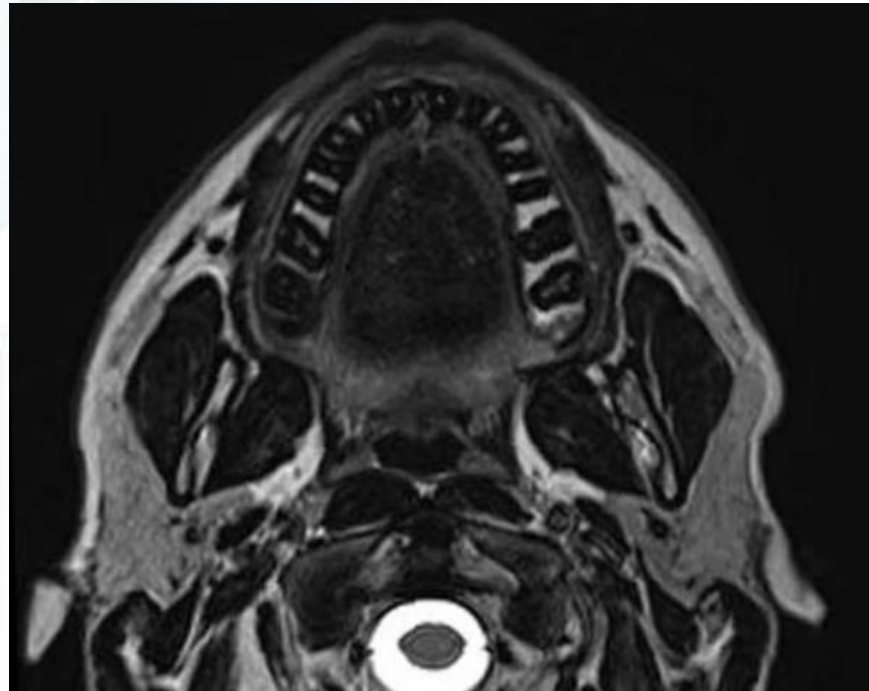
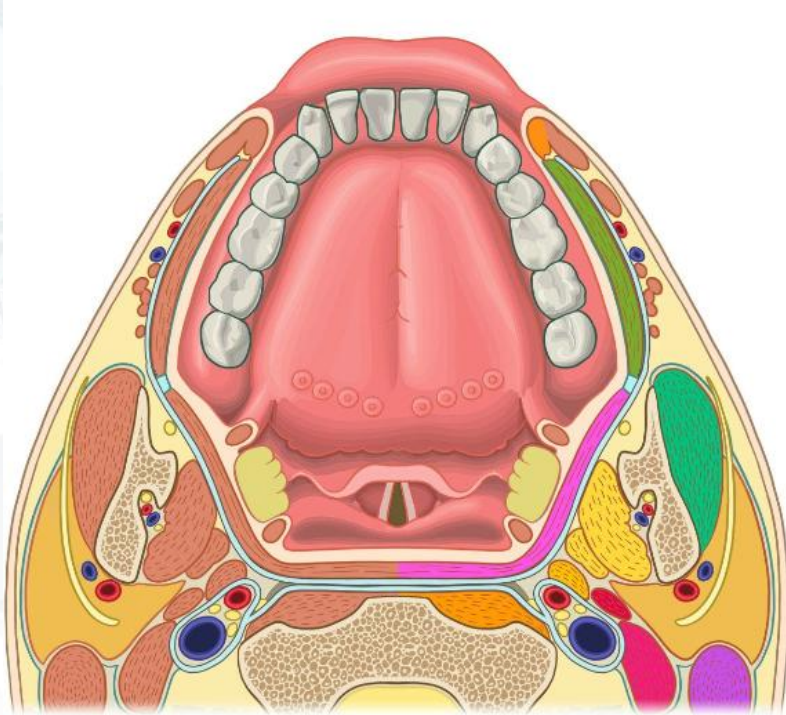
# Objetivo docente:

- Conocer la anatomía de las glándulas parótidas.
- Diagnóstico diferencial de las principales patologías inflamatorias y tumorales que la afectan.

# Revisión del tema:

# Glándula Parótida: ANATOMÍA.

Se extiende desde el conducto auditivo externo (CAE) hasta el ángulo mandibular en el **espacio parotídeo**.



## Límites:

- anterior: espacio masticador
- Medial: espacio parafaríngeo
- Posteromedial: vientre posterior del m. digástrico

## Contenido:

Glándula parótida.

Nervio facial.

Vena retromandibular.

Arteria carótida externa.

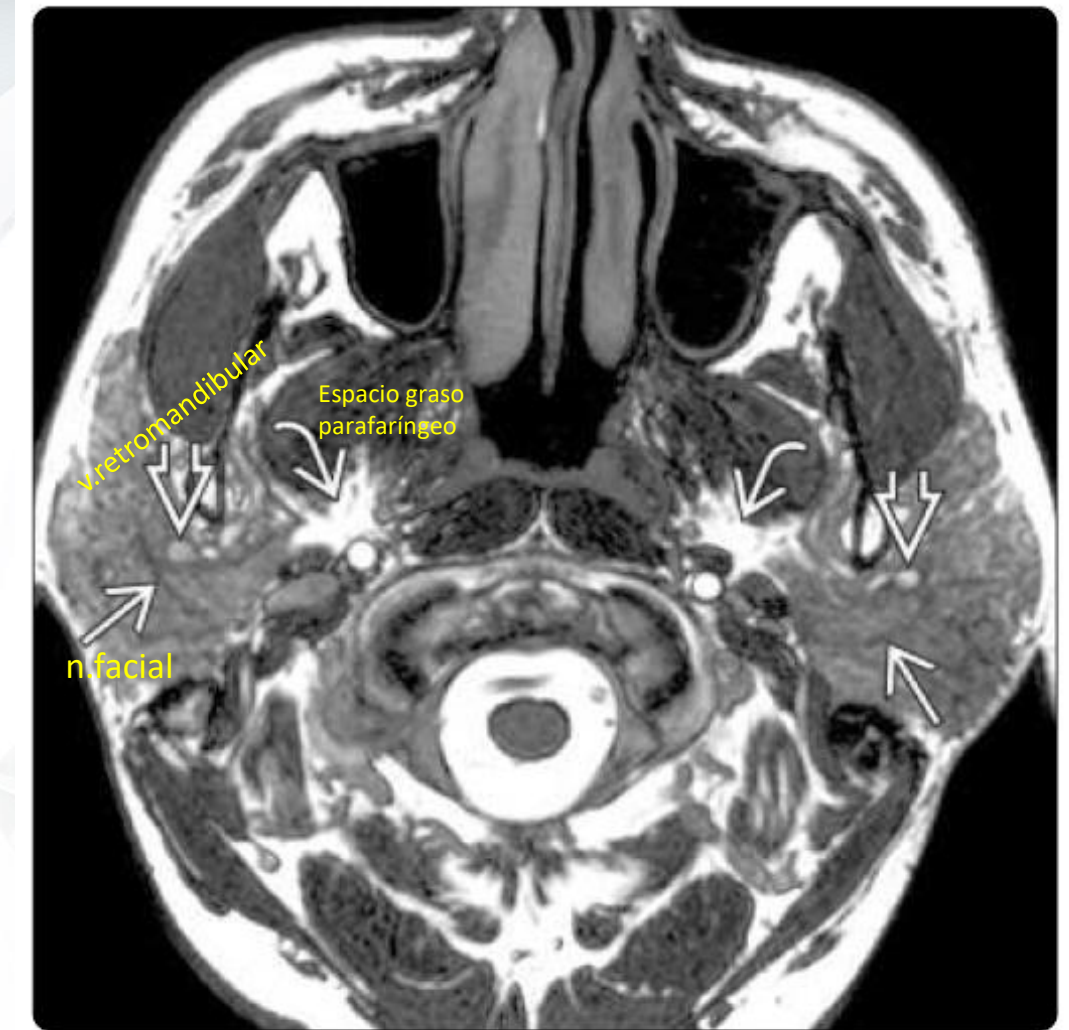
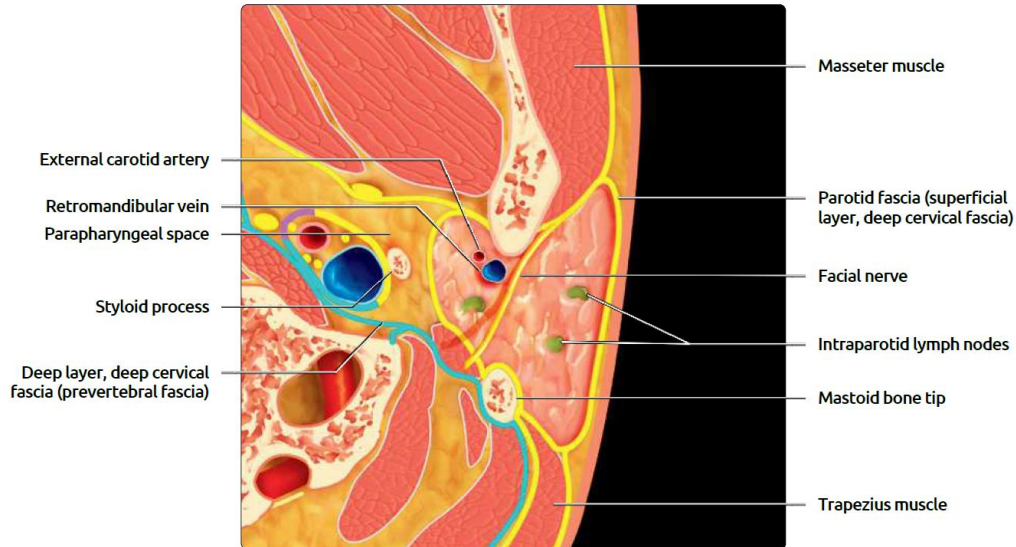
Conducto de Stenon (drenaje).

Ganglios intraparotídeos.

Lóbulo **superficial** VS **profundo**: separados por:

- Cirujanos: nervio facial
- Radiólogos: vena retromandibular.

20% → **Lóbulo accesorio** = superficial al músculo masetero.



# ¿Qué pruebas de imagen utilizamos?

Patología inflamatoria

vs

Patología tumoral

## ECOGRAFÍA.

1º prueba.

No invasiva, barata, disponible

- guía biopsia/PAAF
- Sólido vs quístico
- Inflamación
- Litiasis
- Adenopatías

Limitada en lesiones del lóbulo profundo

## TC.

De elección si:

- Sospecha de litiasis.
- Afectación inflamatoria y sospecha de complicación.
- Valorar espacios cervicales.
- biopsia de lesiones profundas
- Radiación.
- Limitaciones con artefactos dentales.
- No detecta algunas lesiones isodensas al parénquima.

## RM.

Tumores: Extensión, afectación neural, caracterización  
Estudio dinámico, difusión...  
Sialo-RM

Más coste, menor disponibilidad.

**Sialografía:** uso limitado en la actualidad. Evaluación fina del sistema dotal

# ¿Qué debemos valorar ante una lesión parotídea?

## Lesión INTRApotídea:

1. Completamente rodeada por tejido parotídeo.
2. Invade y desplaza la grasa del espacio parafaríngeo
3. Aumenta la distancia del túnel estilo-mandibular

1. INTRA VS EXTRAPARÓTIDEA
2. DONDE: SUPERFICIAL VS PROFUNDO (vena retromandibular)
3. FOCAL O DIFUSO
4. UNICA / MULTIPLE
5. BIEN DEFINIDO / MAL DEFINIDO
6. AFECTACIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES (n.facial, espacios cervicales, hueso, adenopatías, ...)

# Patología no neoplásica

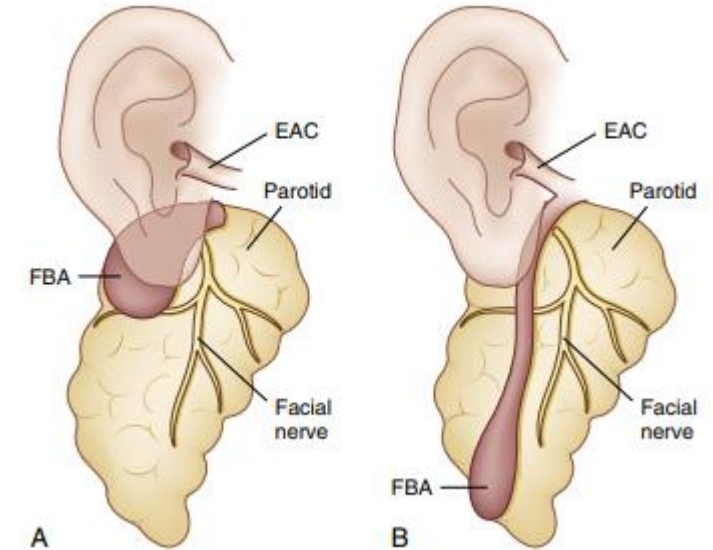
- Quiste del primer arco branquial
- Hemangioma
- Linfangioma (malformación linfática)
- Glándula parótida accesoria
- Parotiditis aguda
- Parotiditis crónica
- Sialolitiasis
- Quistes parotídeos asociados al SIDA
- Sd. Sjögren
- Sialosis

# QUISTE DE PRIMER ARCO BRANQUIAL

- Alrededor de la parótida o cercanos al CAE.
- 7% de los quistes branquiales.
- Diagnóstico en mujeres en edad media.

Asintomáticos VS masa palpable VS sobreinfección VS parálisis del nervio facial

- *Arnot tipo I*: intraparotídeo
- *Arnot tipo II*: en la región cervical anterior. Comunica con el CAE y salida a la altura del ángulo mandibular.



Eco:

Anecoico, bien definido

TC:

Bien definidos. Densidad líquida con paredes finas.

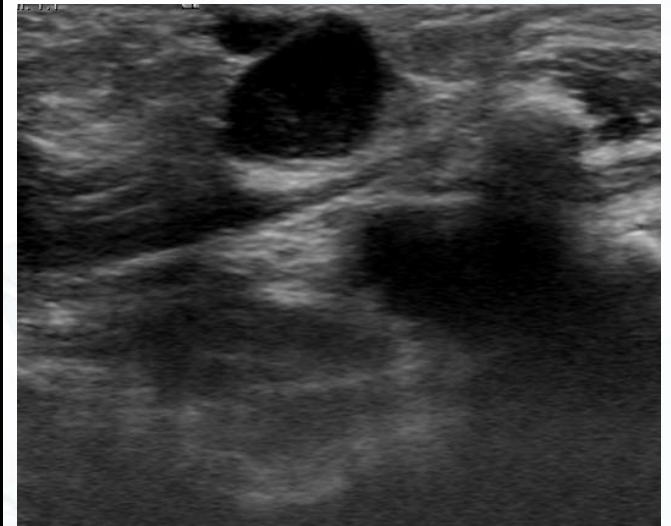
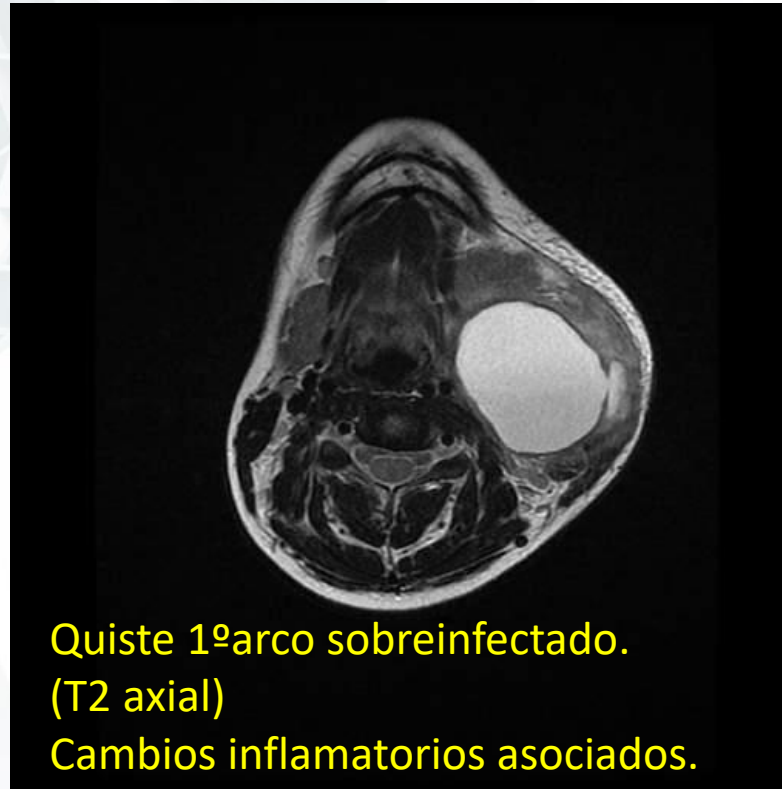
RM:

T1 variable según el contenido.

T2 alta señal.

**No realza tras CIV.**

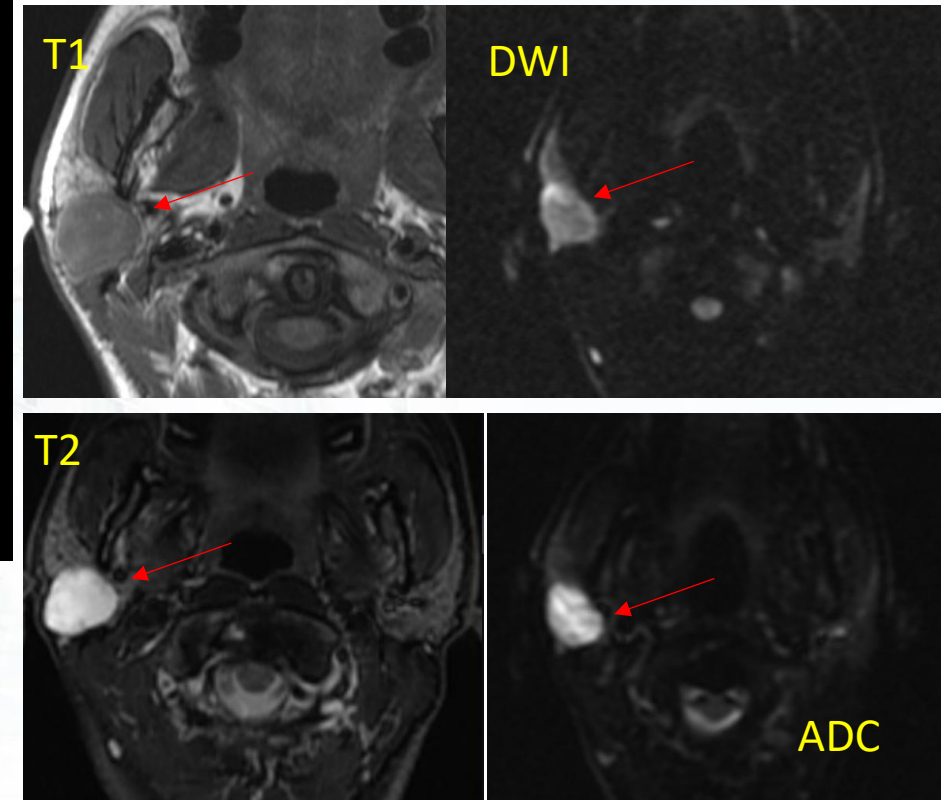
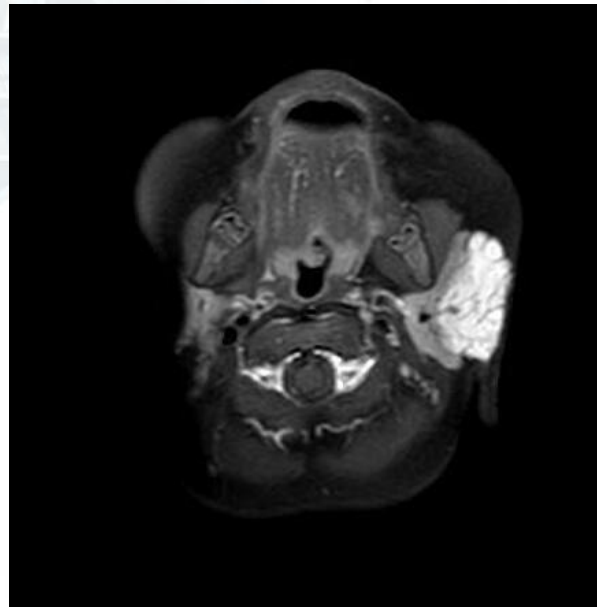
# QUISTE DE PRIMER ARCO BRANQUIAL



# MALFORMACIÓN VASCULAR VENOSA

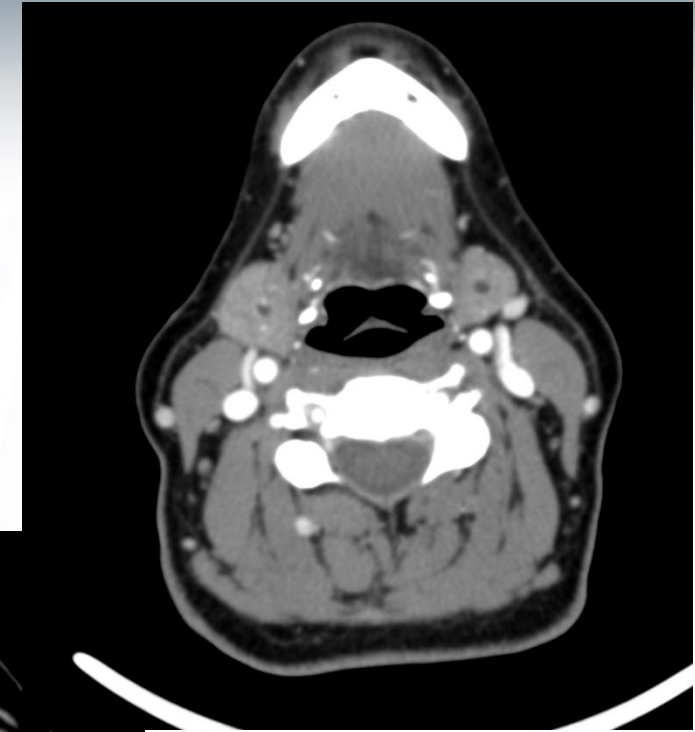
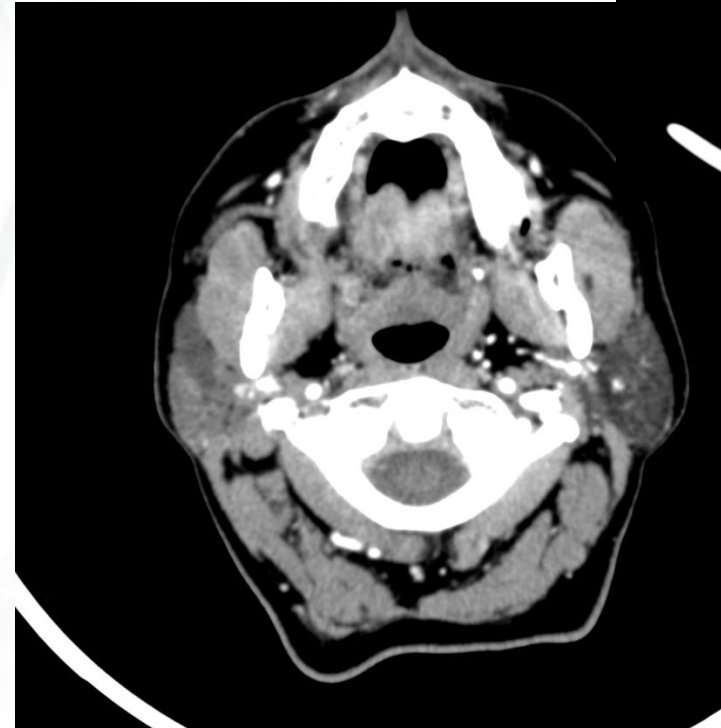
- Masa parotídea blanda y compresible. Aumenta de tamaño/duele con llanto o al agacharse (por congestión venosa).
- Lesión de bajo flujo. Venas dilatadas y anómalas, que pueden crecer con el tiempo (**no proliferan**)
- No desaparecen espontáneamente.
- 20% asocia también malformaciones venosas cerebrales.

ECO: hipoeecogenica, compresible, flujo venoso lento.  
TC: Lobulada, heterogénea y con realce similar a las venas.  
RM: Hiperintensa en T2, no restringe, realce progresivo.



# SIALOLITIASIS

- Afectación **más frecuente** de las gl.salivales en el mundo desarrollado.
- 80% en la **gl.submandibular** por la disposición del drenaje del conducto de Wharton.
- Típicamente dolor tras comidas (estimulan la salivación).
- ECO: sialolito = imagen hiperecogénica con sombra posterior. Dilatación proximal del conducto. +/- cambios inflamatorios
- TC : litiasis densa con dilatación del conducto. +/- cambios inflamatorios



# SIALOADENITIS

## SIALOADENITIS AGUDA

Dolor y tumefacción.

Causa más frecuente = infecciosa (vírica > bacteriana)

Otras causas: autoinmune, reacción a contrastes yodados, LITIASIS

**Parótida** es la más afectada porque su saliva es muy serosa, sin lisosomas ni anticuerpos IgA.

**Glándulas aumentadas de tamaño, ecogenicidad disminuida y aumento de captación de CIV en TC/RM.**

- Víricas: bilaterales
- Bacterianas: unilaterales supurativa, abscesos...  
Streptococcus, Haemophilus, Staphylococcus
- Otras: traumática, autoinmune (Sjögren), sialolitiasis...

# SIALOADENITIS

## SIALOADENITIS CRÓNICA:

Etiologías variadas – imagen común

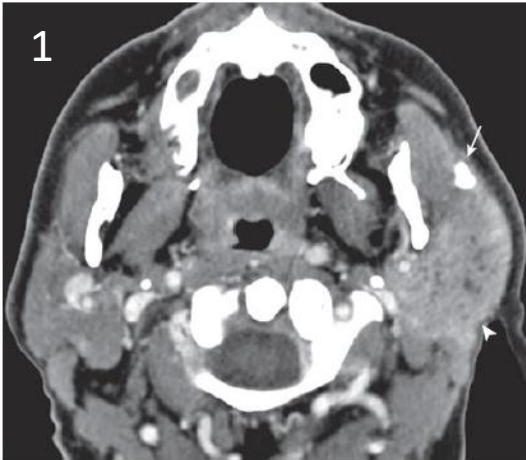
- Dolorosa con curso recurrente
- Indolora con aumento de tamaño o masa pseudotumoral.

Al inicio glándula heterogénea y dilatación del conducto... → Con el tiempo **atrofia parotídea e infiltración grasa**.

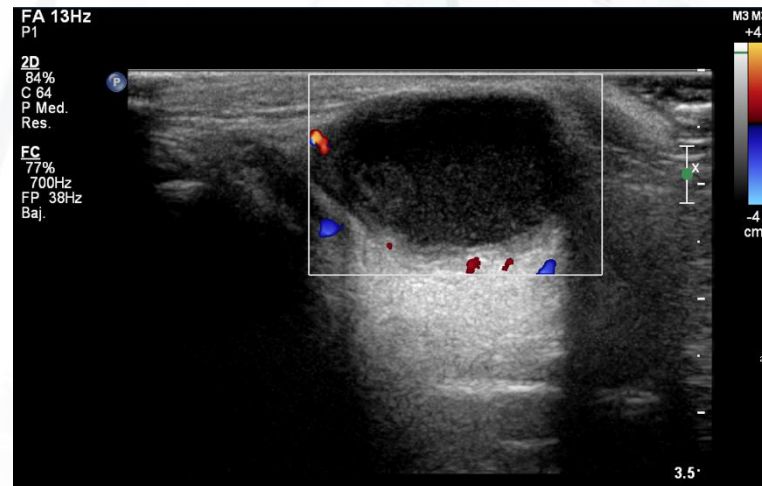
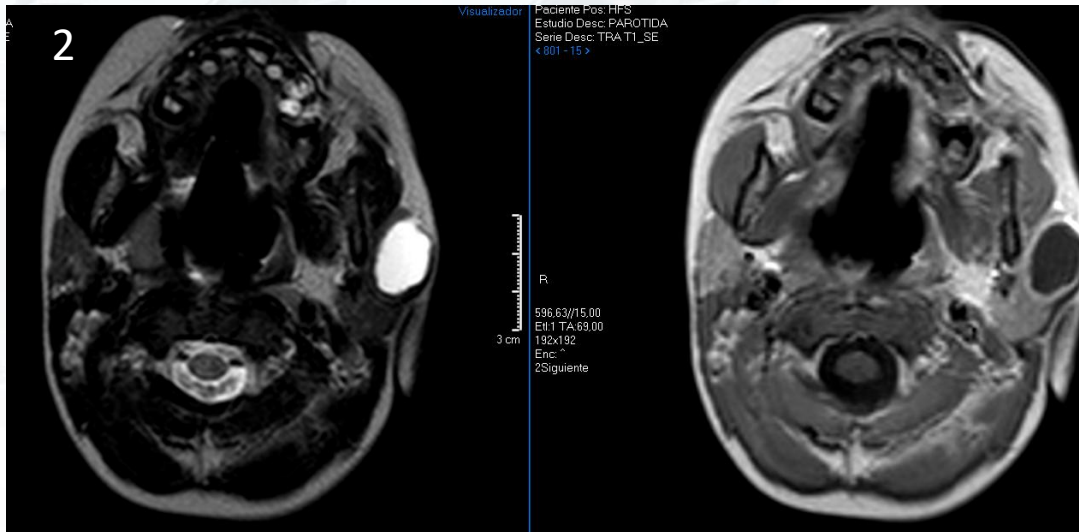
CAUSAS: TBC, actinomicosis, bartonelosis, toxoplasmosis, sialoadenitis esclerosante crónica, tto con radioterapia, **sd.Sjögren**

**Sialoadenosis**: proceso **no-inflamatorio**. Aumento de tamaño de las glándulas salivales con ecoestructura conservada. En parótidas. Asocia infecciones sistémicas con alteraciones nutricionales o déficits vitamínicos (Trastornos de la Conducta Alimentaria)

# SIALOADENITIS

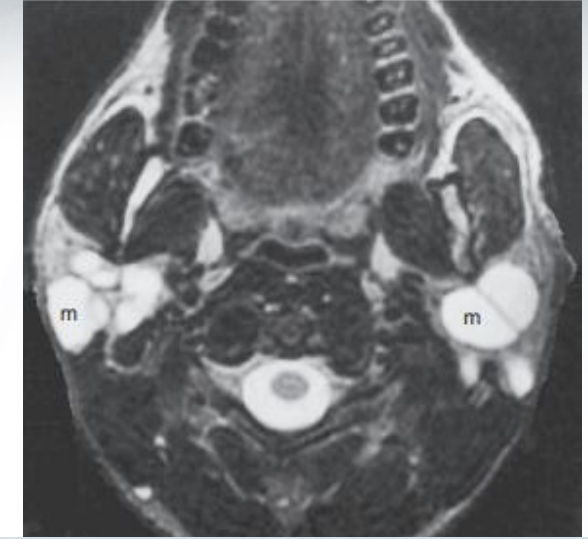


1. Aumento de tamaño e hiperrealce de la parótida derecha en TC.
2. RM: adenopatía abscesificada intraparotídea, con cambios inflamatorios asociados.



# QUISTES LINFOEPITELIALES BENIGNOS

- Pacientes VIH
- Infiltrados linfoides benignos
- Aumento de tamaño de la glándula, bilaterales
- Lesiones sólido-quísticas bien definidas, con pequeños septos y nódulos murales de pequeño tamaño.
- Adenopatías reactivas + hipertrofia amigdalar



# TUMORES BENIGNOS

## 1. Adenoma pleomorfo

## 2. Adenomas monomorfos

- **Tumor de Warthin**
- Oncocitoma
- Mioepitelioma
- Otros adenomas

## 4. No epiteliales:

- Hemangioma
- Linfangioma
- 
- Linfangiohemangioma
- Swchanoma
- Lipoma
- Fibroma

## 3. Papilomas ductales

- Sialadenoma papilliferum
- Papiloma intraductal
- Papiloma ductal invertido

80% de los tumores parotídeos son benignos

80% de los tumores benignos son adenomas pleomorfos

80% de los adenomas pleomorfos aparecen en las parótidas

80% de los adenomas pleomorfos de parótida aparecen en el l.superficial

# TUMORES MALIGNOS

Masa palpable, no dolorosa

PARALISIS DEL NERVIO FACIAL → orienta a malignidad.

6% adenopatías cervicales al dg

- LOCALIZACIÓN! Ya que afecta al manejo quirúrgico y pronóstico.
- EXTENSIÓN EXTRAGLANDULAR Y ADENOPÁTICA
- DISEMINACIÓN PERINEURAL

# ADENOMA PLEOMORFO

80% de los tumores benignos salivales.

**Mujeres de edad media.**

Raro bilaterales

Lesiones sólidas bien definidas y redondeadas. Más frecuentes en el lóbulo superficial

**TC:**

Densidad similar al músculo. Realce leve-moderado.

En estudios dinámicos, un lavado del contraste inferior al 30% sugiere malignidad

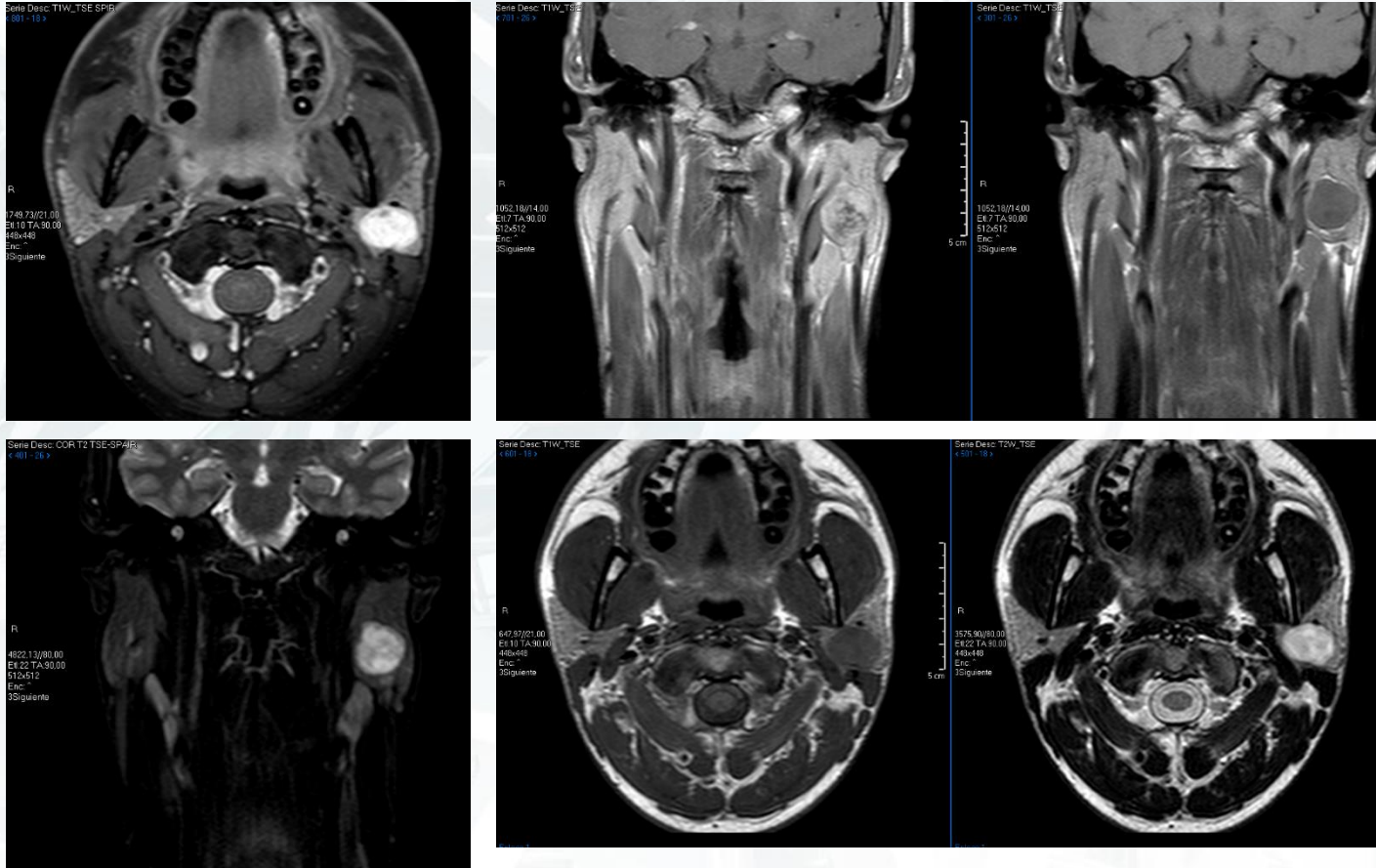
**RM:**

- muy hiperintensos en T2 (“**BRILLANTE**”)
- realzan de forma homogénea

(80% de las lesiones hiperintensas en T2 en la parótida son adenomas pleomorfos)

Solo un 0,5% son multicéntricos, pero al suponer el 80% de los tumores benignos, el 3% de los tumores multicéntricos son A.P.

# ADENOMA PLEOMORFO



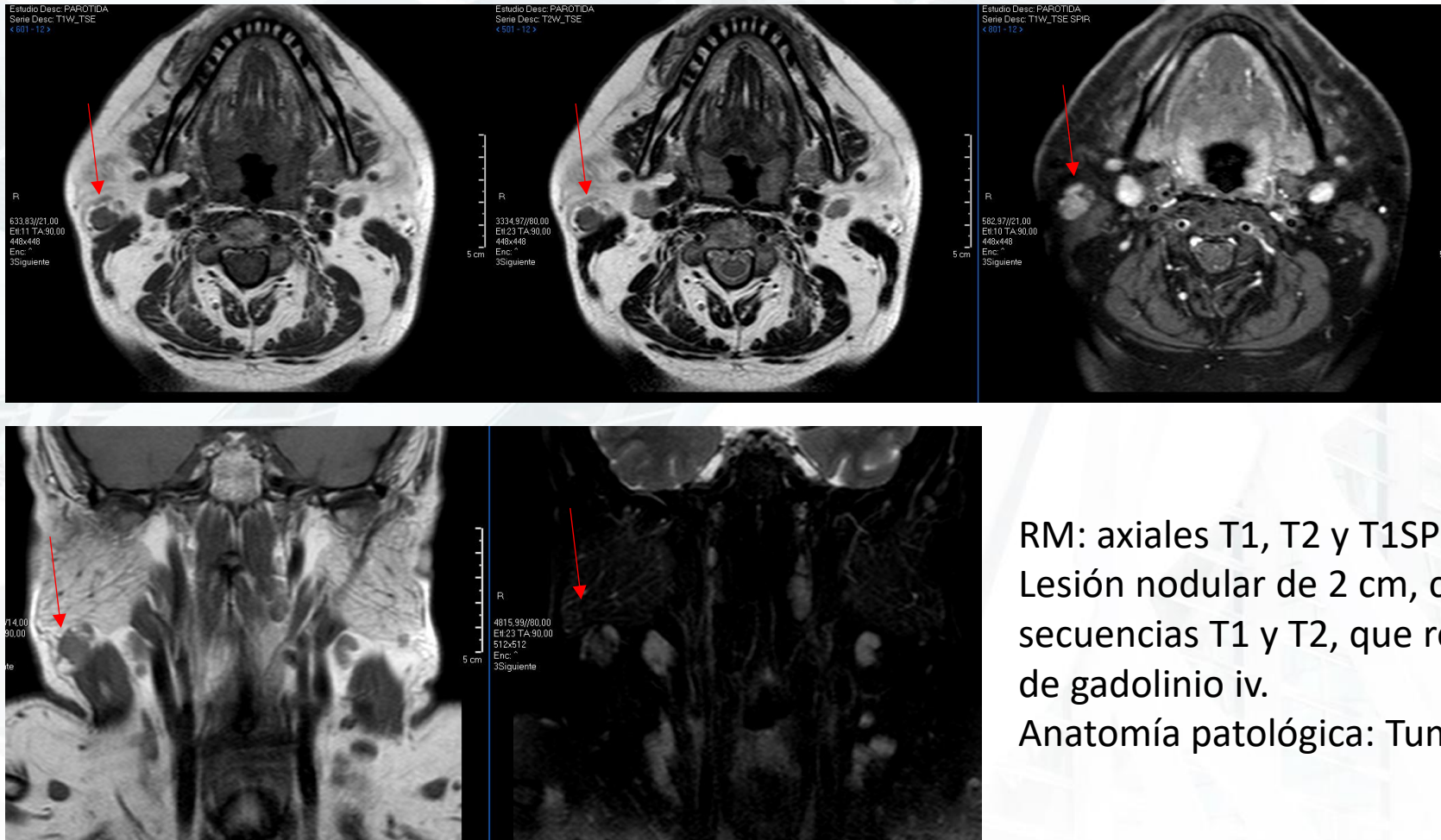
RM: lesión hipointensa en T1, hiperintensa en T2, con importante captación de gadolinio.

Anatomía patológica: adenoma pleomorfo.

# TUMOR DE WHARTIN - ADENOLINFOMA

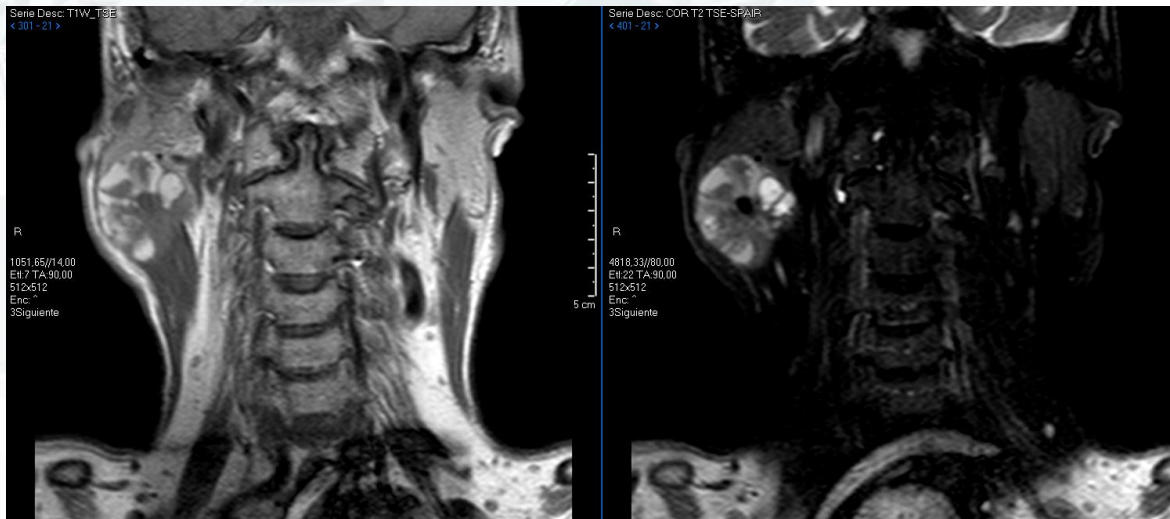
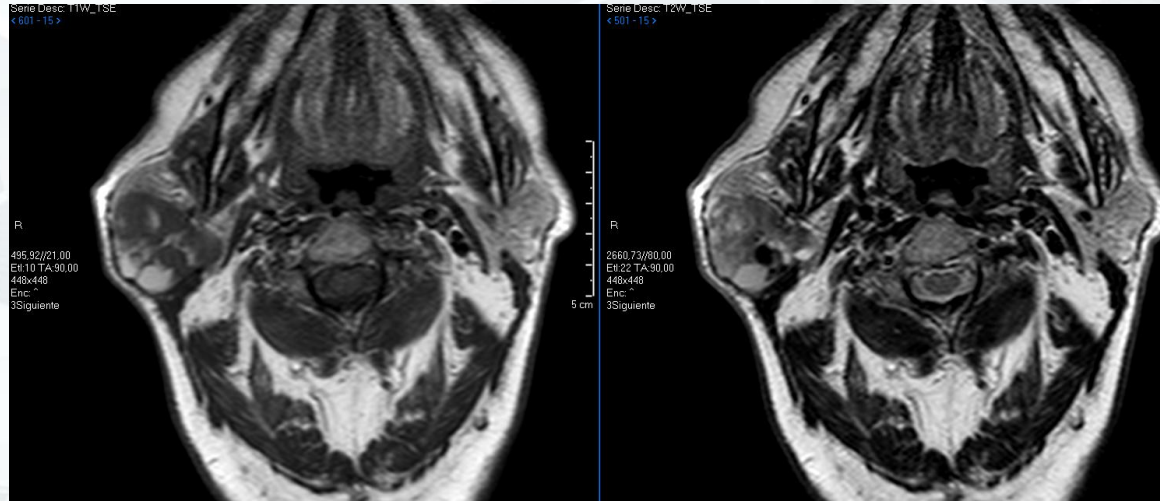
- 2º tumor benigno mas frecuente en las gl.salivales
- **Varones >50 años, fumadores.**
- 10-15% multifocal o bilateral, en la cola de la parótida
- Indoloro, móvil y de crecimiento lento (muy bajo riesgo de transformación maligna). Pocas recurrencias
- ECO:  
Hipoecoica, bien definida y heterogénea por áreas quísticas. A veces pedículo vascular central
- TC:  
Masa bien definida, que no infiltra estructuras vecinas, realce leve-moderado. Heterogénea y puede mostrar **quistes**.
- RM:  
En T1 es iso-levemente hipointenso respecto al musculo.  
En T2 es iso-hiperintenso, sobre todo si hay un componente quístico

# TUMOR DE WHARTIN - ADENOLINFOMA



RM: axiales T1, T2 y T1SPIR post-contraste.  
Lesión nodular de 2 cm, con señal intermedia en  
secuencias T1 y T2, que realza tras la administración  
de gadolinio iv.  
Anatomía patológica: Tumor de Whartin.

# TUMOR DE WHARTIN



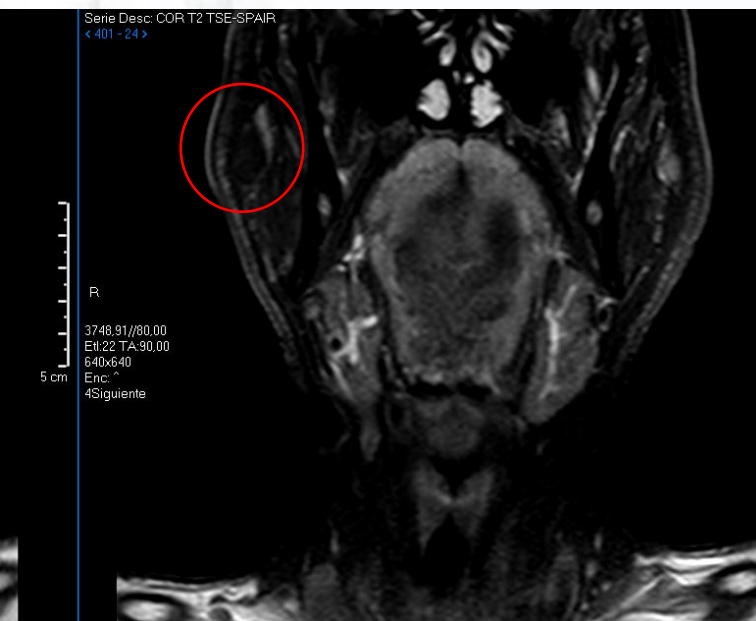
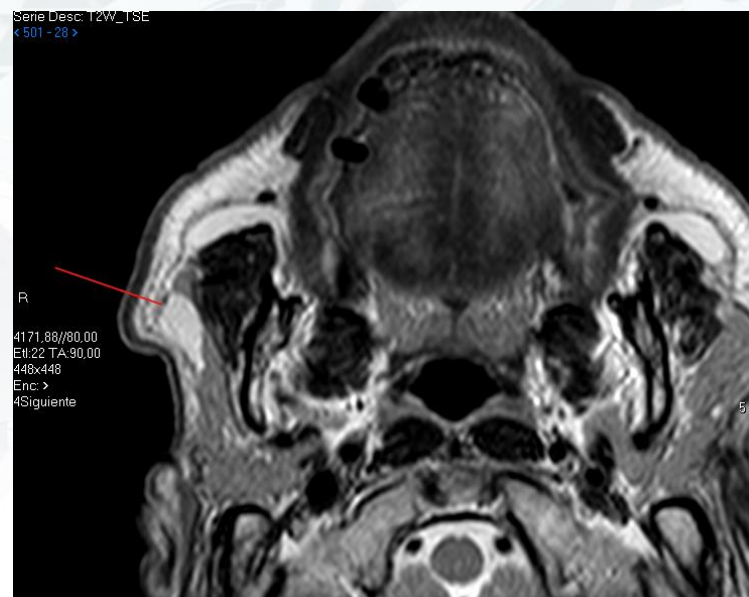
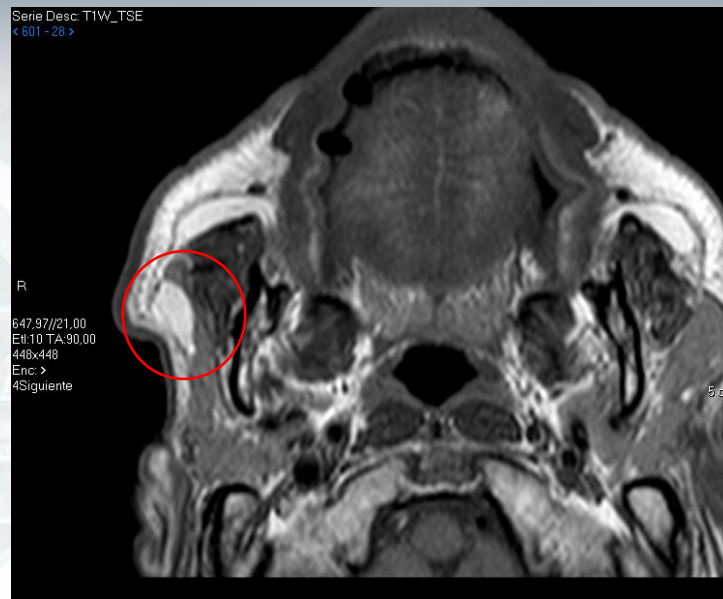
RM: masa heterogénea, solido-quística que afecta a ambos lóbulos de la parótida derecha, con áreas grasas y alguna calcificación. Compatible con tumor de Whartin.

Lesión heterogénea en ecografía.

# ONCOCITOMA

- Raro, <10% bilaterales
- Benigno, casi exclusivo de la parótida (no en el resto de las gl-salivales)
- “lesión evanescente”: hipo en T1, isointensas al musculo en T2-saturación grasa.
- Tto: QX → 20-30% recurrencia. Rara la malignización.
- ECOGRAFÍA: lesión ovoidea, homogénea e hipoecoica, bien definida y con señal Doppler color.
- TC: lesión bien definida, con realce homogéneo.
- RM: hipointensa en T1, iso-hipointensa en T2, isointensa tras administración de contraste.

# LIPOMA



# CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

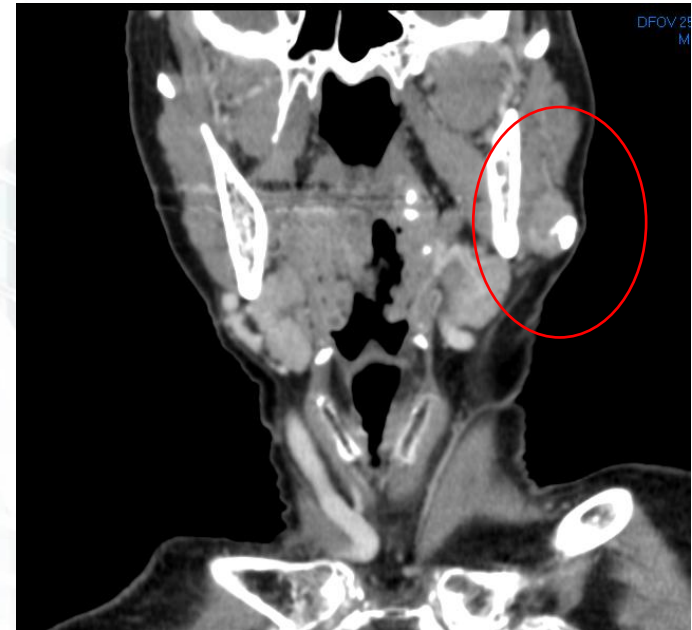
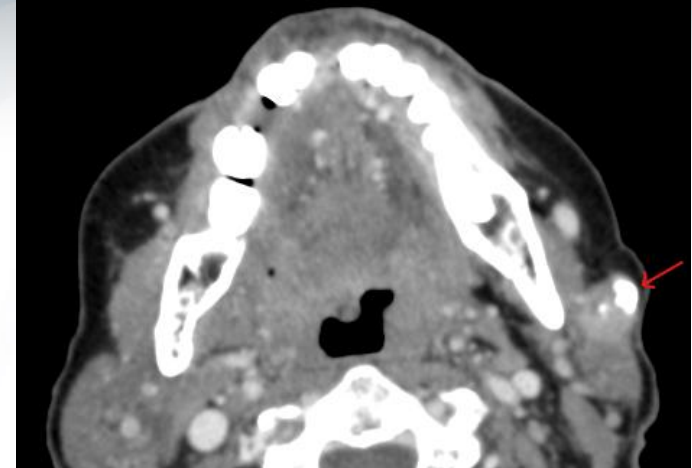
- 30% de los tumores malignos de las glándulas salivales.
- 60% en la parótida.

Por imagen no siempre muestran aspecto sospechoso.

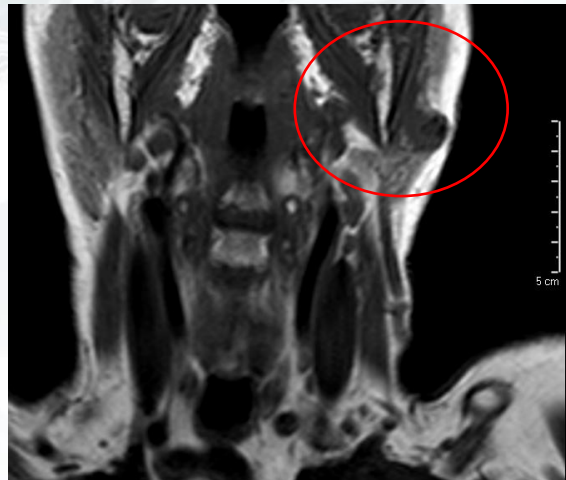
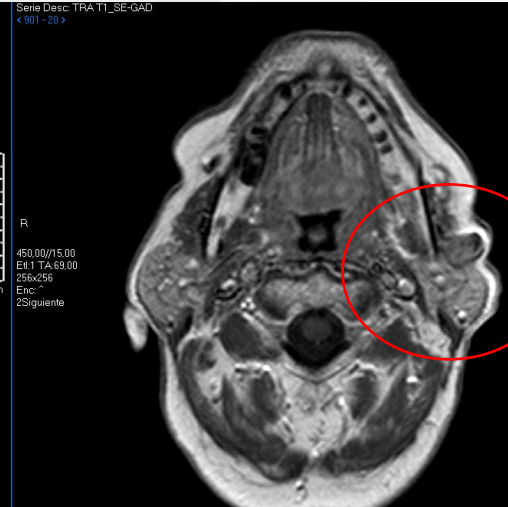
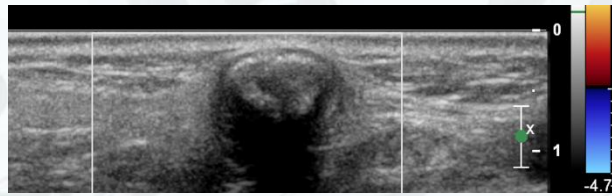
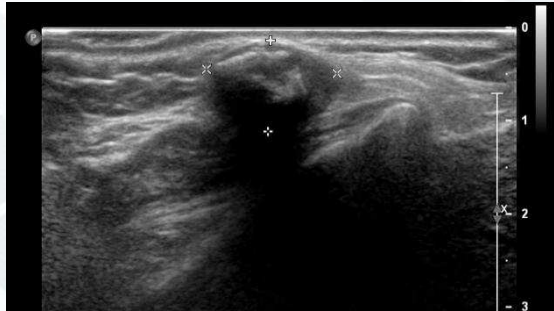
RM: Hipointensos en T2 (aunque si son de bajo grado pueden ser hiperintensos ), Hipointensos en T1

# CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO

- 2º tumor maligno más frecuente de las glándulas salivales
- El más frecuente en submandibulares y sublingual
- Lento crecimiento, frecuente la extensión perineura y rara la extirpación completa



# CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO



ECO: Nódulo bien definido, de bordes lisos, avascular con Doppler color, nódulo calcificado en el lóbulo accesorio de la parótida izquierda  
RM: Hipointenso en T1, heterogéneo en T2, no signos de agresividad, respeto de la grasa.  
Sospecha inicial: t-Warthin

AP: Ca adenoide quístico.

## OTROS TUMORES MALIGNOS:

- Ca. Epidermoide
- Ca. De cls acinares
- Carcinoma indiferenciado
- Adenopatías metastásicas.

# Conclusiones:

- Es importante conocer la anatomía del espacio parotídeo para lograr una buena descripción radiológica de las lesiones, ya que tiene impacto sobre el manejo y pronóstico de las diferentes lesiones.
- Ante lesiones muy hiperintensas en secuencias T2, de bordes lisos y en mujeres de edad media, la primera sospecha será un *Adenoma pleomorfo*.
- Ante una lesión sólido-quística, en varones fumadores y >50 años, la primera sospecha será *Tumor de Whartin*.

## Referencias:

- Del Cura Rodríguez, J. L., Pedraza Gutiérrez, S., Gayete Cara, Á., & Rovira Cañellas, À. (2019). *Radiología Esencial* (2ª ed., Tomo 2). Editorial Médica Panamericana. ISBN 9788491103493.
- Koch, B. L., Hamilton, B. E., Hudgins, P. A., & Harnsberger, H. R. (2016). *Diagnostic Imaging: Head and Neck* (3.ª ed.). Elsevier. ISBN 9780323443012.
- Nadgir, R., Lin, D., & Yousem, D. M. (Eds.). (2024). *Neuroradiology: The Requisites* (5ª ed.). Elsevier. ISBN 9780323759755.
- Osborn AG, Linscott LL, Salzman KL. Osborn's Brain: Imaging, Pathology, and Anatomy. 3ª ed. Elsevier; 2024.
- <https://radiopaedia.org/articles/warthin-tumour>
- <https://radiopaedia.org/articles/pleomorphic-adenoma-of-the-salivary-glands?lang=us>
- <https://radiopaedia.org/articles/mucoepidermoid-carcinoma-of-salivary-glands?lang=us>
- <https://radiopaedia.org/articles/adenoid-cystic-carcinoma?lang=us>