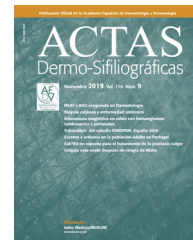




ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLÓGIA

# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## VIDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

### Biopsia de glándulas salivales menores en Dermatología

### Minor Salivary Gland Biopsy in Dermatology

D. Ramos-Rodríguez\*, I. Gracia-Darder y A. Bauzá Alonso



Servicio Dermatología, Hospital Universitari Son Espases, Palma, Mallorca, España

#### Introducción e indicaciones de la técnica

La biopsia de glándulas salivales menores es un procedimiento incluido en los criterios diagnósticos del síndrome de Sjögren (SS). Además, puede ser útil en el diagnóstico de diferentes enfermedades, como la amiloidosis, sarcoidosis, hemocromatosis neonatal o linfoma en contexto de SS<sup>1,2</sup>.

Aunque la primera descripción de la técnica fue publicada por Chisholm y Mason en 1968, se han propuesto múltiples modificaciones de la técnica original. En el video explicativo (video 1) describimos la biopsia de glándula salival utilizando la pinza chalación, un instrumento utilizado en cirugía oftalmológica.

#### Descripción de la técnica

A continuación, detallamos algunas de las preguntas más frecuentes a la hora de realizar esta técnica:

¿Dónde biopsiar?: por su fácil exposición y manipulación, así como mayor número de glándulas salivales, el lugar idóneo es la mucosa del labio inferior. Se debe evitar la línea media del vestíbulo bucal por su menor cantidad de glándulas salivales (fig. 1a).

¿Cómo?: tras elegir el área a biopsiar, y proceder a la asepsia relativa (con clorhexidina al 0,12-0,20% o povidona yodada), se coloca la pinza chalación y se debe apretar

para evitar el sangrado, luego se dibuja una línea paralela al bermellón de aproximadamente 1 cm. Se procede a una disección superficial que expone las glándulas salivales menores (fig. 1b). Se deben obtener entre 6 y 8 glándulas para un buen estudio histopatológico.

Sutura: es recomendable dar los primeros puntos antes de retirar la pinza chalación (fig. 1c). Se recomienda utilizar sutura reabsorbible.

Inmediatamente tras la intervención, aplicamos una gasa doblada en el lugar de la biopsia e instruimos al paciente para hacer compresión local durante 15-20 min; además, entregamos información por escrito con las instrucciones postoperatorias. Se recomienda evitar comidas calientes, el tabaco y enjuagar la boca de forma vigorosa durante las 24-48 h siguientes a la intervención. Aunque usamos sutura reabsorbible, sugerimos a los pacientes la retirada de los puntos en 7-10 días, en el caso de que no caigan por sí solos.

#### Complicaciones

Se han descrito diferentes complicaciones quirúrgicas, entre ellas: sangrado, hematoma, dehiscencia de sutura, inflamación local, infección del lecho quirúrgico, granulomas piógenos o cicatrices hipertróficas; sin embargo, la complicación más frecuente son las parestesias locales<sup>1,2</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [negrinmelian@gmail.com](mailto:negrinmelian@gmail.com)  
(D. Ramos-Rodríguez).



**Figura 1** (a) Pinza chalación colocada en el labio inferior. (b) Disección superficial. (c) Sutura pre-retirada de la pinza chalación.

## Conclusiones

La biopsia de glándulas salivales menores es un procedimiento rápido, fácil de realizar y seguro en Dermatología.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2022.08.021](https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.08.021).

## Bibliografía

1. Varela-Centelles P, Seoane-Romero JM, Sánchez-Sánchez M, González-Mosquera A, Diz-Dios P, Seoane J. Minor salivary gland biopsy in Sjögren's syndrome: A review and introduction of a new tool to ease the procedure. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19:e20-3.
2. Colella G, Cannavale R, Vicidomini A, Itró A. Salivary gland biopsy: a comprehensive review of techniques and related complications. *Rheumatology*. 2010;Volume49:2117-21, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keq225>.