

CASO CLÍNICO

Sialadenitis por sialolito inusual de la glándula submaxilar derecha en un adulto

Sialadenitis due to uncommon sialolith of the right submaxillary gland in an adult patient

Dr. José Jardón Caballero, Dr. Roennis Texidor Fuentes y Dr. Otto Alemán Miranda

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 45 años de edad, atendido en el Departamento de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" por presentar molestias en el suelo de la boca con 3 años de evolución. Después de un estudio minucioso se comprobó que se trataba de una sialadenitis por sialolitiasis de la glándula submaxilar derecha. Se realizó sialolectomía canalicular intrabucal. El cálculo extraído tenía forma cónica, más ancho en su porción posterior, de 3,8 cm de largo y 4,2 cm de circunferencia externa, color amarillo-verdoso y consistencia dura friable.

Palabras clave: sialolectomía canalicular intrabucal, sialadenitis, sialolitiasis, glándula submaxilar.

ABSTRACT

The case report of a 45 years patient was presented. He was assisted in the Maxillofacial Surgery Department of "Saturnino Lora Torres" Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba due to discomfort in the floor of the mouth with a course of 3 years. After a detailed study it was confirmed that it was a sialadenitis due to sialolithiasis of the right submaxillary gland. An intraoral canalicular sialolectomy was carried out. The stone removed had a conic form, wider in its posterior portion, 3.8 cm long and 4.2 cm in the external circumference, yellow-green color and friable hard consistency.

Key words: intraoral canalicular sialotectomy, sialadenitis, sialolithiasis, submaxillary gland.

INTRODUCCIÓN

La sialadenitis es la inflamación de las glándulas salivales que puede ser aguda o crónica; afección obstructiva de dichas glándulas caracterizada por la formación de cálculos en el interior del parénquima o del sistema ductal glandular. La mayoría son crónicas y condicionan una fibrosis significativa del parénquima. Se deben a la extravasación de moco o a la obstrucción de un conducto o traumatismos directos, así como a compresiones de las glándulas y/o sus conductos.¹⁻³

Por otro lado, la sialolitiasis es la afección más común de las glándulas salivales en adultos jóvenes; 12 por cada 1 000 pacientes de este grupo poblacional tienen la enfermedad, con un leve predominio del sexo masculino. Más de 80,0 % de los cálculos salivales ocurren en la glándula submaxilar o en su conducto excretor; sin embargo, es rara la presencia de cálculos múltiples y aún más inaudita la calcificación parcial o total de la glándula.^{1,2} Suelen

ser únicas o múltiples y su forma puede variar entre ovalada o redondeada³. La verdadera causa no se conoce con exactitud, pero hay varias hipótesis y concuerdan en que los sialolitos se forman por la mineralización de materiales diversos, tales como: cuerpos extraños, células epiteliales descamadas y microorganismos. En algunas ocasiones primero se deposita una matriz orgánica, probablemente de glucoproteínas, sobre la que posteriormente se coloca el material inorgánico e inicia su mineralización.^{4,5}

Clínicamente se manifiesta con tumefacción y dolor especialmente durante la comida. A la palpación bimanual se nota la presencia de cálculos de forma irregular y consistencia duro-pétreo.

Los exámenes imagenológicos que se suelen orientar son: vistas panorámica, oclusal inferior, lateral oblicua de mandíbula donde el cálculo aparece como una imagen radiopaca de forma redondeada o alongada según el tamaño del sialolito. También se puede indicar un ultrasonido o una tomografía. Cuando se sospecha que el conducto está obstruido por un tejido blando, se usa un sialograma.⁶

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un paciente de 45 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de salud anterior, quien acudió al cuerpo de guardia del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba y fue atendido en el Departamento de Cirugía Maxilofacial. Al interrogatorio refiere que hacía aproximadamente 3 años comenzó a sentir una bolita en el lado derecho del suelo de la boca. Al no presentar dolor ni molestias anteriores, no acudió al policlínico de su área de salud. Presentó cambios de coloración en el suelo de la boca de forma esporádica, pero no fueron significativos. Comenzó con molestias que luego se incrementaron y en abril del 2016 se exacerbó tanto el dolor que decidió acudir a la consulta de estomatológica de su área de salud (Policlínico del Cristo) donde se le indicó tratamiento con amoxicilina (500mg) 1 cápsula cada 8 horas por 7 días y se decidió su remisión para el hospital. Se le indicó tratamiento analgésico, tetraciclina (250 mg) 1 tableta cada 6 horas, un ultrasonido en su área de salud y fue citado para consulta externa.

De hecho, en la consulta externa el paciente fue nuevamente interrogado y examinado; además, mostró el resultado del ultrasonido donde no se describía formación de tejido calcificado.

- Datos positivos al examen físico regional
- Cara: aumento de volumen en región submaxilar derecha de más o menos 3 cm de largo sin cambio de coloración en la piel que lo recubre, móvil, doloroso a la palpación, depresible, de consistencia duro-fibrosa. No se constataron adenopatías en el cuello.
- Boca: paciente edente parcial superior e inferior no rehabilitado con prótesis, que presentaba focos sépticos a nivel del 27 y 48, aumento de volumen de más o menos 4 cm de largo a nivel del lado derecho del suelo de la boca, que guardaba relación con el conducto de la glándula submaxilar, eritematoso, con presencia de puntos que drenaban pus a los movimientos, de consistencia duro-pétreo, dolor referido a la fonación, masticación y deglución, con proyección de la lengua hacia la izquierda y hacia arriba, así como pérdida parcial de la motilidad.

Con estos elementos y el cuadro reagudizado del paciente, se decidió su ingreso para estudio y tratamiento.

- Conducta a seguir
- Inmediata: ingreso, tratamiento antimicrobiano con ciprofloxacino
- Mediata: fue llevado al salón ambulatorio con premedicación previa. Se sentó correctamente en el sillón de operaciones; luego, se le realizó antisepsia del campo operatorio con hibitane acuoso al 1,01 %. Se le anestesió la punta de la lengua y dio punto de sutura para mejorar la visión del campo quirúrgico. También se anestesió toda la zona del suelo de la boca del lado derecho con técnica infiltrativa. Posterior al proceso inflamatorio, se realizó sutura con seda 0 para evitar el traslado del tumor hacia planos profundos. Se efectuó incisión lineal de más o menos 1cm y disecó el tejido con pinza Kelly curva (figura 1).



Fig. 1. a) Incisión **b)** Extracción

Se sujetó el sialolito con una pinza Allis, continuó la disección del tejido alrededor del cálculo y se extrajo en 3 fragmentos (figura 2).



Fig. 2. Cálculo completo

Posteriormente, fue irrigada la zona con solución suero fisiológico al 0,9 % y se colocó gasa iodoformada por 3 minutos. Luego, el especialista retiró la gasa, irrigó nuevamente, dio puntos simples y colocó derivación posterior con seda 0 (figura 3).



Fig. 3. Colocación de drenaje y sutura

Se dieron indicaciones posoperatorias al paciente, el cual evolucionó de manera satisfactoria, sin presentar complicaciones.

DISCUSIÓN

En los años de experiencia de los autores, no se había constatado sialolito de ese tamaño. Cuando los cálculos que obstruyen el conducto son pequeños, este cuadro clínico se puede tratar con procedimientos no quirúrgicos y conservadores, mediante la infusión de espasmolíticos, penicilina y/o suero fisiológico en el interior del conducto. Algunos autores afirman que esta aplicación tópica es mucho más efectiva que la administración sistémica, debido a la poca recidiva del proceso. Este tratamiento tiene las siguientes ventajas: dilata el conducto, libera los sialolitos adheridos y enjuaga la albúmina coagulada que obstruye el conducto;^{7,8} sin embargo, en este caso, no se puede aplicar ninguna terapéutica conservadora debido al tamaño del sialolito.

Ahora bien, desde el punto de vista clínico es importante diferenciar la sialoadenitis de otras alteraciones glandulares, debido a que sus signos y síntomas se relacionan con otros agrandamientos glandulares. Se proponen diversos métodos para la evidencia imagenológica, pero dependen del tamaño y localización del sialolito (debido a que no necesariamente se puede encontrar en el trayecto y/o desembocadura de los conductos excretores de determinada glándula salivar sino en el parénquima de dicha glándula). Según Cindy *et al*,⁹ tanto el tratamiento como el pronóstico varían, ya sea primordialmente por la ubicación del sialolito, la glándula implicada, el tamaño, grado de mineralización y la necesidad o no de extirpar dicha glándula, con lo cual coinciden los autores de este artículo.

En este caso el tratamiento de elección fue sialolectomía canaliculada intrabucal, indicada para sialolitos con ubicación posterior.^{7,8} Se realiza una infiltración anestésica de manera local que abarca los nervios dentarios inferior y lingual. Con extremo cuidado para no lesionar el nervio lingual que se encuentra debajo del conducto de Wharton, se incide en su trayecto de manera lineal o sobre su cara lateral; posteriormente, mediante disección roma sobre la mucosa bucal y el propio conducto, se localiza el sialolito y se procede a su eliminación.⁶ Se realiza una recanalización del conducto con el fin de prevenir la estenosis de este. Se utiliza un catéter para terapia intravenosa periférica o jelko calibre 18 G por 1,16 o 1,3 por 30 mm que se fija con sutura no absorbible base nailon 4-0; este debe introducirse dentro del conducto aproximadamente 10 mm y permanecer en la cavidad bucal por espacio de 5 días. Después de este lapso, se asegura la permeabilidad del conducto, se retira el catéter y se mantienen citas de control.⁹

Finalmente cabe decir que la sialoadenitis por sialolitiasis es una afección con pronóstico favorable, puesto que cuando se realiza la sialolectomía canalicular intrabucal se logra que la glándula vuelva a su fisiologismo normal, por lo que mejora la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lombardi A, Arienza F, Cerullo M. Tratamiento de la sialolitiasis. Informe de 22 casos. RAOA. 2010; 98(3):207-9.
2. Al-Abri R, Marchal F. New era of endoscopic approach for sialolithiasis: Sialendoscopy. Sultan Qaboos Univ Med J. 2010; 10(3):382-7.
3. Hupp J, Ellis E, Tucker M. Patología oral y maxilofacial contemporánea. España: Elsevier; 2014. p. 406.
4. Rebolledo Cobos M, Carbonell Muñoz Z, Díaz Caballero A. Sialolitos en conductos y glándulas salivales. Revisión de literatura. Av Odontoestomatol. 2009 [citado 1 Nov 2016]; 25(6).
5. Elluru RG. Physiology of the salivary glands. In: Flint PW, Haughey BH, Lund LJ. Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015.
6. Jackson NM, Mitchell JL, Walvekar RR. Inflammatory disorders of the salivary glands. In: Flint PW, Haughey BH, Lund LJ. Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015.
7. Miller-Thomas M. Diagnostic imaging and fine-needle aspiration of the salivary glands. In: Flint PW, Haughey BH, Lund LJ. Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015.
8. Hoffmann B. Sonographic bedside detection of sialolitiasis with submandibular gland obstruction. Am J Emerg Med. 2011; 29(5):574.
9. Cindy CV, Jorge TR, Rubí LF. Sialolitiasis submandibular en un paciente pediátrico. Reporte de caso. Acta Pediátr Mex. 2014; 35:393-401.

Recibido: 2 de noviembre de 2016.

Aprobado: 4 de febrero de 2017.

José Jardón Caballero. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: jardon@medired.scu.sld.cu