

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNANDEZ"
MORÓN

Gran litiasis submandibular. Presentación de un caso.

Big submandibular lithiasis. A case presentation.

Mara Isabel Morales Pardo (1), Niorgy Rodríguez Rodríguez (2), Yaneisis Álvarez Blanco (3), Eneisy Cárdenas Pérez (1), Francisco Cepero Franco (1).

RESUMEN

La litiasis salival es una afectación consistente en la obstrucción mecánica de la glándula salival o de su conducto excretor, debido a la formación de concreciones calcáreas o sialolitos que determina un éxtasis salival, lo que provoca la dilatación del sistema de conductos o de la glándula salival. La Sialolitiasis supone el 30% de la patología salival y afecta principalmente las glándulas submandibulares. Se presenta el caso de un paciente masculino que acude a consulta de Máxilo facial por presentar aumento de volumen en suelo de boca izquierdo, diagnosticado como Litiasis submandibular. Se realiza exéresis con anestesia local. La evolución es satisfactoria.

Palabras clave: GLÁNDULA SUBMANDIBULAR, LITIASIS, CONDUCTO EXCRETOR.

1. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente.
2. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Instructor.
3. Licenciada en Atención Estomatológica. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

Las características clínicas que acompañan las afecciones de las glándulas salivales son de fácil visualización y acceso directo a la palpación. La variabilidad de presentación de sus diferentes enfermedades específicas, o como reflejo de enfermedades sistémicas, han hecho que se les brinde especial atención en la literatura médica (1).

Las enfermedades de las glándulas salivales modifican la secreción y composición salival. La función que desempeña la saliva en el mantenimiento de la salud bucodental es indispensable (2). La litiasis salival es una afectación que consiste en la obstrucción mecánica de una glándula salival o de su conducto excretor, debido a la formación de concreciones calcáreas o sialolitos, lo que determina un éxtasis salival, puede provocar la dilatación posterior de la glándula. Secundariamente puede producirse la infección de la misma lo que da lugar a un cuadro de sialitis crónica (3).

La sialolitiasis corresponde al 30% de la patología salival y afecta principalmente a las glándulas submandibulares (83 a 94%), seguida por la parótida (4 a 10%) y las sublinguales (1 a 7%), (4). Pueden aparecer en el conducto excreto o en el interior de la glándula, de tamaño variable, pero rara vez sobrepasan los 2 centímetros de diámetro (5). Con el objetivo de presentar un caso infrecuente de litiasis submandibular de gran tamaño, propusimos la realización de este trabajo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, blanco de 49 años, con antecedentes de salud aparentes que acude a consulta de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Morón por presentar aumento de volumen doloroso en suelo de boca, con 7 días de evolución, para lo cual no había recibido tratamiento; no se recogen otros datos de interés al interrogatorio. Al realizar el examen físico intraoral, se observa aumento de volumen en suelo de boca izquierdo, eritematoso, con signos de agudización, que se extiende desde carúncula sublingual hasta espacio retromolar, duro y movable. Se decide tratamiento con analgésicos, antibióticos y enjuagatorios bucales y se indica radiografía oclusal

por sospecha de cálculo. La imagen radiográfica muestra cálculo gigante en conducto excretor de Glándula Submandibular izquierda (Figura No.1). Se decide exéresis de cálculo con anestesia local (Figura No.2). La evolución del paciente es satisfactoria (Figura No.3).

DISCUSIÓN

La litiasis de una glándula salival o de su conducto excretor da lugar a un cuadro característico. La primera manifestación clínica es la hernia salival, bien sin causa aparente o bien en el momento de ingerir algún alimento. El episodio puede prolongarse un tiempo relativamente breve, no superior a 2 horas, para ir desapareciendo de forma espontánea a lo largo del día. En algunos casos, a la hernia se añade el dolor, con lo que se constituye el cuadro de cólico, que suele ser muy intenso, en forma de pinchazo, lacerante. Este dolor no suele durar mucho tiempo y remite al cabo de 15 ó 20 minutos (3). En nuestro caso, el dolor que presentaba el paciente era por el cuadro agudizado y no como resultado de la patología, pues en el interrogatorio siempre se refiere que era asintomático, y que nunca padecía de episodios obstructivos.

El desarrollo de un sialolito puede llevar inevitablemente a la infección del sistema de conductos de la glándula y de hecho traer consigo, como todo proceso obstructivo, la disminución del flujo salival con la consiguiente sialolitiasis aguda o crónica (1). El mayor porcentaje de los cálculos crece en la glándula submandibular o en su conducto excretor (90% o más) y en orden decreciente en las parótidas, sublinguales y por último en las salivales menores o accesorias (6,7). Es más frecuente en los hombres y un padecimiento de la edad adulta, aunque también se ha descrito raras veces en niños (5,8).

Los sialolitos se originan por depósitos de sales de calcio alrededor de un núcleo central o por un agregado de sales minerales en forma de tapón, constituido por mucus, fundamentalmente, bacterias y sus productos de descomposición, así como por células epiteliales decamadas y cuerpos extraños (1,9).

En la Glándula Submandibular los sialolitos por lo general son redondeados mientras que en el conducto son alargados, siguen la forma del conducto, pero rara vez sobrepasan los 2 cm. de extensión (10), por lo que al observar el cálculo gigante de 4.1x1.9 cm se decide realizar la presentación del caso, además porque el paciente nunca había presentado sintomatología.

Para el diagnóstico de esta patología es fundamental el conocimiento de la clínica, y aunque muchas veces no se palpa el cálculo, si se conoce la sintomatología se indica un estudio radiográfico que nos muestra la concreción calcárea. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica según las técnicas convencionales descritas (8,11).

CONCLUSIONES

Las litiasis de tamaño inusual en las glándulas salivales son muy raras, debido al diagnóstico temprano originado por su sintomatología.

Mientras más precoz se realice el diagnóstico del cálculo, mejor será la evolución del paciente al prevenir complicaciones secundarias.

ABSTRACT

Salivary lithiasis is a consistent affection in mechanical obstruction of the salivary gland or its excretory duct, due to the formation of calcareous concretions or sialoliths that determine a salivary ecstasy, what provokes the dilation of the pipes system or the salivary gland. The Sialolithiasis supposes 30% of the salivary pathology and affects mainly the submandibular glands. The case of a masculine patient that attends to Maxilo facial consultation is attended for presenting volume increase on the left bottom of the mouth, diagnosed as submandibular Lithiasis. An exeresis with local anesthesia is carried out. The evolution is satisfactory.

Key words: SUBMANDIBULAR GLAND, LITHIASIS, EXCRETORY DUCT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guías prácticas clínicas de afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales: enfermedades de las glándulas salivales. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p.440-456.

2. Miranda Gil J. Afecciones neoplásicas de glándulas salivales. Rev Odontol Andes. 2007; 12(3): 25-19.
3. Quintana Díaz JC. Sialolitiasis múltiple. Rev Cienc Méd Habana [Internet]. 2009 [citado 15 Feb de 2011]; 15(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_2_09/hab16209.html
4. Hong KH, Yang YS. Sialolithiasis in the sublingual gland. J Laryngol Otol. 2008; 117:905-7.
5. Santana Garay JC. Patología de glándulas salivales. En: Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 259-292.
6. Antoniades D, Harrison JD, Epivatianos A, Papanayotou P. Treatment of chronic sialadenitis by intraductal penicillin or saline. J Oral Maxillofac Surg. 2006; 62: 431-4.
7. Steinberg MJ, Herrera AF. Management of parotid duct injuries. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005; 99: 136-41.
8. Torres D, Barranco S, Serrara MA, Hita P, Martínez A, Gutiérrez J. Sialolitiasis parotidea del conducto de Stensen. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006; 1(11):80-4.
9. Rodríguez Jiménez R, Kassin Al-Omarí, Rivas de Armas RA, Márquez Rancano E, Medina Vega L, Delís Fernández R, et al. Afecciones quirúrgicas de glándulas salivales mayores que requieren tratamiento: estudio de 7 años. Rev Cubana Med [Internet]. 2002 [citado 15 Feb 2011]; 41(5): [aprox. 5 p.]. 2002: Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_5_02/med03502.htm
10. Ospina AM, del Valle AR, Felipe Naranjo R. Inflamación de glándulas salivales, revisión bibliográfica. Rev Fac Univ Odontol Antioquia [Internet]. 2007 [citado 15 Feb 2011]; 15(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/revistafacultadodontologia>
11. Zarzar CE, Agurto PJ, Reyes MM, Riesco PA. Sialolito de inusual tamaño en la glándula submandibular. Reporte de un caso clínico. Rev Dental Chil. 2007; 93(2):9-10.

ANEXOS

Figura No.1



Figura No.2

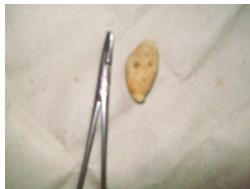


Figura No.3

