

Sialoadenitis por Sialolitiasis - Reporte de un caso

Martha Lucía Rodríguez Paz, Od.*
Herney Garzón Rayo**
Hernán Efrén García***

Palabras claves:

Sialoadenitis,
Sialolito,
Glándula submaxilar,
Cálculos salivales.

RESUMEN

La sialolitiasis constituye uno de los factores más comunes de disfunción de las glándulas salivales.

El éxtasis de la secreción salival producida por la presencia de cálculos en el conducto, con una subsecuente infección bacteriana piógena es la causa más frecuente de sialoadenitis crónica.

Se reporta un caso de sialoadenitis por sialolitiasis en la glándula submandibular izquierda, cuyo diagnóstico inicial, por el servicio de Urgencia del Hospital San Juan de Dios de Cali, fue absceso submandibular. Posteriores estudios, en el servicio de cirugía oral y maxilofacial de la misma institución, llevaron al hallazgo de sialoadenitis de glándula submandibular por retención de flujo e infección. El tratamiento de elección fue la excisión de la glándula por la evolución crónica. En el informe posterior de patología se reportó un proceso inflamatorio severo con el estroma densamente infiltrado de linfocitos formando folículos linfoides. Acinos no funcionales, canaliculos dilatados con metaplasia escamosa, formación de cavidades quísticas sin evidencia de malignidad.

* Profesora Auxiliar Departamento de Estomatología, Universidad del Valle, Cali - Colombia.

**Estudiante 10° semestre, Plan de Estudios de Odontología, Universidad del Valle, Cali - Colombia.

***Estudiante 10° semestre, Plan de Estudios de Odontología, Universidad del Valle, Cali - Colombia.

INTRODUCCION

Los cálculos salivales a menudo producen la obstrucción del conducto de las glándulas salivales mayores con tumefacción de la misma que aparece a través del tiempo. La retención salival predispone a una infección secundaria.

En el intervalo entre la aparición del cálculo salival y la sialoadenitis, la reacción inflamatoria es generalmente considerada como un resultado de la presencia de cálculo;¹ la inflamación también ha sido reportada en otros casos como causa de la formación de cálculo.²

La causa más frecuente de sialoadenitis crónica es la presencia de cálculos (sialolitos) en el conducto salival con una subsecuente infección bacteriana piógena;^{3,4} cualquier otra afección que pueda dar como resultado una oclusión de los conductos salivales, como los tumores, cuerpos extraños o la formación de cicatrices, originan esta enfermedad.⁵

Reportes publicados sobre cálculos salivales indican que el 92% comprometen la glándula submandibular, 6%, la glándula parótida y 2%, la sublingual y glándulas menores.³

En un estudio adicional de 180 casos de cálculos salivales, se presentó 80% en glándula submandibular, 19% en la parótida y 1% en glándula sublingual.⁶

Aunque lo más común es encontrar desórdenes unilaterales,³ los casos bilaterales no se descartan y han sido reportados.⁷ Aún en niños hay reportes que indican un grado de riesgo que si

bien no es muy alto, se debe tener en cuenta.^{8,9}

Si se retira el factor etiológico se presenta por lo general una disminución de las manifestaciones clínicas de la enfermedad;⁵ si se deja sin tratar, la glándula salival puede ser reemplazada por tejido fibroso, el cual tendrá una apariencia similar a la de un tumor, o puede presentar una calcificación distrófica del tejido, usualmente como resultado de una deposición de calcio en áreas de tejido necrótico,¹⁰ o cualquier otra complicación que agrave el cuadro clínico.¹¹

Los signos clínicos y síntomas de enfermedad de glándulas salivales generalmente no son específicos, sin embargo, la localización superficial de estas glándulas permite fácil inspección y palpación, lo cual, a través de un examen, físico combinado con una detallada historia, a menudo provee suficiente información para un diagnóstico clínico. El dolor e inflamación peribulbar durante las comidas es un síntoma característico de disfunción glandular.^{12,13,14,15}

La necesidad de confirmar el diagnóstico, cuando no se presenta claridad en el mismo, hace frecuentemente necesario recurrir a ayudas diagnósticas tales como: radiografías, sialografías y, más recientemente, gammagrafías, ultrasonido, tomografía computarizada y resonancia magnética. Cada una, especifica para un tipo posible de lesión.^{12,15,16,17} Además de un estudio histopatológico el cual visualizaría más la posibilidad de un diagnóstico claro y por ende un tratamiento acertado.¹⁸

Algunos estudios recomiendan la radiografía como diagnóstico de cálculos salivales en desórdenes, principalmente de glándula submandibular, tan buena como la sialografía para detectar defectos glandulares por sialoadenitis.^{1,19}

Los síntomas de la secreción salival bloqueada varían dependiendo del tipo de la alteración, tamaño del cálculo, de su localización y severidad de la obstrucción del fluido salival. También, estos parámetros, determinan el tratamiento a seguir, ya sea en forma conservadora retirando el sialolito o por retiro total de la glándula, siendo hoy en día tratamientos de controversia por riesgos y precauciones que se deben tomar al realizarlos.^{1,15,20,21,22,23}

Reporte del caso

Paciente de 34 años de edad de sexo femenino, quien ingresó al Hospital San Juan de Dios, de la ciudad de Cali, por el servicio de Urgencias el día 3 de marzo de 1993, con sintomatología dolorosa desde hacía 6 días y edema en la región submandibular izquierda, acompañado de fiebre alta no cuantificada, otalgia izquierda desde los 5 días anteriores y dificultad a la apertura bucal que impidió el examen intraoral. El diagnóstico inicial del médico de turno fue absceso submandibular izquierdo, se le formuló antibiótico y analgésico quedando bajo observación; el tratamiento farmacológico no dio los resultados esperados y se remitió al servicio de cirugía oral el día 30 de marzo de 1993, en el cual la paciente refirió una evolución de 3 años con los siguientes signos y síntomas: al comer, la zona submandibular izquierda aumentaba de tamaño con dolor moderado, disminuyendo al realizar masaje en el sitio inflamado; presentó varias fases agudas (no especificó cuántas), en cada una de ellas consultó a un servicio médico, los cuales prescribieron antibióticos por encontrarse exudado purulento; hace año y medio sintió salida de objeto duro en forma de grano de arroz (sialolito) antes de presentarse una fase aguda.

Se solicitó radiografía y se programó sialografía cuando disminuyó el proceso agudo. La radiografía previa A-P no mostró cambios en contornos óseos, ni cuerpos extraños en la zona mandibular izquierda. En la sialografía se visualizó retención del medio de contraste en zona proximal del

conducto principal, con dilatación ductal; el llenado de la glándula se realizó parcialmente y no fue regular (Fig. 1); se presentaba en las zonas de dilatación retención del medio de contraste en forma circular con halo radiopaco periférico y radiolucidez en su centro. Según la sialografía había obstrucción por cálculos no radiopacos (Fig. 2). Los exámenes de laboratorio de rutina prequirúrgica se encontraron dentro de parámetros normales. Se decidió realizar la resección de la glándula submandibular izquierda para el día 30 de abril de 1993. Bajo anestesia general se realiza cirugía extraoral y se retira la glándula, la cual se envió a estudio histopatológico. Se prescribió antibióticos y analgésicos. El aspecto macroscópico presentó una masa de 4x5x3 cms., y en el corte se observó blanca y fibrótica. El reporte histopatológico describe: glándula salival comprometida por severo proceso inflamatorio, en el cual el estroma estaba densamente infiltrado de linfocitos que a veces formaban folículos linfoides. Los acinos no eran funcionales, los canalículos estaban dilatados con metaplasia escamosa, formación de papilas y francas cavidades quísticas. Algunos canalículos tenían tapones basófilos. No se encontró evidencia de malignidad. El diagnóstico definitivo fue sialoadenitis crónica por sialolitiasis.

La paciente se presentó a cita de control una semana después de la cirugía para retiro de suturas. Refirió sequedad de la garganta al hablar mucho (no era continua la resequedad) y sin dificultades para comer. Se dio de alta por el servicio de cirugía oral y maxilofacial, a los 2 meses, con control cada 6 meses.

DISCUSION

La patogénesis y etiología de sialolitos no es bien conocida. Existen varias teorías, una de ellas realizada por Hanszel,²⁶ propone que la hipersecreción de calcio y



(Fig. 1)

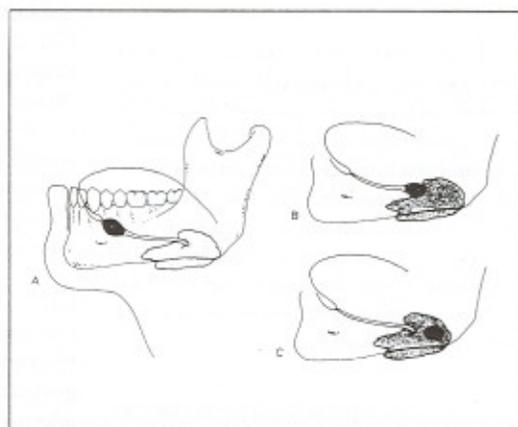


Fig. 2. A. Cálculo en porción anterior; B, cálculo en porción posterior; C. cálculo intraglandular. Tomado

fosfato forman núcleos que permiten la expansión y desarrollo del cálculo. Rauch²⁷ sugiere que un proceso inflamatorio que ocurre en la glándula, produce cambios en los elementos mucoides, y esto predispone a una deposición de calcio. También se puede generar nidos de calcificación por cuerpos extraños, células epiteliales descamadas y bacterias. Otras han concluido que el cálculo está formado por "gel mucoide" desarrollándose sucesivamente hasta hacer contacto con el conducto salival.²⁵

La glándula submandibular es la más susceptible al cálculo salival por la configuración anatómica del conducto principal, y por las características químicas de su secreción. En su secreción se encontró alto contenido de mucina, alto porcentaje de material orgánico, concentración de sales de calcio y fosfato, rico en fosfatasa y bajo contenido de dióxido de carbono. En cuanto a su configuración anatómica debido a que el orificio es más pequeño que el lumen del

ducto, el gran tamaño de su conducto, la posición de su orificio, la longitud y su curso irregular.³

El cálculo se puede localizar en diferentes partes del conducto: en la parte anterior, posterior y en el hilus de la glándula, esto tiene importancia para el tratamiento a elegir. (Fig. 3)

La composición del cálculo salival se ha determinado con estudios histoquímicos, análisis químicos y de microscopía electrónica.^{24,25}

En resumen, el cálculo salival consta de una estructura laminar de células concéntricas de minerales calcáreos alternando con capas de residuos de material orgánico que también forman una cubierta externa. Los componentes cristalinos se componen de fosfato de calcio en forma de hidroxapatita, pequeñas cantidades de magnesio, iones amonio y carbono. La matriz orgánica está compuesta por carbohidrato y ácidos amino.

Este caso reportado deja en claro la falta de coordinación y manejo de patologías del sistema estomatognático entre el personal médico y odontológico. Un correcto manejo de este tipo de lesiones dará resultados más rápidos y menos traumáticos para el paciente. Es de gran importancia concientizar en salud el papel del cirujano oral en desórdenes de cabeza y cuello para diagnosticar y tratar oportunamente el problema. La impresión diagnóstica complementada con pruebas auxiliares tales como radiografía y/o sialografía, en el caso de problemas glandulares, el examen físico y clínico al igual que una historia del hallazgo, son de vital necesidad en el tratamiento rápido de estas patologías.

El uso de una radiografía convencional cuando no se evidencian sialolitos radiopacos no debe llevar a descartar la posible causa de la disfunción glandular cuando los hallazgos clínicos lo indican. El progreso tecnológico ha incorporado diversas técnicas que el profesional tiene a su disposición y que debe usar de acuerdo a criterio personal, basándose en la necesidad y en la patología que esté manejando. Una de ellas y que es de gran ayuda en desorden glandular es la sialografía que constituye en la segunda opción para

aclarar el diagnóstico, además el medio en el que actúa la odontología social del país no permite pensar en técnicas complejas y sofisticadas. Se debe recalcar que todo profesional debe tener en cuenta para el uso de esta técnica la fase en la cual se encuentra la patología y la respuesta del paciente al medio de contraste.

CONCLUSIONES

Es posible que se presente confusión en el diagnóstico de sialoadenitis por sialolitiasis en la glándula submandibular con absceso submandibular por su localización, pero la anamnesis y el examen clínico cuidadoso evitan este problema. En el examen intraoral no siempre es posible palpar el cálculo sobre todo si está en la parte proximal del conducto o en la parte profunda del hilus de la glándula. En estos casos, una buena historia clínica, que tenga en cuenta signos y síntomas, inflamación, incremento y disminución de tamaño, dolor, frecuencia y evolución del flujo salival a la estimulación de las papilas gustativas, puede guiar para lograr un adecuado manejo, buen uso, de ayudas diagnósticas como radiografías, sialografías y gammagrafías.

Los síntomas son locales y debidos a la obstrucción del flujo salival. Si ocurre una infección secundaria los síntomas locales se acentúan uniéndose con ciertas manifestaciones constitucionales, las cuales, con el tiempo, pueden tornarse más serias.

La presencia de cálculos en la glándula submandibular no necesariamente justifica la excisión de ésta, se debe tener en cuenta la evolución completa de los signos y síntomas, además de la localización de ellos. El tratamiento de elección es la remoción del sialolito si es de corta evolución el proceso y si el sitio permite fácil acceso para su eliminación quirúrgica.

Crece la necesidad de fortalecer las relaciones interdisciplinarias entre médicos y odontólogos, para manejar patologías de una forma más oportuna y eficaz. El personal médico cirujano debe valorar el aporte del odontólogo para dar soluciones rápidas a disfunciones que comprometan estructuras y áreas anatómicas conocidas por él y que pueda interferir en impresiones

diagnósticas del médico, y por ende, en un tratamiento adecuado.

SUMMARY

Sialolitiasis is one of the most common factors included in salivary gland disease.

The principal cause of chronic sialoadenitis is the presence of calculus into the duct which produce a consequent infection because of estasis of salivary secretion.

A case of sialoadenitis is reported. The patient was admitted at the San Juan de Dios Hospital, in Cali. The initial diagnostic was a submandibular abscess, however the test revealed a sialoadenitis of submandibular gland because of fluid retention and infection.

The treatment was the gland excision. The histopathologic findings reported a severe inflammatory process in which the stroma was densely infiltrated by lymphocytes that were forming lymphoid follicles, acines with no function, dilated

ducts with scaly metaplasia, cystical cavities without malignancy.

One week after the surgery, the patient reported uncomfortable for eating and felt her mouth and throat dry. Two months after, she was in good condition.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ISACSSON, G.; LUNDQUIST, P.G. Salivary Calculi as an etiologic factor in chronic sialadenitis of the submandibular gland. *Otolaryngol.* 7: 231-236: 1982.
2. TRAVIS L.W.; DWIGHT, W.G. Acute and chronic inflammatory diseases of the salivary glands diagnosis and management. *Otolaryngol. Clin. North. Am.* 10: 239-338: 1977.
3. HOLTE, N.; ELDEEB, M.; CORLIN R. Submandibular salivary gland sialoliths perforated through the oral floor. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 51: 2: 134-139: 1981.
4. FOX, P.C., Bacterial Infections of Salivary Glands. *Curr-Opin-Dent.* 1: 4: 411-414: 1991.
5. SHAFFER, W.G. Tratado de Patología Bucal. Interamericana. México. 392-394: 1986.
6. HAUG, R., INDRESANO, A.T. Xeroradiography in the diagnosis of nonradiopaque sialoliths. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 7: 146-148: 1989.

7. LUTCAVAG, E. G. J., SCHABERG, S. J. Bilateral submandibular sialolithiasis and concurrent sialadenitis; a case report. *J. Oral. Maxillofac. Surg.* 49:11:1220-2:1991.
8. SUGRURA, N., KUBO, I., KUWAHARA, M. A case of sialolithiasis in a two-year-old girl. *Shoni, Shikagaku Zasshi.* 28: 3: 741- 746: 1990.
9. MCCULLON, C., LEE, C. Y., BLAUSTEIN, D. I. Sialolithiasis in an 8 year-old-child. Case report. *Pediatric-Dent.* 13: 4:231-233:1991
10. MURPHY, J. B. Dystrophic calcification of the submandibular gland. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.* 67: 362: 1989.
11. LERNER, D. N. TROOST, T. Submandibular sialadenitis presenting as Ludwig's angina. *Ear-Nose-Throat. J.* 70: 11: 807-809: 1991.
12. VANDEN AKKER, H. P. Diagnostic imaging in salivary gland disease. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 66: 625-637:1988.
13. KALMAN, S; ERCHNER, M. Giant Sialolithiasis appearing as odontogenic infection. *J.A.D.A.* 115: 25-26:1987.
14. HARING, J. I. Diagnosing salivary stones. *J. A. D. A.* 122: 6: 75-76: 1991.
15. AKIN, I; ESMER, N. A submandibular sialolith of an usual size; a case report. *J. Otolaryngol.* 20: 2: 123-125: 1991.
16. TRAXLER, M; SCHURAWITZKI, H. Sonography of nonneoplastic disorders of the salivary gland. *J. Oral. Maxillofac. Surg.* 21(6): 360-363: 1992.
17. SCHMELZERSEN, R.; MILBRAD, R; BERMER, P. Sonography and scintigraphy in the diagnosis of diseases of the major salivary glands. *J. Oral. Maxillofac. Surg.* 49: 8: 798-803: 1991.
18. ISACSSON, G.; ISBERG, A; HAVERLING, M. Salivary calculi and chronic sialodinitis of the submandibular sialoadenitis gland, a radiographic and histologic study. *Oral Surg. Oral Med., Oral Pathol.* 56: 622-627: 1984.
19. HALSTEAD, C. L., HOARD, B. C. Dental radiology and oral pathology. *Curr. Probl. Diagn. Radiol.* 20: 6: 187- 235: 1991.
20. VANDEN AKKER, H. P.; SOKOLE, E. B. Submandibular gland. Function and following transoral sialolithectomy. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 56: 4: 351-356: 1983.
21. MAZZA, M.; PRASENTE, M. Salivary gland calculi with ambulatory treatment. *Dent-Cadmes.* 59: 85-88, 1991.
22. KELLY, I. M.; DICK, R. Technical Report: Interventional sialography dormia basket removal of Wharton's duct calculus. *Clin-Radiol.* 43: 3: 205-206: 1991.
23. DEAHL, S. T.; RUPRECHT, A; GILBAUGH, G. Management of submandibular gland sialoliths. *Iowa Dent J.* 77: 2: 13-38: 1991.
24. DEL MARIO, A., and VALLESI, N. La scialolitiasi, con particolare riferimento alla micro-struttura ed alla composizione chimica dei calcoli. *Boll. Mal. Orecch.* 70: 1-45, 1952.
25. ANNEROTH, G.; ENEROTH, C. M., ISACSSON, G. and LUNDQUIST, P. G. Ultrastructure of salivary Calculi, *Scand. J. Dent. Res.* 86: 182-192, 1978.
26. HANSZEL, F. *Über Speichelsteinbildung.* *wien. Klin.* 13: 160-163, 1900.
27. RAUCH, S., DUCKERT, A. *Schweiz. Med. Wochenschr.* 90: 460-664:1960.

UNIVERSIDAD DEL VALLE DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA EDUCACION CONTINUA

CALENDARIO CURSOS 1994

- 1- Actualización en rehabilitación oral.
2. Actualización en odontología infantil y ortodoncia

METODOLOGIA: conferencias, talleres, prácticas clínicas (según tema)

- Sesiones mensuales de 8 horas
- Horario: Viernes: 2 - 6 p.m. - Sábado: 8 - 12 m.
- Intensidad horaria total: 80 horas

Informes:
Departamento de Estomatología
Teléfono: 542469

CUPO LIMITADO