



Conducto de Stensen aberrante con orificio cutáneo. Reporte de caso

Héctor Mastranzo Corona,* Jorge Carrillo Rivera,** Berenice Aguirre Solorio***

RESUMEN

La fístula congénita de la glándula parótida fue referida inicialmente por Mason y Chisolm en el libro *Patología Oral* de Thoma (1970). Existen pocos casos reportados en la literatura que describan la presencia de conductos aberrantes o ectópicos de la glándula parótida. El objetivo del presente artículo es reportar un caso clínico de conducto de Stensen aberrante con orificio cutáneo y el tratamiento quirúrgico realizado.

Palabras clave: Fístula congénita de la parótida, conducto de Stensen aberrante.

SUMMARY

Congenital parotid fistulae are referred to by Mason and Chisolm who quote from Thoma, Oral Pathology (1970). There are few reported cases in the literature describing the presence of aberrant or ectopic ducts of the parotid gland. The aim of the present paper is to report the case of an aberrant Stensen duct with cutaneous orifice and surgical treatment realized.

Key words: Congenital parotid fistulae, aberrant Stensen duct.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías de la glándula parótida incluyen la aplasia glandular,^{1,2} la atresia del conducto,³ la presencia de una glándula accesoria o ectópica,⁴ y una variedad de quistes.^{5,6} Las anomalías del conducto salival de la glándula parótida (conducto de Stensen) incluyen la sialectasia y la presencia de conductos aberrantes, aunque son

relativamente raras y existe poca bibliografía de casos reportados.^{7,8}

Su etiología se desconoce; sin embargo, se ha relacionado con la alteración congénita durante el desarrollo embrionario. Gorlin, Pindborg y Cohen (1970) describieron la relación de las fisuras faciales congénitas que involucran las glándulas salivales menores subyacentes sugiriendo que un surco embriológico que desaparece normalmente a las

* Cirujano Oral y Maxilofacial. Adscrito al Hospital Regional Centenario de la Revolución Mexicana «Emiliano Zapata», ISSSTE Morelos.

** Cirujano Oral y Maxilofacial. Adscrito al Hospital General «Dr. Darío Fernández» ISSSTE. Profesor de la Universidad Justo Sierra. Ciudad de México.

*** Cirujana Oral y Maxilofacial, Práctica Privada.

Correspondencia:

Dr. Jorge Amulfo Carrillo Rivera

Dpto. de Cirugía Maxilofacial. Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro», Ciudad de México.

E-mail: dr_jorge_carrillo_cmf@hotmail.com

siete semanas en el útero persiste después de la fusión de los procesos faciales alrededor de esa etapa de desarrollo.^{9,10}

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de ocho años de edad que se presenta al Hospital Regional Centenario de la Revolución Mexicana «Emiliano Zapata», ISSSTE Morelos, sin antecedentes heredofamiliares de importancia.



Figura 1. Fotografía clínica inicial donde se observa orificio cutáneo con secreción hialina.

La madre de la paciente refiere secreción de líquido traslúcido constante por la mejilla derecha, principalmente al ingerir alimentos y ante la estimulación en región parotídea. Desde el nacimiento hasta el instante de la exploración física presentó *pit* labial con orificio cutáneo y secreción hialina en región naso labial derecha (*Figura 1*).

Intraoralmente, muestra ausencia de orificio de conducto salival parotídeo (*Figura 2*). Se solicitó sialografía para valorar derivación, medición y trayecto, apreciando aberración del conducto de Stensen con fístula hacia región nasolabial, glándula parótida con bordes definidos de 5 x 3 cm de diámetro, vascularizada (*Figura 3*).



Figura 3. Sialografía derecha donde se aprecia medio de contraste a través del orificio cutáneo.



Figura 2. Fotografía intraoral de la región bucal con ausencia clínica de orificio de salida del conducto de Stensen.

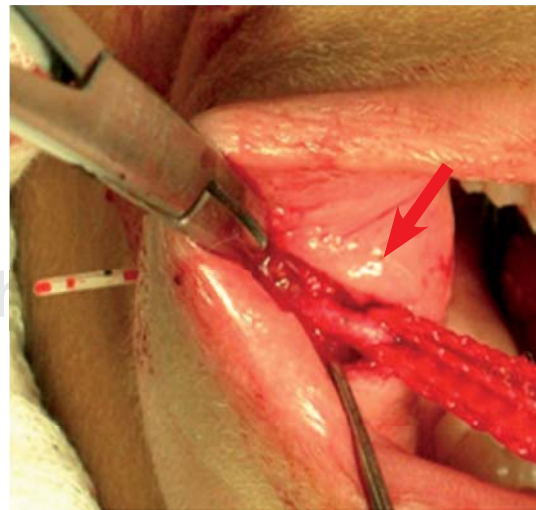


Figura 4. Abordaje transoral para transposición del conducto de Stensen.



Figura 5. Fijación intraoral del catéter a nivel del primer molar.



Figura 6. Fotografía intraoral que muestra secreción salival intraoral.

Bajo anestesia general, intubación orotraqueal previa asepsia y antisepsia, se introdujo vía cutánea catéter Stondara (epidural) para canalizar 2/3 del conducto de Stensen fijación a piel con sutura nylon 3-0. Posteriormente se realizó incisión intraoral mucosa yugal a través del músculo buccinador disecando hasta apreciar trayecto del conducto con la subsecuente transposición del orificio y conducto de Stensen a cavidad oral. Se realizó incisión a nivel del primer molar para tunelizar y fijar con catgut crómico 3-0, corroborando salida de secreción salival intraoralmente (*Figuras 4 y 5*).

Se evaluó el resultado a las tres semanas de la operación notándose una adecuada secreción de



Figura 7. Fotografía extraoral con adecuada cicatrización, sin datos de dehiscencia.

la glándula parótidea en el orificio intraoral (*Figuras 6 y 7*).

DISCUSIÓN

Entre las anomalías de la glándula parótida el conducto aberrante es de las menos frecuentes; la literatura reporta cuatro casos con diferentes anomalías asociadas.¹⁰⁻¹³

El tratamiento quirúrgico para la transposición del conducto de Stensen con orificio en la mucosa yugal se realiza con la finalidad de permitir la secreción de forma natural hacia la cavidad oral.¹⁴ En el presente caso se realizó transposición del conducto aberrante hacia cavidad oral con una adecuada evolución a las tres semanas de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Consuegra L, Rosado P, Gallego L, Junquera L. Unilateral absence of submandibular gland secondary to stones. Aplasia versus early atrophy. *Med Oral Patol Cir Bucal.* 2010; 15: e752-754.
2. Madel L. An unusual pattern of dental damage with salivary gland aplasia. *J Am Dent Assoc.* 2006; 137: 984-989.
3. Shojaku H, Shojaku H, Shimizu M, Seto H, Watanabe Y. MR sialographic evaluation of sialectasia of Stensen's duct: Comparison with X-ray sialography and ultrasonography. *Radiat Med.* 2000; 18: 143-145.
4. Stenner M, Preuss SF, Hüttenbrink KB, Klusmann JP. Accessory parotid gland lesions: case report and review of literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008; 265: 1135-1138.
5. Seifert G, Thomsen S, Donath K. Bilateral dysgenetic polycystic parotid glands. Morphological analysis and differential diagnosis of a rare disease of the salivary glands. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol.* 1981; 390: 273-288.

6. Dobson CM, Ellis HA. Polycystic disease of the parotid glands: case report of a rare entity and review of the literature. *Histopathology*. 1987; 11: 953-961.
7. Polayes IM, Rankow RM. Cysts, masses, and tumors of the accessory parotid gland. *Plast Reconstr Surg*. 1979; 64: 17-23.
8. Grundfast KM, Barber CS, Kubicki SP. Congenital aberrantly located cutaneous Stensen's duct orifice. A newly described anomaly. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1987; 14: 197-202.
9. Gorlin RJ, Pindborg JJ, Cohen MM Jr. *Syndromes of the head and neck*. 2nd. ed. New York: McGraw-Hill. 1970.
10. Mason DK, Chisolm DM. *Salivary Glands in Health and Disease*. St. Louis: C. V. Mosby Co. 1975.
11. Arriaga MA, Dindzans LJ, Bluestone CD. Parotid duct communicating with a labial pit and ectopic salivary cyst. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1990; 116: 1445-1447.
12. Bruno I, Artico G, Martins F, Pinto D Jr, Witzel A, Lemos C Jr et al. Ectopic salivary duct on the lip vermilion border having arisen congenitally from a rhabdomyomatous hamartoma in the lower labial submucosa. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69: 1269-1271.
13. Miyashita M, Taguchi A, Ochiai T, Kawahara I, Hasegawa H, Kagami H. An aberrant parotid gland duct with a cutaneous orifice, accompanied by sialolithiasis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013; 71: 77-82.
14. Gilbert PM. Congenital external fistulae of the parotid duct. *Br J Plast Surg*. 1987; 40: 99-101.