



Revista Científica Odontológica

ISSN: 1659-1992

comite_editorial@colegiodentistas.org

Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica
Costa Rica

Amenábar, José

SIALOLITIASIS SUBMANDIBULAR: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Revista Científica Odontológica, vol. 6, núm. 2, noviembre, 2010, pp. 69-72

Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324227912004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SIALOLITIASIS SUBMANDIBULAR: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

SUBMANDIBULAR SIALOLITHIASIS: PRESENTATION OF CLINICAL CASE

Dr. José Amenábar

Especialista en Odontogereatría. Universidade Federal do Río Grande Sul, Brasil.

Especialista en Periodoncia, Universidade Federal do Paraná. Maestría en Gerontología Biomédica. Doctorado en Odontología – Medicina Bucal, Pontificia Universidade Católica do Río Grande do Sul, Brasil.

Fecha de ingreso: 00-00-2010 / Fecha de aceptación: 26-09-2010

RESUMEN

Los sialolitos son formaciones calcificadas que se producen en el parénquima de las glándulas salivales o sus conductos. Entre todas las glándulas salivales, las submandibulares son las más afectadas, y esto ocurre en un 80% de los casos. Debido a la anatomía de la glándula la presencia de sialolitos es más común en los conductos excretores. Los sialolitos grandes son considerados como raros y existen pocos casos descritos en la literatura científica. Estas mineralizaciones necesitan ser extirpadas quirúrgicamente. Este estudio presenta un caso clínico de sialolito superior a 15 mm, ubicado en el conducto de la glándula submandibular.

PALABRAS CLAVE: Sialolitiasis; sialolitos; glándula submandibular.

ABSTRACT

The sialoliths are calcified masses that develop in the parenchyma of the salivary gland or in their ducts. Sialolithiasis may occur in any major salivary gland, but it is most common in the submandibular gland, where 80% of sialolith occurs, due to the anatomy of this gland and its duct; and, the presence of sialolith is most frequent in the duct. The giant calculi (>15mm) are considered rare and few cases have been reported. These calculi need surgical removal. This study shows a case of a sialolith bigger than 15mm, located in the duct of the submandibular gland.

KEY WORDS: sialolithiasis; sialoliths; submandibular gland

INTRODUCCIÓN

La sialolitiasis es una condición caracterizada por la obstrucción de la glándula salival o de su conducto excretor. La obstrucción se da debido a la formación de una masa calcificada, o sialolito, que provoca ectasia salival y puede incluso causar la dilatación de los conductos de la glándula (Williams 1999, Grases y cols 2003). Los sialolitos se forman a partir de los depósitos de sales de calcio alrededor de una masa central constituida por células epiteliales descamadas y microorganismos derivados de la descomposición bacteriana (Grases y cols 2003). El tratamiento de la sialolitiasis depende de la ubicación y del tamaño de los sialolitos. Las dimensiones de un sialolito pueden variar ampliamente, pero en la mayoría de los casos tienen menos de 10mm (Ottaviani y cols 1997). Sólo el 7% de los sialolitos son mayores de 15mm, y en estos casos, deben ser realizadas cirugías para removerlos (Bodner 2002, Ledesma-Montes e cols 2007, Rai y Burman 2009, Soares y cols 2009). Considerando que los sialolitos con más de 15 mm son raros, en este artículo se describe el caso clínico de un paciente con sialolitiasis y se discuten los métodos de diagnóstico y alternativas para tratamiento.

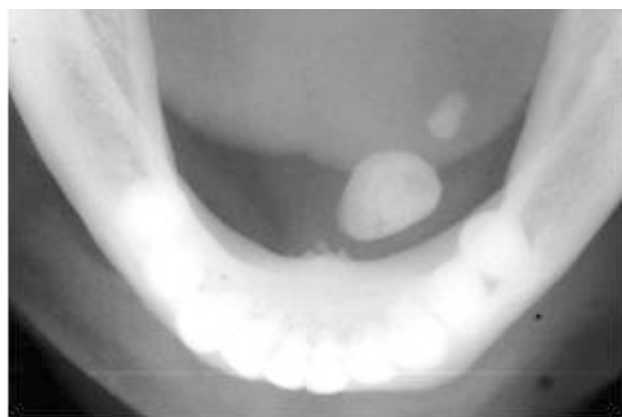
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino, mulato, de 60 años de edad, buscó atención por haber experimentado aumento de volumen de la glándula submandibular izquierda durante el horario del almuerzo, con dolor intenso e intermitente, que fue cediendo de forma paulatina con el pasar de las horas, pero se repetía cada vez que iba a ingerir alimentos. En el examen físico extrabucal no se observó ningún tipo de asimetría facial. Ya durante el examen intrabucal fue observado un acentuado aumento en el lado izquierdo del piso de la boca (Imagen 1), el cual resultaba doloroso y firme a la palpación. Al estimular la glándula submandibular izquierda no se obtuvo secreción salival. La radiografía con la técnica oclusal mostró dos masas radiopacas en el piso de la boca (Imagen 2).

A través de los datos obtenidos en la anamnesis, el examen físico y las imágenes radiográficas se planteó el diagnóstico de sialolitiasis. Debido al tamaño del cálculo, su ubicación y la falta de salivación al estimular la glándula se concluyó que el mejor tratamiento sería la intervención quirúrgica.



Img 1. Lado izquierdo del piso de la boca con aumento de volumen.



Img 2. Radiografía oclusal en donde se pueden observar dos masas radiopacas (sialolitos) en la región del piso de la boca.



Img 3. Insición lineal sobre el conducto en donde se proyectaba el sialolito.

Después de aseptizar la zona quirúrgica, se colocaron los campos operatorios y se anestesió la región de forma infiltrativa; luego se hizo una incisión lineal sobre el conducto donde se proyectaba el sialolito (Imagen 3) y se realizó disección roma, la cual permitió ver una masa de color amarillento, consistencia dura, de aproximadamente 15 mm, que fue extraída con una pinza anatómica (Imágenes 4 y 5) y acompañada de una pequeña cantidad de pus.

La cavidad fue lavada con suero fisiológico y se estimuló la glándula submandibular izquierda. Fue observado el otro sialolito con un tamaño de 6 mm aproximadamente, que también se extrajo (Imagen 6). Posteriormente se estimuló la glándula hasta que la saliva se tornó clara, se lavó la región con suero fisiológico y se dejó la herida abierta para evitar la estenosis del conducto.

Durante las consultas de acompañamiento y control el paciente evolucionó favorablemente, la glándula no presentó más alteraciones y los resultados de las radiografías fueron negativos.

DISCUSIÓN

La sialolitiasis es una de las patologías más comunes de las glándulas salivales y es la principal causa de disfunción de estas glándulas (Williams 1999). Mientras que algunos autores relatan que puede ser asintomática durante mucho tiempo (Haring 1991, Graziani y cols 2006), otros han informado que puede existir la sialolitiasis sintomática (Takeda y cols 2003, Andretta y cols 2005).

Los cálculos aparecen en cualesquiera glándulas salivales de la cavidad bucal, siendo que las glándulas submandibulares son las más afectadas (83-94%), seguida de las glándulas parótidas (40-10%) y sublinguales (1-7%) (Williams 1999). Algunos autores creen que las razón por la cual las glándula submandibular son la más afectadas se deben al hecho de que la saliva producida por esta glándula es más viscosa, tiene mayor concentración de sales de calcio, pH más alcalino y tiene el excretor es largo y tortuoso (Grases y cols 2003). De cualquier manera, para que se dé la formación de cálculos salivales, el estancamiento de la saliva y la precipitación de las sales de calcio son necesarios (Andretta e cols 2005, McGurk y cols 2005).

La sialolitiasis ocurre con una frecuencia de aproximadamente 1,2% de la población y es más común en adultos (\pm 40 años) hombres, aunque puede aparecer en niños y adultos mayores (Williams 1999, Nahlieli y cols 2000, McGurk e cols 2005). Los primeros síntomas de un cálculo son: inflamación del conducto y su orificio de salida, y el abultamiento de la glándula antes y durante las comidas. Debido a la estenosis,

sensibilidad marcada y dolor de tipo cólico, es más intenso cuando el cálculo se encuentra en el conducto que en el interior de la glándula (Capaccio y cols 2007). En algunas ocasiones puede haber pus a la salida del conducto, atribuible a la infección de la mucosa lesionada por el cálculo, o desarrollarse y provocar inflamación o celulitis de los tejidos vecinos (Ledesma-Montes 2007, Rai y Burman 2009).

Varias técnicas de imagen se utilizan para confirmar el diagnóstico clínico de esta patología, como por ejemplo la radiografía convencional, ecografía, tomografía axial computadorizada, resonancia magnética y la sialografía (Jager y cols 2000, Bourjat 2006, Geisthoff y Maune 2010). La radiografía continua siendo el método más común para diagnosticar sialolitos, sin embargo desde hace algunos años, sialografía está siendo una técnica ampliamente utilizada, pero, al ser invasiva, no se puede indicar en los casos de infecciones agudas o en los casos de pacientes que son sensibles a las sustancias que contienen yodo (Becker y cols 2000, Jager y cols 2000, Bodner 2002).

El tratamiento de las sialolitiasis depende de la ubicación y tamaño de estas. Las dimensiones de un sialolito pueden variar ampliamente, pero en la mayoría de los casos tienen menos que 10mm (Capaccio y cols 2007). Cuando son pequeños y se hallan ubicados en la parte anterior del conducto, pueden ser extraídos mediante estímulo de secreción salival, dilatación y manipulación del conducto excretor con sondas apropiadas o masajes, calor, sialogogos, relajantes y abundantes líquidos (McGurk y cols 2005, Hoffmann 2010). Ya en los casos de sialolitos mayores de 15mm se deben realizar procedimientos invasivos como cirugías para removerlos (Bodner 2002, Ledesma-Montes e cols 2007, Rai y Burman 2009, Soares y cols 2009).

Después de la eliminación de los cálculos salivales se debe realizar estimulación continua con sialogogos, los más utilizados son el jugo de limón, el ácido ascórbico y la goma de mascar. (McGurk y cols 2006).

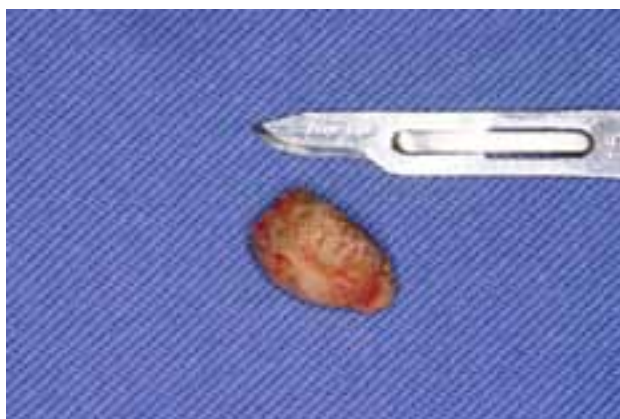
Los sialolitos pueden presentar recidivas o en caso de que haya persistencia de la obstrucción puede causar la destrucción intensa del componente parenquimatoso de la glándula y provocar una sialoadenitis crónica irreversible que va a exigir la eliminación de la glándula (Bodner 2002). Sin embargo en la mayoría de los casos las glándulas afectadas funcionan normalmente después de la remoción del cálculo (McGurk y cols 2006).

CONCLUSION

La obstrucción de las glándulas salivares por la presencia de un sialolito representa una entidad patológica multifactorial, así como la variabilidad que hay entre sus métodos de diagnóstico y tratamiento. Clí-



Img 4. Remoción del sialolito con pinza anatómica.



Img 5. Imagen macroscópica del primer sialolito.



Img 6. Imagen macroscópica del segundo sialolito.

nicamente es importante diferenciar esta patología de otras alteraciones glandulares debido a que sus signos y síntomas se relacionan con otras patologías glandulares. Tanto el tratamiento como el pronóstico son variables, principalmente debido a la ubicación y al tamaño del sialolito.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Andretta M, Tregnaghi A, Prosenikliev V, Staffieri A (2005) Current opinions in sialolithiasis diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 25(3): 145-149.
2. Becker M, Marchal F, Becker CD, Dulguerov P, Georgakopoulos G, Lehmann W, Terrier F (2000) Sialolithiasis and salivary ductal stenosis: diagnostic accuracy of MR sialography with a three-dimensional extended-phase conjugate-symmetry rapid spin-echo sequence. *Radiology* 217(2): 347-358.
3. Bodner L (2002) Giant salivary gland calculi: Diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 94(3): 320-323.
4. Bourjat P (2006) What's useful in maxillo-facial surgery imaging: advantages and disadvantages of examination modalities (first part). *Rev. Stomatol Chir Maxillofac* 107(2):86-92.
5. Capaccio P, Torretta S, Ottavian F, Sambataro G, Pignataro L (2007) Modern management of obstructive salivary diseases. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 27(4):161-172.
6. Geisthoff UW, Maune S (2010) Ultrasound-guided mechanical fragmentation of sialoliths (sonoguide forceps). *Head Neck In Press, Corrected Proof*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20848404>.
7. Grases F, Santiago C, Simonet BM, Costa-Bauzá A (2003) Sialolithiasis: mechanism of calculi formation and etiologic factors. *Clin. Chim. Acta* 334(1-2):131-136.
8. Graziani F, Vano M, Cei S, Tartaro G, Mario G (2006) Unusual asymptomatic giant sialolith of the submandibular gland: a clinical report. *J Craniofac Surg* 17(3): 549-552.
9. Haring JJ (1991) Diagnosing salivary stones. *JADA* 122(5):75-76.
10. Hoffmann B (2010) Sonographic bedside detection of sialolithiasis with submandibular gland obstruction. *Am J Emerg Med In Press, Corrected Proof*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20708888>.
11. Jager L, Menauer F, Holzknicht N, Scholz V, Grevers G, Reiser M (2000) Sialolithiasis: MR sialography of the submandibular duct- an alternative to conventional sialography and US? *Radiology* 216(3):665-671.
12. Ledesma-Montes C, Garcés-Ortiz M, Salcido-García JF, Hernández-Flores F, Hernández-Guerrero JC (2007) Giant sialolith: case report and review of the literature. *J. Oral Maxillofac. Surg* 65(1):128-130.
13. McGurk M, Escudier M, Brown J (2005) Modern management of salivary calculi. *Br J Surg* 92(1):107-112.
14. McGurk M, Escudier MP, Thomas BL, Brown JE (2006) A revolution in the management of obstructive salivary gland disease. *Dent Update* 33(1): 28-30.
15. Nahlieli O, Eliav E, Hasson O, Zagury A, Baruchin AM (2000) Pediatric sialolithiasis. *Oral Surg Oral Méd Oral Pathol Oral Radiol Endod* 90(6):709-712.
16. Ottaviani F, Galli A, Lucia MB, Ventura G (1997) Bilateral parotid sialolithiasis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome and immunoglobulin G multiple myeloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 83(5):552-554.
17. Rai M, Burman R (2009) Giant submandibular sialolith of remarkable size in the comma area of Wharton's duct: a case report. *J. Oral Maxillofac. Surg* 67(6):1329-1332.
18. Soares ECS, Costa FWG, Pessoa RMA, Bezerra TP (2009) Giant salivary calculus of the submandibular gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 140(1):128-129.
19. Takeda Y, Oikawa Y, Satoh M, Nakamura S (2003) Sialolith of the submandibular gland with bone formation. *Pathol Int* 53(5): 309-312.
20. Williams MF (1999) Sialolithiasis. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 32(5):819-834.