

Sialolitiasis, sialoadenitis y sialoadenosis. Revisión de literatura y reporte de un caso clínico.

Sialolithiasis, sialadenitis and sialadenosis. Review of literature and report of a clinical case.

Mauricio González Rebattú y González,^{*,‡} Ana María Nieto Munguía,^{‡,§} Mauricio García Nucamendi,^{*,¶} Christian Adolfo San Juan González,^{*,||} Emmanuel Hernández Pérez,^{*,¶} Mónica Juliana Herrera Gómez^{**,***}

RESUMEN

Introducción: la formación de sialolitos se considera la alteración más común en las glándulas salivales. Su origen aún no es claro en cuanto a qué provoca la obstrucción parcial o total del sistema de conductos salivales, con una predilección significativa en las glándulas submandibulares, lo que permite un desplazamiento retrógrado de bacterias a través del conducto salival hacia la glándula afectada, el cual se traducirá clínicamente como inflamación unilateral o bilateral. El tratamiento para la sialolitiasis y sialoadenitis puede variar desde un manejo conservador hasta tratamientos que implican la remoción de la glándula salival afectada. La sialoadenosis difiere de las anteriores en su origen, ya que ésta no se considera inflamatoria ni neoplásica y no afecta la función glandular de excretar saliva. Presentación de caso clínico: se trata de paciente masculino con diagnósticos presuntivos de sialoadenitis y sialolitiasis, al cual se le realizó biopsia escisional de la glándula afectada, su estudio histopatológico corroboró los diagnósticos mencionados anteriormente que además confirmó un diagnóstico de sialoadenosis. **Conclusiones:** la escisión de la glándula salival involucrada se realizará en casos diagnosticados de sialoadenitis y sialolitiasis con sialolitos de gran tamaño y procesos supurativos crónicos que no resuelven con antibioticoterapia.

Palabras clave: sialolitiasis, sialolito, sialoadenitis, sialoadenosis, sialosis.

ABSTRACT

Introduction: the formation of sialoliths is considered the most common alteration in the salivary glands. Its origin, which is not yet clear, causes partial or total obstruction of the salivary duct system, with a significant predilection on the submandibular glands. This allows a retrograde movement of bacteria through the salivary duct towards the affected gland and that clinically results in unilateral or bilateral inflammation. Treatment for sialolithiasis and sialadenitis can range from conservative management with sialagogues and antibiotic therapy to invasive treatments that involve surgical removal of the sialolith and in the worst case, removal of the affected salivary gland. Sialadenosis differs from the previous ones in its origin, it is not considered inflammatory or neoplastic and does not affect the glandular function of excreting saliva. **Clinical case:** male patient with presumptive diagnoses of sialadenitis and sialolithiasis, who underwent an excisional biopsy of the affected gland. Confirming the aforementioned diagnoses to his histopathological study and also confirming an additional diagnosis of sialadenosis. **Conclusions:** excision of the salivary gland involved will be performed in diagnosed cases of sialadenitis and sialolithiasis with large sialoliths and chronic suppurative processes that do not resolve with antibiotic therapy.

Keywords: sialolithiasis, sialoliths, sialadenitis, sialadenosis, sialosis.

* Hospital Regional 1o de Octubre, ISSSTE. México.

‡ Médico adscrito del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

§ Hospital Regional «Lic. Adolfo López Mateos», ISSSTE. México.

¶ Residente de segundo año del curso de Cirugía Oral y Maxilofacial.

|| Residente de cuarto año del curso de Cirugía Oral y Maxilofacial.

** Residente de primer año del curso de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Recibido: 04 de mayo de 2021. Aceptado: 29 de septiembre de 2022.

Citar como: González RGM, Nieto MAM, García NM, San Juan GCA, Hernández PE, Herrera GMJ. Sialolitiasis, sialoadenitis y sialoadenosis. Revisión de literatura y reporte de un caso clínico. Rev ADM. 2022; 79 (6): 342-350. <https://dx.doi.org/10.35366/108709>



INTRODUCCIÓN

La saliva que se forma en la boca es generada por glándulas salivales, las cuales se clasifican de acuerdo con su tamaño y función en glándulas salivales mayores y menores. Las glándulas salivales mayores son las más voluminosas, se trata de tres pares de glándulas localizadas fuera de la cavidad oral que desembocan en ella por medio de sus conductos principales, las cuales reciben los nombres de: parótidas, submandibulares y sublinguales.¹

Las glándulas parótidas son las más grandes de todas las glándulas salivales, con un peso aproximado de 25 g en promedio. La saliva fluye de la glándula hacia la cavidad oral por un trayecto conocido como conducto parotídeo o conducto de Stenon o Stensen. Desde la glándula hasta su salida en la boca tiene una longitud de 4 cm y un diámetro de entre 4 y 7 mm aproximadamente; sin embargo, se vuelve hasta 0.5 mm más angosto cuando alcanza su salida. El orificio del conducto puede ser visualizado directamente en la mucosa opuesta al segundo molar superior.^{2,3}

Las glándulas submandibulares siguen en orden de tamaño, siendo más pequeñas que las glándulas parótidas, con un peso aproximado de 7 g, la glándula submandibular drena su saliva por un conducto que es más grande que el conducto de Stenon y que se conoce como conducto submandibular o comúnmente llamado conducto de Wharton, el cual tiene una longitud aproximada de 5 cm y un diámetro de 1.5 mm, éste se dirige desde la glándula en un sentido casi vertical, anterior y medial hasta alcanzar el piso de la cavidad bucal, muy cerca de la base del frenillo de la lengua en la carúncula sublingual. El diámetro del orificio del conducto de Wharton se vuelve tan angosto que es de 0.5 mm aproximadamente.^{2,3}

El par más pequeño de las glándulas mayores corresponde a las glándulas sublinguales, las cuales se encuentran justo debajo del piso de la boca, con un peso aproximado de 3 g. En realidad es una aglomeración de glándulas y posee tanto conductos excretores como pequeñas glándulas agrupadas. Cada glándula drena su saliva a través de múltiples pequeños conductos, que varían entre 15 y 30 conductos excretores (conductos de Rivinus) e incluso algunos drenan directamente en el piso de la boca o desembocan sobre el conducto de Wharton. Los conductos excretores se denominan conductos sublinguales mayores y menores.^{2,3} Las glándulas salivales menores son múltiples y se estima que entre 600 y 1,000 se localizan en el tracto aerodigestivo superior, principalmente concentradas en la mucosa bucal, labial, palatina y regiones linguales. Son muy pequeñas, con un tamaño entre 1 y 5 mm,

las cuales drenan directamente sobre la cavidad oral a través de un conducto.²

Las glándulas salivales mayores y menores pueden verse alteradas por múltiples factores o padecimientos, provocando inflamación y dolor relacionado con procesos infecciosos, ya sean de origen bacteriano, viral o alteraciones tumorales.⁴

Entre los exámenes de laboratorio en el protocolo de estudio en la patología de glándulas salivales, encontramos anticuerpos SS-A o SS-B cuando se sospecha de síndrome de Sjögren, o bien, cuando se sospecha de un proceso infeccioso contamos con estudios como recuento leucocitario y proteína C reactiva.⁴ Las alteraciones inflamatorias y obstructivas se observan con más frecuencia en las glándulas salivales mayores. Estas condiciones pueden simplificarse en dos características; la primera incluye enfermedades que alteran el tejido glandular, mientras que la segunda se encuentra principalmente en el sistema excretorio. Un ejemplo de la primera es el infiltrado intersticial observado en las infecciones agudas de origen viral; mientras que en la segunda en el sistema excretorio se trata de obstrucciones en los conductos que conducen por lo regular a una sialoadenitis.⁵

Las alteraciones que pueden provocar inflamación y/o dolor en las glándulas salivales mayores pueden ser muchas y éstas se resumen en la *Tabla 1*. Sin embargo, en este artículo nos enfocamos en sólo tres padecimientos: sialolitiasis, sialoadenitis y sialoadenosis.² Para el diagnóstico de alteraciones de las glándulas salivales es importante

Tabla 1: Diagnósticos diferenciales de inflamación en glándulas salivales.

Relacionado con glándulas salivales	Inflamación relacionada con regiones cercanas a glándulas salivales
Agudo	Linfoadenopatía
Sialoadenitis bacteriana	Linfadenitis
Sialoadenitis viral	Linfoma
Sialolitiasis	Otitis externa
Crónico	Absceso de espacio bucal
Tuberculosis	Absceso de espacio maseterino
Enfermedad de arañazo de gato	Absceso de espacio canino
Síndrome de Sjögren	Absceso parafaríngeo
Toxoplasmosis	Absceso de Bezold

Adaptada de: Armstrong MA et al.²

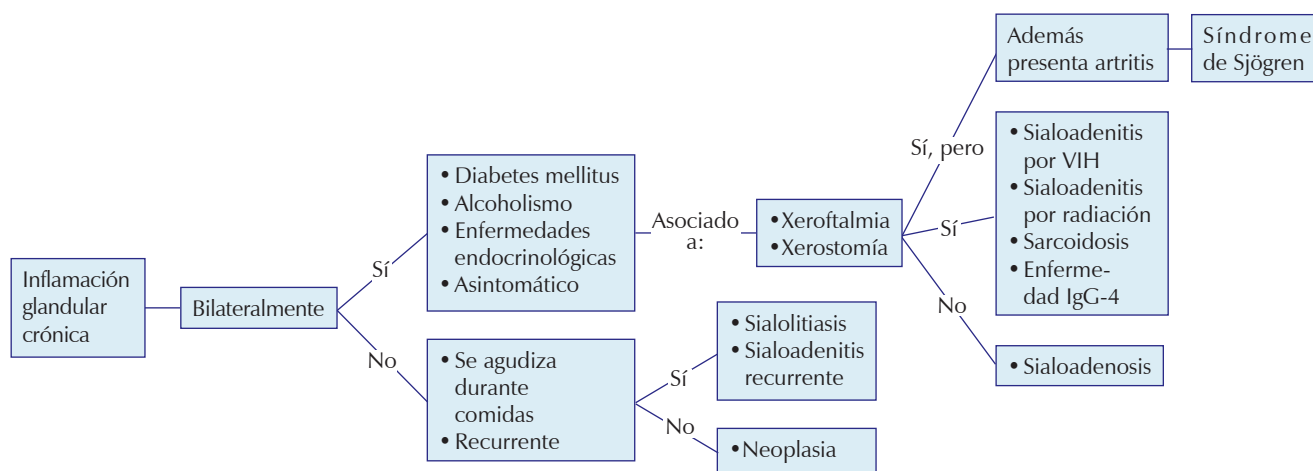


Figura 1: Guía de orientación diagnóstica de procesos inflamatorios glandulares crónicos.

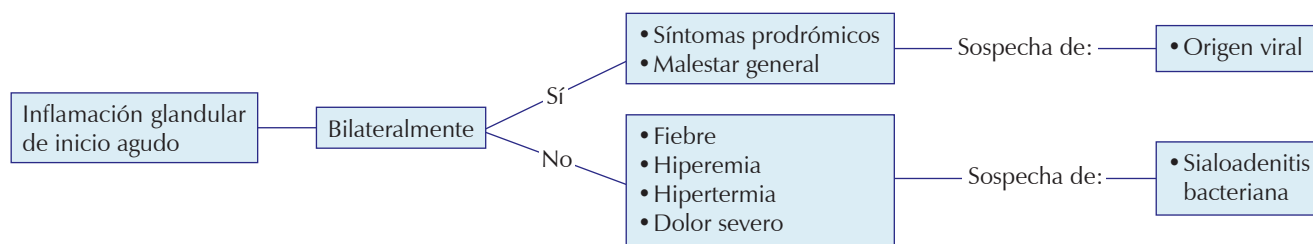


Figura 2: Guía de orientación diagnóstica de procesos inflamatorios glandulares agudos.

realizar una historia clínica completa y una exploración física minuciosa. Resulta de suma importancia indagar el inicio del padecimiento, lo que nos diferenciará de un proceso agudo a uno crónico, identificar el cambio de tamaño según el tiempo de evolución, presencia de fiebre, sintomatología dolorosa, ingesta de medicamentos, o presencia de enfermedad reumatológica. De acuerdo con su historia clínica y examinación física podremos observar diferentes cuadros clínicos (Figuras 1 y 2).

Sialoadenitis

La sialoadenitis se podría definir como un proceso inflamatorio de cualquiera de las glándulas salivales mayores, el cual puede ser causado por factores infecciosos o no infecciosos. La microbiología y tratamiento de infecciones es similar para cualquiera de las glándulas salivales. Infecciones retrógradas no obstructivas tienen prevalencia más alta en las glándulas parótidas, a diferencia de las sialoadenitis obstructivas provocadas por sialolitos, las cuales pueden complicarse y

son observadas con mayor frecuencia en las glándulas submandibulares.^{2,4}

La sialoadenitis aguda supurativa es una infección bacteriana caracterizada por tener un inicio repentino, doloroso y unilateral, aunque de manera ocasional puede ser bilateral. Por lo regular se encuentra asociado a inflamación u obstrucción de los conductos excretores. Debemos recalcar que las glándulas parótidas se ven más afectadas en infecciones retrógradas no obstructivas, es decir, que no está relacionada con sialolitos dentro del conducto. Caso contrario en sialoadenitis submandibulares, las cuales son principalmente la consecuencia de un cálculo que obstruye el flujo salival complicándose en una infección bacteriana.⁵

Microbiología: estados de xerostomía conllevan a cambios en la flora oral, lo que provoca la colonización de organismos patológicos. *Staphylococcus aureus* es la causa más común de sialoadenitis bacteriana aguda siendo responsable de 50 a 90% de casos en pacientes hospitalizados. Aunque como bien se sabe, las infecciones tienen con frecuencia un carácter polimicrobiano, otros

organismos aislados a menudo incluyen bacterias anaerobias y bacilos Gram negativos. Las bacterias asociadas con menos frecuencia en las sialoadenitis incluyen *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycobacterium tuberculosis* y *Actinomyces*.^{2,4}

En casos que exista un drenaje exudativo en algunas de las salidas de los conductos de las glándulas salivales (conducto de Stenon/Wharton) el diagnóstico se hace más obvio. Sin embargo, no siempre habrá presencia de drenaje supurativo, lo que dificultará el diagnóstico.² Se recomiendan estudios de imagen para identificar o descartar un absceso o un proceso obstructivo como sialolitiasis. La mortalidad para parotiditis supurativas ha descendido drásticamente en la era de los antibióticos, pero se continúa reportando entre 20 y 40%. Las complicaciones son raras. Estas complicaciones incluyen extensión del absceso a espacios profundos del cuello y mediastino, tromboflebitis séptica de la vena yugular (síndrome de Lemierre), osteomielitis mandibular, sepsis, obstrucción respiratoria o ruptura a través del conducto auditivo externo, con drenaje espontáneo a través de la cara.⁵

En el manejo de una sialoadenitis supurativa es necesario atender la emergencia, donde se incluyen: revertir la estasis salival, aumentar la ingesta de líquidos, mejorar la higiene oral, masaje de la glándula afectada, sialagogos y antibióticos. De ser posible se deberá discontinuar la ingesta de fármacos que provoquen hiposalivación. El uso de termoterapia con fomentos húmedos calientes y el uso de fármacos analgésicos ayudan a proveer alivio al paciente. Los masajes deberán iniciarse desde la glándula afectada siguiendo el curso del conducto de la glándula salival, esto podría aliviar de manera temporal la presión y el dolor asociado. Sialagogos como frutos cítricos se recomienda su uso de manera regular para estimular el flujo salival.^{2,4}

El uso de antibioticoterapia es la base principal del tratamiento y su administración debe ser puntual. Se deberá iniciar antibioticoterapia que cubra *S. aureus* así como para infecciones polimicrobianas aerobias y anaerobias. Debe tomarse en cuenta el alto porcentaje de infecciones causadas por bacterias productoras de betalactamasas (75%). La antibioticoterapia deberá ser modificada con base en los resultados del cultivo. En el caso de formación de un absceso se requerirá drenaje quirúrgico. Debido a su potencial de complicaciones se recomienda admisión hospitalaria a pacientes con sialoadenitis supurativa. Sin embargo, las complicaciones mencionadas con anterioridad son raras y se puede considerar el tratamiento extrahospitalario cuando el paciente no cuente con enfermedades sistémicas que comprometan su sistema inmunológico y que además

cuente con la tolerancia para la administración de antibioticoterapia vía oral. Los antibióticos de primera línea para el tratamiento no hospitalario son amoxicilina con ácido clavulánico y los pacientes alérgicos a las penicilinas pueden ser tratados con un macrólido en combinación con metronidazol.²

Una sialoadenitis de origen viral, a diferencia de la sialoadenitis de origen bacteriano, presentará de tres a cinco días síntomas prodrómicos no específicos como fiebre, malestar general, dolor de cabeza, mialgias, artralgias y anorexia. En 75% de los casos la inflamación parotídea se presentará de manera bilateral. Aunque los síntomas inicien de manera unilateral con el tiempo se convertirán en bilateral y por lo regular sin datos de hipertermia ni eritema. En las infecciones virales se dan principalmente de manera hematógena, aunque también pueden aparecer infecciones virales que hayan llegado de manera retrógrada a través del conducto de la glándula salival, tal es el caso de parotiditis (paperas), el cual es causado por el virus *Paramyxovirus*. Su tratamiento es de apoyo y consistirá en hidratación, higiene oral y reposo, ya que casi siempre son autolimitantes y desaparecerán por sí mismos. El uso de antipiréticos, antiinflamatorios y analgésicos resulta benéfico para el paciente. Su resolución se da por lo regular entre cinco y 10 días.^{2,4}

En un estudio realizado en Finlandia de 601 casos sospechosos de padecer paperas durante un periodo de 1983 a 1998, sólo 17 pacientes (2%) pudieron confirmarse ser originados por *Paramyxovirus*, lo que corroboraría un diagnóstico real de paperas. En este estudio fue posible confirmar que sólo 14% fue causado por otros tipos de virus. El restante 86% se cree pudieron haber tenido una causa no infecciosa de parotiditis, no se pudo confirmar que fuera de origen viral, en estudios insensibles, o los síntomas no estaban relacionados con la glándula parotídea. Otros virus asociados a sialoadenitis son el citomegalovirus, virus de Coxsackie, virus de inmunodeficiencia humana, parainfluenza tipo I y II, influenza A y herpes. Estos casos de parotiditis viral son aislados, esporádicos y muy a menudo son mal diagnosticados como paperas.^{2,4,6}

Las complicaciones de una parotiditis (paperas) incluyen orquitis en hombres, ooforitis en mujeres, mastitis, pancreatitis, meningitis aséptica, pérdida de la audición, miocarditis, poliartritis, anemia hemolítica y trombocitopenia. La parotiditis está relacionada con aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo; sin embargo, no está asociada a malformaciones congénitas. Todas las infecciones virales pueden complicarse en una infección de origen bacteriano debido a la inflamación y obstrucción del conducto salival.²

Sialolitiasis

Es la causa principal de las afecciones salivales obstructivas, afectan la glándula submandibular en 80% de los casos, seguida de la glándula parótida con 19% y las glándulas sublinguales en 1%. Se presenta principalmente de manera unilateral sin tener predilección del lado. Por lo general se manifiesta entre los 30 y 60 años y los hombres se ven afectados con mayor frecuencia que las mujeres. Es muy poco común encontrarlo en niños con tan sólo 3% de todos los casos.⁷ La marcada predilección por la glándula submandibular se debe en parte al hecho de que su conducto excretor es más largo, angosto, y se encuentra en su trayecto casi verticalmente y angulado, lo que ocasiona que el flujo salival se encuentre contra la gravedad, lo que favorece la estasis salival. Además, la secreción semimucosa de esta glándula es mucho más viscosa comparada con la secreción de tipo serosa de la glándula parótida. La formación de sialolitos ocurre cuando una matriz orgánica de glucoproteínas y mucopolisacáridos se combinan con carbonato de calcio y fosfato de calcio que se estancan en un conducto. La causa exacta de este proceso no es clara aún, la mayoría de los autores están de acuerdo en que la inflamación ductal y la estasis salival contribuyen a su formación. Esta misma estasis salival resulta en una predisposición a desarrollar una sialoadenitis infecciosa que incluye deshidratación, fármacos y malnutrición que también contribuyen a la formación del sialolito. De hecho, como se mencionó anteriormente, la sialoadenitis y la sialolitiasis son dos padecimientos que por lo regular se encuentran relacionados, ya que un proceso predispone al desarrollo del otro.^{2,4} La mayoría de los sialolitos tienen un diámetro máximo de 5 mm y todos aquellos con más de 10 mm deberán reportarse de tamaño inusual. Los que midan más de 15 mm serán clasificados como sialolitos gigantes.⁷

La presentación clínica de un sialolito salival por lo general es asintomática. Los síntomas relacionados con un proceso agudo son dolor e inflamación de la glándula afectada causados por la acumulación de saliva debido a la reducción del lumen del conducto de Wharton por la presencia de un sialolito. El dolor suele ser recurrente, sobre todo asociado al momento de la alimentación. A la palpación bimanual, algunas veces el sialolito se puede sentir a través del curso del conducto de la glándula afectada.^{2,7}

La sialolitiasis se confirma radiográficamente. Una radiografía intraoral oclusal es de bajo costo y rápida, con mínima exposición de radiación y puede ayudar a confirmar el diagnóstico. Es útil para sialolitos subman-

dibulares, donde los sialolitos son radiopacos en 90% de forma contraria de 20 a 40% de los sialolitos encontrados en el conducto parotídeo. Algunas otras calcificaciones que podrían confundirse con el diagnóstico son: flebolitos, linfadenopatía cervical calcificada y aterosclerosis de la arteria lingual.^{2,7}

El ultrasonido representa una excelente técnica diagnóstica de primer nivel, tiene capacidad de detectar sialolitos de hasta 2 mm en 90% de los casos. En manos experimentadas revela conductos y cálculos altamente mineralizados con un diámetro de al menos 1.5-3 mm. Debido a este margen en tamaño el ultrasonido nos permite una exclusión confiable de cálculos salivales pequeños. Durante el estudio es importante diferenciar si el cálculo se halla en el conducto principal o de manera intraglandular, debido a que de encontrarse de manera intraglandular, el tratamiento requerirá la remoción de la glándula afectada. El uso de estudios de imagen como tomografías computarizadas (TC) o resonancia magnética se reserva a resultados negativos en estudios de ultrasonido. Aunque hay que destacar que tanto la TC como el ultrasonido pueden además proporcionar datos adicionales como la presencia de un absceso o de alguna masa neoplásica.^{2,5}

Pacientes con evidencia de sialoadenitis supurativa deben ser tratados como se describió previamente en el apartado de sialoadenitis. Para extraer sialolitos que son palpables cerca de los orificios de salida, basta con el «ordeñamiento» del conducto de manera digital, de no lograrse se puede realizar una dilatación o incisión sobre el orificio de salida del conducto para ayudar a la extracción del sialolito. Independientemente del éxito de la extracción, el paciente debe continuar en seguimiento y debe ser tratado con analgésicos, masajes del trayecto del conducto por parte del paciente así como sialagogos. Si el tratamiento conservador falla, deberá llevarse a cabo un tratamiento quirúrgico, ya sea de manera intraoral o transcervical.²

Sialoadenosis

La sialoadenosis (también conocida como sialosis) se define como un aumento de volumen persistente, bilateral, asintomático, de consistencia blanda, que no es de origen neoplásico ni inflamatorio, por lo regular involucra ambas glándulas parótidas y algunas veces las glándulas salivales submandibulares. Aunque se encuentra relacionado a múltiples padecimientos sistémicos, el común denominador de esta rara entidad se cree es una disfunción en el sistema nervioso autónomo de las glándulas afectadas, casi siempre asociado con

condiciones sistémicas subyacentes. Los padecimientos sistémicos asociados a sialoadenosis incluyen: anorexia nerviosa, bulimia, malnutrición con deficiencia de vitaminas como beriberi y pelagra, diabetes, malabsorción, hipotiroidismo, acromegalia, hipofunción gonadal, obesidad, cirrosis por alcoholismo, alcoholismo, embarazo, pancreatitis crónica, medios de contraste que contengan yodo, exposición a metales pesados, y algunos fármacos que afectan sistema nervioso autónomo, como antihipertensivos, agentes B adrenérgicos y broncodilatadores. Se ha inducido en animales de manera experimental usando isoprenalina. A pesar de que, como se mencionó, la etiología puede ser extremadamente variada, se piensa que es el resultado de un efecto patogénico común que produce neuropatía autonómica periférica, el cual es responsable de los desórdenes del metabolismo salival y de secreción.^{2,7}

Por lo regular este padecimiento cursa de manera asintomática a menos que la lesión sea demasiado grande, lo que podría provocar sensibilidad y dolor a la palpación de la glándula afectada. A la examinación el paciente no parece tener toxicidad sistémica, no existe sensibilidad a la palpación ni presenta eritema o hipertermia. No habrá salida de material purulento por el conducto de las glándulas afectadas. No requiere intervención de urgencias.^{2,5,7}

Histología revela hipertrofia de las células acinares sin datos de infiltrado inflamatorio. El diámetro de los acinos puede incrementarse de dos a tres veces lo normal alcanzando un tamaño que va de 50 a 100 μm .^{2,5,8}

El diagnóstico se lleva a cabo de manera exitosa integrando la historia medica del paciente, signos y síntomas clínicos del aumento de volumen de las glándulas salivales.⁵ Estudios como sialografías podrían tener un rol importante en el diagnóstico de sialoadenosis, principalmente en estadios avanzados de la enfermedad cuando los cambios son causados por inflamación acinar con compresión de los ductos proximales. En estadios tempranos podría no haber cambios en la sialografía.⁸

La eliminación del aumento de volumen asociado a sialoadenosis va dirigida al control de la condición sistémica que la está provocando, aunque en algunos casos no responderá bien, incluso con el adecuado tratamiento de la enfermedad subyacente. El tratamiento incluye la aplicación de fomentos calientes a las glándulas afectadas, sustitutos salivales y el uso de sialagogos. En los casos que no responden adecuadamente a los tratamientos antes mencionados, podría tomarse en cuenta en última instancia la exéresis de la glándula afectada, más si éstas producen alteraciones estéticas inaceptables.^{8,9}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de paciente masculino de 57 años de edad, el cual refiere inicio de padecimiento actual en enero de 2019 con datos de aumento de volumen en región submandibular izquierdo (*Figura 3*) presentándose de manera intermitente, agudizando durante la alimentación, con antecedente de fistulización espontánea con gasto de secreción purulenta bajo tratamiento antibiótico. A la exploración física se encuentra aumento de volumen en región submandibular izquierda, de consistencia firme, móvil, no doloroso a la palpación, con tegumentos de color similar a tejido adyacente. Intraoralmente encontramos fórmula dental incompleta con datos de mala higiene oral, con datos de disminución de flujo salival de conducto submandibular izquierdo, mucosas subhidratadas. Se solicitó TC simple de macizo facial y cuello, donde se observa lesión hiperdensa con respecto a tejidos adyacentes en región submandibular, así como aumento de volumen de glándula submandibular del lado izquierdo (*Figura 4*). Correlacionando los datos clínicos y estudios de imagen se da un diagnóstico presuntivo de sialoadenitis y sialolitiasis de glándula submandibular izquierda (*Figura 5*). Dentro de antecedentes patológicos y no patológicos encontramos paciente con hipertensión arterial sistémica bajo tratamiento médico con losartán de 50 mg cada 12 horas, fumador desde los 20 años, hasta



Figura 3: Foto inicial de paciente en una vista caudocefálica donde se observa aumento de volumen de región submandibular izquierda, así como cicatriz correspondiente al antecedente de proceso infeccioso supurativo.

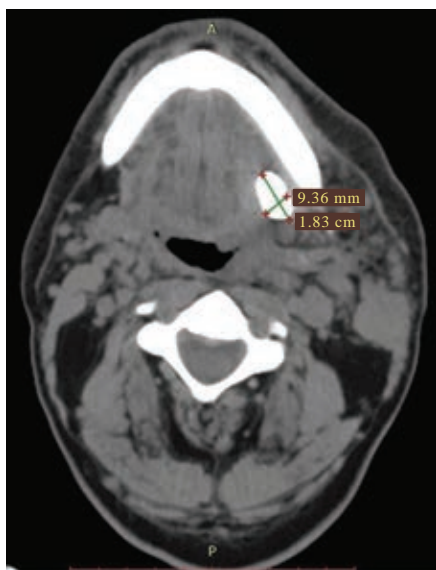


Figura 4: Tomografía computarizada en un corte axial donde se observa lesión hiperdensa con respecto a tejido adyacente, correspondiente a sialolito de conducto de glándula submandibular.

una cajetilla de cigarrillos al día, alcoholismo desde los 20 años de forma frecuente.

Se decide realizar tratamiento quirúrgico de biopsia escisional de glándula submandibular izquierda (Figura 6) así como de probable sialolito encontrado en conducto de la glándula asociada (Figura 7), ambos especímenes fueron enviados para su estudio histopatológico, confirmando los diagnósticos de sialolitiasis, sialoadenitis y además se obtuvieron datos histológicos compatibles con sialoadenosis. Actualmente a sus 12 meses postoperatorios el paciente evoluciona de manera favorable sin datos de recidiva (Figura 8).

DISCUSIÓN

Según se reporta, el tratamiento indicado para la sialoadenitis crónica y recurrente es la sialoadenectomía debido a que en esta condición la glándula deja de ser funcional y tiende a sufrir infecciones agudas de manera persistente.¹⁰ Existen otras alternativas como la técnica láser, esta técnica permite la remoción de los cálculos sin necesidad de resección glandular.¹¹ Algunos autores mencionan que el tratamiento conservador para la sialolitiasis es efectivo para los sialolitos menores de 1.5 cm.¹² Por lo anterior, en el caso presentado se optó por hacer exéresis de la glándula submandibular debido al



Figura 5: Marcaje de zona quirúrgica previo a biopsia escisional de glándula submandibular.



Figura 6: Fotografía transquirúrgica previa a realizar la biopsia escisional de glándula submandibular.

tamaño del sialolito y al antecedente de sialoadenitis supurativa recurrente.

En relación con el flujo salival, se dice se ve disminuido en casos de sialolitiasis;¹³ sin embargo, se ha reportado que los pacientes con sialolitiasis submandibular pueden presentar aumento del flujo salival causado por el agrandamiento glandular.¹⁴ Encontramos en este paciente disminución del flujo salival del conducto de la glándula submandibular del lado izquierdo.

La sialoadenosis puede ser causada por diabetes mellitus, alcoholismo, desnutrición así como enfermedades hepáticas, aunque también se han reportado casos de origen idiopático.^{9,15} En la anamnesis de este caso se reportó la ingesta de bebidas alcohólicas, llegando al estado de embriaguez al menos una vez por semana

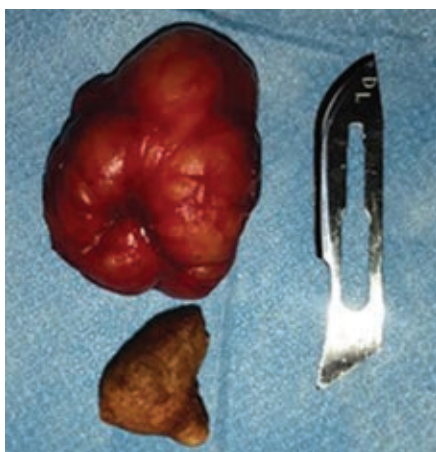


Figura 7: Glándula submandibular izquierda y sialolito extraído del conducto de la misma glándula comparados con bisturí número 20.



Figura 8: Fotografía extraoral de proyección caudocefálica en hiperextensión de cuello a los 12 meses de control postoperatorio, se observa cicatriz en completo proceso de cicatrización.

desde los 20 años. Detectar estas tres patologías en un solo paciente es poco común y no se encontró descrito en la literatura.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico mediante biopsia escisional de la glándula salival afectada se llevará a cabo cuando se tenga un diagnóstico presuntivo de sialoadenitis y sialolitiasis, donde estén presentes sialolitos de gran tamaño,

exista recurrencia que no resuelva con antibioticoterapia o procesos supurativos constantes.

Es importante destacar que el hallazgo histopatológico fue además sialoadenosis, padecimiento que por sí mismo es poco frecuente. No se encontró literatura que documente los tres padecimientos antes descritos en un mismo paciente. Queda en evidencia la importancia del estudio histopatológico en cada una de las lesiones que sean retiradas en cualquier paciente.

No habrá que olvidar la vital relevancia en la elaboración de la historia clínica detallada de cada paciente, que además de guiarnos hacia un diagnóstico presuntivo, podrá explicar la causa probable de dichos padecimientos.

En este caso en particular no hubo evidencia de complicación ni recidiva durante los controles postoperatorios realizados a los tres, seis, nueve y 12 meses.

REFERENCIAS

1. De Ferraris, María Elsa Gómez. Histología y embriología bucodental. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
2. Armstrong MA, Turturro MA. Salivary gland emergencies. *Emerg Med Clin North Am.* 2013; 31 (2): 481-499.
3. Rouviere H, Delmas A. Anatomía humana cabeza y cuello. Barcelona: Ed. Masson; 2005.
4. Ogle OE. Salivary gland diseases. *Dent Clin North Am.* 2020; 64 (1): 87-104.
5. Ugga L, Ravanelli M, Pallottino AA, Farina D, Maroldi R. Diagnostic work-up in obstructive and inflammatory salivary gland disorders. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2017; 37 (2): 83-93.
6. Davidkin I, Jokinen S, Paananen A, Leinikki P, Peltola H. Etiology of mumps-like illnesses in children and adolescents vaccinated for measles, mumps, and rubella. *J Infect Dis.* 2005; 191 (5): 719-723.
7. Pachisia S, Mandal G, Sahu S, Ghosh S. Submandibular sialolithiasis: A series of three case reports with review of literature. *Clin Pract.* 2019; 9 (1): 1119.
8. Coleman H, Altini M, Nayler S, Richards A. Sialadenosis: a presenting sign in bulimia. *Head Neck.* 1998; 20 (8): 758-762.
9. Naik K, Mandel L. Sialosis, gout induced or idiopathic? Case Report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017; 75 (2): 343-347.
10. Torroni AA, Mustazza MC, Bartoli DD, Iannetti GG. Transcervical submandibular sialoadenectomy. *J Craniofac Surg.* 2007; 18 (3): 613-621.
11. Pastor-Ramos V, Cuervo-Díaz A, Aracil-Kessler L. Sialolithiasis. Proposal for a new minimally invasive procedure: piezoelectric surgery. *J Clin Exp Dent.* 2014; 6 (3): e295-e298.
12. Da-Silva JR, Bonardi JP, dos Santos Pereira R, Albuquerque C, da-Rocha-Júnior VH, Hochuli-Vieira E. Prospective evaluation of the sialoadenectomy as treatment for giant sialolith in the submandibular gland: Case series. *J Oral Diag.* 2018; 3 (1): 1-5.
13. Franco A, de Carvalho Mattos MJ, Ferrari F, Dos Reis Neto JM, Carta Gambus LC, Couto Souza PH et al. Massive submandibular sialolith: complete radiographic registration and biochemical analysis through X-ray diffraction. *Case Rep Surg.* 2014; 2014: 659270.
14. Jardim EC, Ponzoni D, de Carvalho PS, Demétrio MR, Aranega AM. Sialolithiasis of the submandibular gland. *J Craniofac Surg.* 2011; 22 (3): 1128-1131.

15. Scully C, Bagán JV, Eveson JW, Barnard N, Turner FM. Sialosis: 35 cases of persistent parotid swelling from two countries. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 46 (6): 468-472.

Conflicto de intereses: los autores no presentan conflicto de intereses.

Aspectos éticos: se respetó la ley general de salud en materia de investigación, la ley de transparencia para manejo de datos, consentimiento informado.

Financiamiento: todos los gastos fueron cubiertos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Hospital Regional 1º de Octubre.

Correspondencia:

Dr. Mauricio González Rebattu y González

E-mail: mauriciorebattu@yahoo.com.mx

www.medigraphic.org.mx