



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 15, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2019 • pp. 92-96

Calcificación distrófica en glándula parótida. Reporte de un caso clínico

Dystrophic calcification in the parotid gland.
A clinical case report

Alain Alberto Aguirre Cárdenas,* Nadine Guadalupe Armendáriz López‡

RESUMEN

Introducción: La calcificación distrófica es el tipo de calcinosis cutánea más frecuente. Se distingue porque los niveles de calcio y fosfato en suero son normales y suele aparecer por algún daño o alteración de colágeno, elastina o grasa subcutánea. **Objetivo:** Presentar el reporte de un caso clínico de calcificación distrófica en la glándula parótida en un niño de 10 años. **Caso clínico:** Paciente de 10 años, quien presentó aumento de volumen a nivel de la rama de la mandíbula del lado derecho. Inició su padecimiento después de sufrir traumatismo en hemicara de lado derecho, sufriendo leve inflamación, la cual aumentó progresivamente. **Conclusión:** La presencia de calcificaciones en la región parotidea puede confundir al cirujano en el diagnóstico y, en consecuencia, en el tratamiento de este tipo de patología, por lo que es necesario reunir datos clínicos del paciente, estudios de laboratorio e imagenológicos, para poder descartar alguna patología obstructiva, traumática o infecciosa. Por tanto, es importante conocer la fisiopatología de cada una de las probables alteraciones patológicas para llegar al diagnóstico correcto.

Palabras clave: Calcificación distrófica, calcinosis cutánea, glándula parótida.

ABSTRACT

Introduction: Dystrophic calcification is the most common type of calcinosis cutis. Calcium and phosphate levels in serum are normal and it appears due to some sort of damage or alteration in collagen, elastin or subcutaneous fat. **Objective:** To present the clinical case of dystrophic calcification in the parotid gland on a male, 10 years old patient. **Clinical case:** Male patient, 10 years old, presents an increase in volume to the level of the ramus of the jaw on the right side. It started after a traumatism that led to light swelling and increased progressively. **Conclusion:** The presence of calcification on the parotid region may be confused with other pathologies, which means it is necessary to collect all of the patient's clinical data, laboratory and imaging studies, to be able to rule out any other traumatic, obstructive or infectious pathology. It is essential to understand each of the lesion's physiopathology to obtain a correct diagnosis.

Keywords: Dystrophic calcification, calcinosis cutis, parotid gland.

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial.
† Médico adscrito. Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua, Chihuahua.

Correspondencia:

Nadine Guadalupe Armendáriz López
Av. Prolongación Pacheco S/N y Blvd. Juan Pablo II,
Col. Vista Ávalos, 31000,
Chihuahua, Chihuahua, México.
Teléfono: (614) 4293300
E-mail: nadine.armendariz94@gmail.com



www.medicgraphic.com/cirugiabucal

INTRODUCCIÓN

La calcinosis cutánea es una condición que se caracteriza por la presencia de depósitos de hidroxiapatita, el cual es un material biológico formado por fosfato de calcio cristalino. Desde el punto de vista clínico, se trata de pápulas o nódulos duros, blanquecinos o amarillentos, grumosos y radiopacos,¹ que se pueden clasificar en cinco tipos e incluyen: calcificación idiopática, calcifilaxis, calcificación iatrogénica, calcificación metastásica y calcificación distrófica.

La calcificación idiopática se distingue porque no existe ninguna alteración metabólica o daño estructural en el tejido, y los niveles de calcio o fosfato se encuentran dentro de los valores normales.² La calcifilaxis se distingue por la aparición de úlceras cutáneas necróticas, por depósito de sales cárnicas en la capa media de las arteriolas dermoepidérmicas.³ La calcificación iatrogénica se presenta como consecuencia de un procedimiento invasivo, que utiliza sustancias que tienen calcio o fosfato.⁴ La calcificación metastásica se caracteriza por niveles anormales de calcio o fósforo en suero, que conducen a la precipitación de las sales de calcio en un tejido normal no dañado estructuralmente. Por último, la calcificación distrófica es el tipo de calcinosis cutánea más frecuente. En este tipo, los niveles de calcio y fosfato en suero se encuentran dentro de los niveles normales, y la calcificación aparece por algún daño secundario o alteración de colágeno, elastina o grasa subcutánea. El daño tisular, hipoxia e hipovascularización conducen a la liberación de proteína ligadora de fosfato desde las células necróticas, que van a captar el fosfato, favoreciendo la calcificación.

Este tipo de calcificación se asocia con múltiples enfermedades, las cuales conducen a un daño del tejido conectivo, como enfermedades autoinmunes, hereditarias del tejido conectivo, neoplasias cutáneas, paniculitis, infecciones y casos secundarios a traumatismos o cicatrices de quemaduras.⁵

El objetivo de este trabajo es presentar el reporte de un caso clínico de calcificación distrófica en glándula parótida, en un paciente de 10 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Masculino de 10 años de edad, quien llegó a consulta por un aumento de volumen a nivel de la rama de la mandíbula del lado derecho. La madre contó que el paciente inició su padecimiento después de sufrir un traumatismo con un objeto romo de madera (mango de un azadón), aproximadamente hace

un año, presentando leve inflamación, la cual fue aumentando lentamente. Clínicamente, se observó discreta asimetría facial por aumento de volumen en la región que corresponde a la glándula parótida derecha, que se encuentra suave a la palpación, aunque con áreas de consistencia dura, ovoides, bien circunscritas, indoloras y sin adenopatías cervicales (*Figura 1*).

Se realizó un ultrasonido de región parótidea, el cual reportó múltiples masas hiperecogénicas, homogéneas, bien definidas y dentro del parénquima glandular. No se reportaron adenomegalias cervicales, aunque sí moderada vascularidad. Además, se realizó tomografía axial computarizada en fase simple y contrastada, en la cual se aprecian múltiples masas calcificadas, de aspecto ovalado, de tamaño variable (encontrándose la lesión de mayor tamaño de 2 cm y la menor de 1.5 cm, aproximadamente), dentro del parénquima parótideo e inmediatamente por debajo de él (*Figura 2*).

Bajo anestesia general, se realizó una biopsia excisional, con abordaje de Blair modificado y se encontraron en total seis masas calcificadas (*Figura 3*), dentro del lóbulo superficial de la glándula parótida y haz superficial del músculo masetero (*Figura 4*). En el postquirúrgico inmediato se colocó Drenovac y se afrontó con puntos simples (*Figura 5*). El paciente toleró de manera adecuada el procedimiento, y no hubo ningún daño temporal ni permanente en el nervio facial (*Figura 6*). En la descripción macroscópica, se revelaron fragmentos de tejido que variaron de 1.5 a 0.2 cm, ovoides, amarillos y firmes. Finalmente, el diagnóstico fue de calcificaciones laminares concéntricas.

DISCUSIÓN

Dentro de las radiopacidades de tejido blando se pueden incluir las calcificaciones, las osificaciones y los cuerpos extraños. Las calcificaciones son usualmente los hallazgos más frecuentes, las cuales constituyen depósitos de sales de calcio en tejido, que pueden depositarse por mecanismos distróficos, metastásicos o de naturaleza idiopática. El mecanismo distrófico comúnmente se asocia con daño tisular con degeneración del tejido y necrosis, la cual atrae la precipitación de las sales de calcio.⁶

En la literatura, encontramos sólo un caso de calcificación distrófica en glándula parótida en un paciente pediátrico de siete años, quien presentó tres lesiones calcificadas en el parénquima superficial de la glándula y en ángulo de la mandíbula.⁷

Dentro de las calcificaciones distróficas en la región bucofacial, se incluyen entidades como los nódulos linfáticos calcificados, siendo los submandibulares y los cervicales laterales los más afectados.⁶

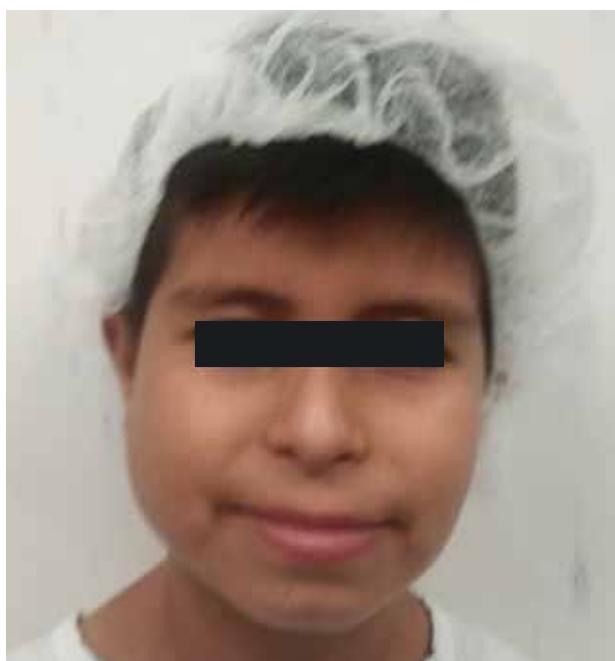


Figura 1: Fotografía extraoral de frente prequirúrgica. Se observa discreta asimetría facial por aumento de volumen en la región que corresponde a la glándula parótida derecha.

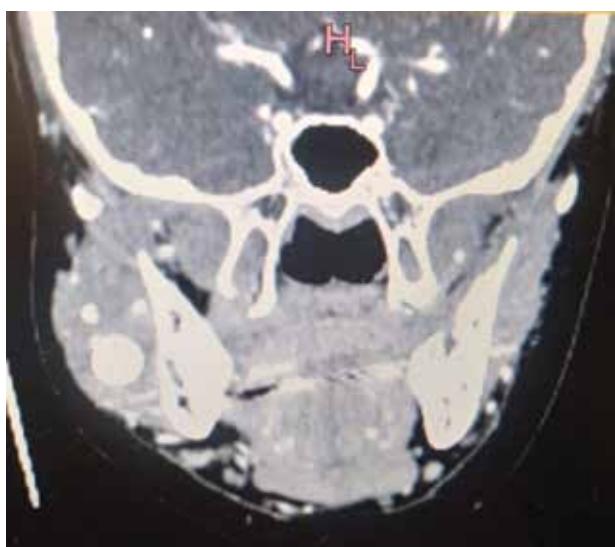


Figura 2: Tomografía axial computarizada contrastada, donde se observan múltiples masas calcificadas aparentemente en la glándula parótida.

De igual manera, se presentó otro caso en el cual se encontraron calcificaciones en nódulo linfático parótideo, auricular posterior y submandibular del lado derecho, debido a una inflamación crónica,⁸ esto es un fenómeno bastante raro, asociado principalmente con tuberculosis o abscesos necróticos⁷ (lo cual, en nuestro caso, el paciente no presentaba).

También se encontraron casos de miositis osificante, que es una entidad clínica de tipo distrófica, la cual puede involucrar a los músculos maseteros, esternocleidomastoideo, pterigoideo medial y temporal;⁶ ésta es una rara condición que, tras un único traumatismo o traumatismos continuos, se produce un hematoma muscular y del periostio, con una calcificación posterior del mismo, en un periodo que oscila entre una y tres semanas, formándose hueso de forma heterotópica. Su diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, radiológicos y microscópicos,



Figura 3: Masas calcificadas de diferentes dimensiones.

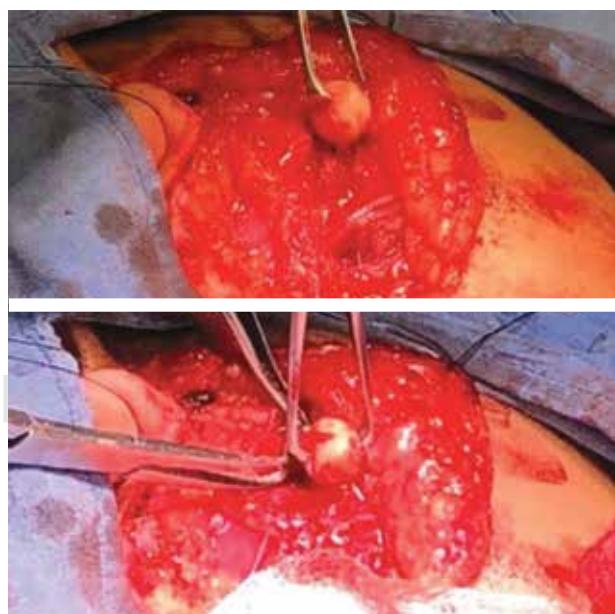


Figura 4: Toma de biopsia en lóbulo superficial de la glándula parótida.



Figura 5: Postquirúrgico inmediato, donde se observa abordaje realizado, preauricular y submandibular derecho. Se coloca Drenovac y se afronta mediante puntos simples.

incluyendo una historia de traumatismos previos o iatrogenia, que suele presentar dolor, hiperestesia y limitación del movimiento del músculo afectado.⁹

Dentro de las calcificaciones idiopáticas en el complejo bucofacial, se incluyen sialolitos y flebolitos.

La sialolitiasis es una patología obstructiva de las glándulas salivales, que se caracteriza por la formación de cálculos en el interior del parénquima o del sistema ductal glandular. Es un padecimiento inusual en pacientes pediátricos,¹⁰ y para que se pueda formar un flebólito debe existir alguna malformación arteriovenosa. Aproximadamente, 40% de las malformaciones venosas se sitúan en la región de la cabeza y el cuello y, en ocasiones, se les asocia con la formación de flebolitos, y rara vez se encuentran lesiones vasculares del área maxilofacial.¹¹

Existe una variedad de lesiones calcificadas en tejido blando cervicofacial. Para poder llegar a un diagnóstico, son necesarios la historia clínica, exploración física, estudios de laboratorio y de imagen. El ultrasonido se considera el método de primera elección en las enfermedades de los tejidos blandos de la cabeza y cuello, incluyendo la glándula parótida. En la exploración, se debe determinar si el tumor tiene una ubicación intra o extraglandular, si es sólido, quístico o mixto, poco o altamente vascularizado, con contornos bien o mal definidos, si está asociado con linfadenopatía y si es único o múltiple.¹²



Figura 6: Fotografía extraoral de frente postquirúrgica tres semanas después.

En nuestro caso, no se realizó la toma de biopsia con aguja fina, debido a que en la literatura médica se encuentra reportada la poca utilidad que presenta en estos casos, puesto que es imposible penetrar las lesiones calcificadas, y usualmente se encuentran sólo datos inflamatorios inespecíficos. Se descartaron las demás identidades, ya que el paciente no presentó dolor a la palpación, parestesia, parálisis, abscesos, antecedentes heredofamiliares y patológicos, como tuberculosis. Solamente tuvo un traumatismo, el cual aumentó progresivamente. Asimismo, después de los estudios de laboratorio y de imagen, se pudo descartar malformaciones arteriovenosas o alguna infección activa.

Si se sospecha de alguna calcificación distrófica en la glándula parótida y la lesión no causa asimetría facial en el paciente pediátrico, algunos cirujanos consideran que no es necesario el tratamiento quirúrgico, solamente revisiones periódicas. No obstante, la mayoría de los cirujanos coinciden en que es necesario intervenir quirúrgicamente si la patología causa asimetría o algún otro tipo de sintomatología, basándose en los riesgos/beneficios de la localización de la calcificación.⁷

CONCLUSIÓN

La presencia de calcificaciones en la región parótidea puede confundir al cirujano en el diagnóstico y, en consecuencia, en el tratamiento de estas lesiones, ya

que existe una variedad de lesiones calcificadas que se puede presentar en tejido blando cervicofacial, por lo que es necesario reunir datos clínicos del paciente, estudios de laboratorio e imagenológicos, para así poder descartar alguna patología obstructiva, traumática o infecciosa. Por tanto, es importante conocer la fisiopatología de cada una de las lesiones, para llegar al diagnóstico correcto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sparsa A. Calcinosis, osificaciones y lesiones cartilaginosas cutáneas. EMC-Dermatología. 2014; 48 (3): 1-12.
2. Reiter N, El-Shabrawi L, Leinweber B, Berghold A, Aberer E. Calcinosis cutis. J Am Acad Dermatol. 2010; 65 (1): e1-12.
3. Batún-Garrido JAJ, Hernández-Núñez É, Muñoz-Pérez H. Calcifilaxis en la práctica clínica: informe de un caso con insuficiencia renal crónica terminal. Med Int Mex. 2014; 30 (6): 721-726.
4. Pérez-Pampín E, Campos-Franco J, Blanco-Rodríguez J, Mera-Varela A. Calcinosis cutis en una paciente con lupus eritematoso sistémico. Reumatol Clin. 2010; 6 (3): 180-181.
5. Jiménez-Gallo D, Ossorio-García L, Linares-Barrios M. Calcinosis cutis and calciphylaxis. Actas Dermosifiliogr. 2015; 106 (10): 785-794.
6. Guerra-Cobián O, Fuentes-Puebla LL, Felipe-Torres S. Lesiones radiopacas en tejido blando bucofacial. Comportamiento clínico-epidemiológico y manejo terapéutico en paciente implantológico. Rev Haban Cienc Méd. 2016; 15 (5): 714-723.
7. Chislett SP, Liming BJ, Rogers DJ. Dystrophic calcification: a rare pediatric parotid mass. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015; 81: 38-40.
8. Wu G, Sun X, Ni S, Zhang Z. Typical nodal calcification in the maxillofacial region: a case report. Int J Clin Exp Med. 2014; 7 (9): 3106-3109. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25356188>
9. Janeiro-Barrera S, García-Sánchez A, Molina-Barraguer I, Ramos-Murguialday M, Morey-Mas MA, Iriarte-Ortabe JI. Miositis osificante traumática. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2013; 35 (3): 137-143.
10. Campos-Villanueva C, Téllez-Rodríguez J, López-Fernández R. Sialolitiasis submandibular en un paciente pediátrico. Reporte de caso. Acta Pediatr Mex. 2014; 35: 393-401.
11. López-Fernández R, Téllez-Rodríguez J. ¿Flebolitos o sialolitos en la región maxilofacial? Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2016; 12 (1): 28-32.
12. Escobedo-Hernández LM, Pérez-Franco I, Valencia-Jiménez E, Magaña-Hernández YG. Características ultrasonográficas de tumores parótídeos. Revisión de la literatura y reporte de casos. Anales de Radiología México. 2014; 13 (3): 246-254.