



caso
CLÍNICO

SIALOLITIASIS en GLÁNDULA SALIVAL menor: a PROPÓSITO DE un caso

Treviño Otón E, Sánchez Sánchez R, Fernández Domínguez M.
Sialolitiasis en glándula salival menor: a propósito de un caso. Cient. Dent. 2018; 15; 1; 15-18



Treviño Otón, Eduardo
Licenciado en Odontología,
Universidad de Murcia. Alumno del
Máster Universitario de Cirugía
Bucal e Implantología, Universidad
San Pablo CEU, Madrid

Sánchez Sánchez, Ruth
Cirujano oral y maxilofacial,
Hospitales Universitarios del
Grupo Madrid. Profesora Asociada
del Máster Universitario de Cirugía
Bucal e Implantología, Universidad
San Pablo CEU, Madrid.

**Fernández Domínguez,
Manuel**
Jefe de servicio de Cirugía Oral y
Maxilofacial, Hospitales
Universitarios del Grupo Madrid.
Director del Máster Universitario
de Cirugía Bucal e Implantología,
Universidad San Pablo CEU,
Madrid.

Indexada en / Indexed in:
- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

correspondencia:
Eduardo Treviño Otón
Calle Huerto Manu nº15 4ªA
Murcia 30009
Tel. 625 282 965
trevis_e@hotmail.com

Fecha de recepción: 13 de septiembre de 2017.
Fecha de aceptación para su publicación:
8 de febrero de 2018.

RESUMEN

La sialolitiasis es la segunda patología más prevalente de las glándulas salivares, representando el 30% de la patología salival. La localización más frecuente es en la glándula submandibular, con alrededor del 80% de los casos de litiasis, mientras que la afectación de las glándulas salivares menores es de aproximadamente un 2%. La etiopatogenia de esta entidad sigue siendo un tema controvertido, sin embargo se atribuyen factores bioquímicos, infecciosos y mecánicos como los causantes de su formación. Una adecuada exploración física acompañada de la realización de pruebas complementarias de imagen, como la ecografía, resonancia magnética (RM) o tomografía computerizada (TC), serán fundamentales para el diagnóstico de la lesión. Se presenta el caso clínico de una paciente con diagnóstico de sialolitiasis de glándula salival menor labial tratada quirúrgicamente así como los resultados de la revisión científica bibliográfica hecha al respecto.

PALABRAS CLAVE

Sialolitiasis; Glándula salival menor; Patología glandular; Sialolito.

SIALOLITHIASIS OF MINOR SALIVARY GLAND: A CASE REPORT

ABSTRACT

Sialolithiasis is the second most frequent disease of the salivary glands, representing the 30% of whole salivary pathology. The most prevalent localization occurs in the submandibular gland, affected in 80% of cases of lithiasis, whereas minor salivary glands are concerned only in 2%. The etiology of this entity is still controversial, however different biochemical, infectious and mechanics factors have been attributed as the source of its formation. A correct physic examination along with supplementary images tests, as ultrasound, MRI or CT scan, will be essential for the right diagnosis. A case of a female diagnosed with sialolithiasis of minor salivary gland and surgically treated within a review of the literature is described.

KEY WORDS

Sialolithiasis; Minor salivary gland; Glandular pathology; Sialolith.

INTRODUCCIÓN

La sialolitiasis incluye una acumulación de sustancias cálcicas, fosfatos y materia orgánica que puede formarse en el interior de los conductos de las glándulas salivales. Comprende el 30% de toda la patología salival¹ y su tasa de prevalencia en la población general es del 0,1-1 %^{1,2}. Es más frecuente en varones, con un ratio hombre/mujer de 1,3 : 1³ y una incidencia máxima en la 4ª década de vida², siendo frecuente su aparición a partir de los 40 años⁴. Es la más común de las sialodentitis obstructivas³ y la segunda patología salival más frecuente, sólo superada por el mucocele⁴. Su localización más habitual es en las glándulas salivales mayores^{5,6} representando la afectación de la glándula submaxilar el 80-92% de los casos^{3,5}, debido sobre todo a la composición de la saliva secretada por esta glándula y al trayecto tortuoso de sus conductos excretores². En la parótida aparecen entre un 6-19% de las veces^{2,7,8}, mientras que su presencia en la glándula sublingual y en las glándulas salivales menores es prácticamente inexistente con menos del 2% de los casos^{2,5,7-11}. Dichas glándulas salivales menores están presentes en toda la mucosa oral, a excepción de la encía y la parte más anterior del paladar blando^{4,11}, en un número que oscila entre las 450 y 750 glándulas^{2,4,8}.

La etiología de las sialolitiasis permanece desconocida^{1,2,6,7}, aunque se atribuyen multitud de factores que contribuyen a la sedimentación de los desechos, causados principalmente por la acción de un trauma externo^{4,7}. Varios autores coinciden en la diferenciación de dos fases durante la formación del nódulo cálcico (sialolito): una primera fase, en la que la acción de factores irritantes, generalmente externos, provocaría una contracción en los conductos, generando un estancamiento¹¹ o cristalización primaria⁴, que conllevaría una reacción inflamatoria de la glándula con la consecuente alteración de las propiedades de la saliva¹², y una segunda fase, o fase fisicoquímica, en la que se produciría la formación del cálculo con el acúmulo de depósitos de fósforo y calcio entre otros¹¹.

Clínicamente suele manifestarse como una tumefacción indolora, de consistencia dura y firme^{1,8}, submucosa, bien delimitada³, y de un tamaño generalmente inferior a los 3 cm, que puede estar adherida a capas profundas^{5,11}. Estas características clínicas son comunes a otras patologías propias de las glándulas salivales menores, pudiendo ser complicado su diagnóstico diferencial⁴.

Para el diagnóstico será imprescindible la realización de una historia clínica que incluya una exhaustiva exploración física tanto intra como extraoral^{2,4,9}. Mediante una radiografía periapical se podrán detectar aquellos casos de litiasis radiopacos³, si bien suele ser necesaria la realización de una ecografía⁴, resonancia magnética (RM) o tomografía computerizada (TC) para su diagnóstico por imagen⁶⁻⁸. El diagnóstico de confirmación se obtendrá a partir del estudio histopatológico de la muestra tras la exéresis de la lesión^{3,8}.

El estudio anatomopatológico de los sialolitos intralesionales suele describir la presencia de un nódulo con anillos concéntricos orgánicos y mineralizados, con bacterias y sus productos de excreción² que se depositan en el lumen, incluyendo sustratos de amoníaco

y magnesio en casos de infección¹, y estando compuesto principalmente por cristales de hidroxiapatita y materia orgánica^{1,11}.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 65 años de edad que acude a Consultas Externas del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Madrid-Montepíncipe al presentar una tumefacción en mucosa del hemilabio superior derecho sin respuesta al tratamiento antibiótico y antiinflamatorio prescrito en otro Centro, durante la semana previa.

La paciente no tenía antecedentes personales de interés y en la exploración física se evidenciaba la presencia de una tumoración indurada en la mucosa del hemilabio superior derecho sugestiva de absceso, sin inflamación facial ni cervical asociada, motivo por el que se prescribió tratamiento antibiótico con Amoxicilina 750 mg/8h durante 7 días y AINES, solicitándose una ecografía para la valoración de la lesión.

En la revisión llevada a cabo a la semana se observó una disminución considerable del nódulo labial, describiéndose en la ecografía la presencia de una lesión sólida, hipocóica, de unos 10 mm de tamaño, con dos cuerpos extraños en su interior (Figura 1), sugestiva de litiasis de glándula salival menor.

La paciente es programada para intervención quirúrgica en quirófano bajo anestesia local. Previa infiltración submucosa con articaína 1/200.000, se realiza una incisión fusiforme en la mucosa suprayacente a la lesión con bisturí frío con hoja

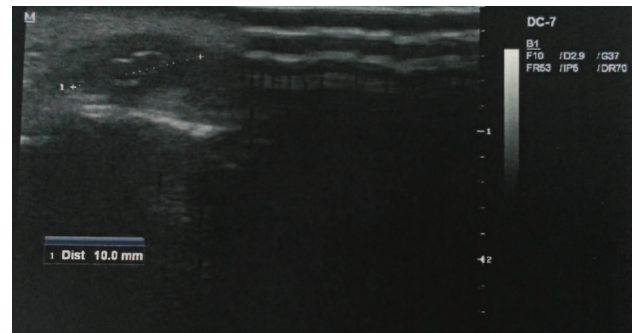


Figura 1. Imagen ecográfica en la que se aprecia una lesión sólida en mucosa de hemilabio superior derecho, hipocóica, de unos 10mm de diámetro, con dos cuerpos extraños.



Figura 2. Imagen intraoperatoria. Disección y exéresis de tumoración submucosa labial con litiasis intralesional.

del nº 15 (Figura 2) y, mediante disección roma, se procede a la exéresis completa de la tumoración, llevándose a cabo posteriormente hemostasia cuidadosa del lecho quirúrgico y cierre directo de la herida con sutura reabsorbible de ácido poliglicólico de 3/0 (Figura 3). La sección de la pieza quirúrgica reseca confirmó la presencia de dos fragmentos litiascos de 2 y 3 mm intralesionales (Figuras 4, 5 y 6) enviándose posteriormente la muestra para estudio anatomopatológico.

El análisis histopatológico describió la presencia de una lesión cavitada, ocupada por material mucoide con abundantes leucocitos polinucleares, marginada por tejido con intensa inflamación aguda y crónica, en cuya periferia se objetivaba la presencia glándulas salivales menores, observándose áreas extensas de fibrosis acompañante, siendo el diagnóstico final de sialolitiasis de glándula salival menor. El tamaño de la lesión fue de 1,2 x 0,3 cm de diámetro.

En un seguimiento posterior de 6 meses la paciente no presentó ninguna complicación postoperatoria, ni signos de recidiva de la lesión.

DISCUSIÓN

La sialolitiasis de glándulas salivales menores es una enfermedad poco prevalente en nuestro medio^{5,7}, habiéndose descrito, hasta 2005, tan solo 239 casos en la literatura científica publicada al respecto¹¹.

Pese a que las glándulas salivales menores se encuentran distribuidas prácticamente por toda la mucosa oral, el hallazgo

de las sialolitiasis se reduce a zonas muy concretas de la misma^{3,7}, situándose la mayor parte de las veces superficialmente y, muy esporádicamente, adheridas a capas profundas⁵. De esta manera, diferentes estudios de series de casos analizaron la zona de predilección de aparición de esta patología, destacando la localización en el labio superior en un 49,2% de las veces, un 37,3% en el labio inferior y en menor medida en la mucosa yugal^{1,6,8,11}. El mayor porcentaje de casos en el labio superior fue atribuido a la reducción del flujo salival en esta área, lo que contribuiría a la obstrucción de los conductos³.

Su incidencia tiene un pico máximo en la cuarta década de vida, a partir de los 40 años, siendo un hallazgo poco frecuente en adultos jóvenes, y excepcional en niños y adolescentes⁵⁻⁷. Por otra parte, en ancianos destaca una mesialización de la lesión, probablemente por la disminución del flujo salival y los cambios en los recorridos de los conductos a estas edades⁹. Otro factor ligado a la edad son los cambios metaplásicos que se producen en edades avanzadas, tanto en los conductos como en las células, generando obstrucciones más recurrentes³. Por otro lado, existe cierta predilección por el sexo masculino, aunque sin resultados estadísticamente significativos¹⁰. También se ha relacionado la aparición de sialolitos en la glándula parótida con linfomas y mielomas asociados, lo que no se ha demostrado en las glándulas salivales menores⁷.

Según un estudio realizado en el 2005, el tamaño de los cálculos encontrados en sialolitiasis de glándulas salivales menores varía desde 0,2-30 mm, siendo el tamaño medio de los cálculos analizados de entre 2-4 mm¹¹. En cuanto al número,



Figura 3. Cierre primario de la herida mediante sutura reabsorbible tras extirpación de la lesión.



Figura 5. Sección de la tumoración.

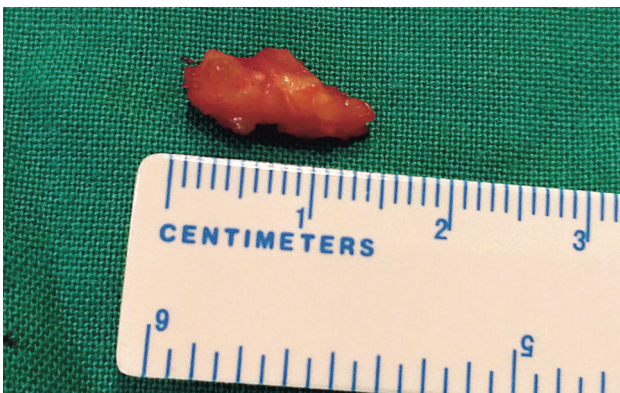


Figura 4. Aspecto macroscópico de la tumoración glandular con litiasis en su interior.

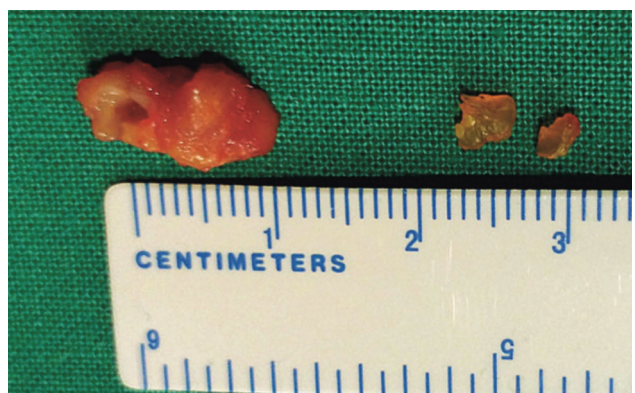


Figura 6. Medición de la tumoración y litiasis asociadas.

es común la presencia de varios cálculos en el interior de la lesión, resultando raro encontrar más de 3 cálculos en una misma glándula^{3,5}.

La etiología de esta patología está aún sin definir, aunque se han descrito diversas causas que pueden contribuir a su aparición. La presencia de bacterias en procesos infecciosos, acidificando el pH^{1,8}, así como fármacos o enfermedades sistémicas que alteren la composición de la saliva, como la gota, favorecerían la aparición de esta patología según diferentes estudios^{3,6,8}.

En el estudio histopatológico, las litiasis están compuestas principalmente de hidroxapatita. Su estructura interna se compone de anillos concéntricos laminares lo que le otorga su característica forma ovoide o redondeada. Por otro lado, los acinos que rodean a los cálculos presentan células inflamatorias derivadas de la respuesta del huésped ante el factor irritante. Este número de células se ve incrementado cuando se trata de cálculos heterogéneos en forma y composición, mientras que su número se reduce drásticamente en aquellos con aspectos homogéneos⁵.

El diagnóstico de esta patología representa un reto para los odontólogos y cirujanos orales. En 2014, Brazao y cols., analizaron 25 casos de sialolitiasis de glándula salival menor de los cuales, en tan solo en un 8% se realizó un diagnóstico correcto previo al análisis histopatológico³. El hecho de que la sintomatología sea común a otros procesos patológicos frecuentes de la cavidad oral, asociado a la difícil detección en las radiografías convencionales hace que el diagnóstico inicial resulte complicado. Este hecho se percibe en los sialolitos encontrados en las glándulas salivales mayores cuyas imágenes radiográficas se diferencian de las analizadas en las glán-

dulas salivales menores⁹. Además entre un 20% y 50% de los casos son radiotransparentes y por lo tanto, no se podrían detectar en las radiografías convencionales².

Cuando se trata de lesiones radiolúcidas la TC o la ecografía se consideran las pruebas de imagen de elección para el diagnóstico de esta patología, aunque su diagnóstico definitivo lo dará el estudio histopatológico de la lesión⁶.

En cuanto al diagnóstico diferencial, ciertos autores consideran que debe llevarse a cabo en primer lugar con una hiperplasia fibrosa¹², seguido del cáncer oral y del mucocele^{3,12}, mientras que otros posicionan al mucocele en primer lugar, por delante del quiste salivar, las neoplasias y los cuerpos extraños².

Todo lo anteriormente descrito, hace que tan solo en el 20% de los casos se llegue a un diagnóstico clínico preoperatorio correcto^{11,13}, recomendándose la ecografía como prueba de imagen de elección⁵, si bien el diagnóstico definitivo se realizará a partir de la exéresis de la lesión y del estudio anatomopatológico de la misma⁹.

CONCLUSIONES

La sialolitiasis de las glándulas salivales menores representa una entidad poco frecuente pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de diversos procesos patológicos de la cavidad oral. La clínica de esta patología y su escasa prevalencia obligan al uso de la TC o la ecografía como pruebas de imagen para su diagnóstico. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa de la lesión, con lo que se conseguirá la curación y el diagnóstico de confirmación mediante el análisis histopatológico de la misma.



BIBLIOGRAFÍA

- Grases F, Santiago C, Simonet BM, Costa-Bauzá A. Sialolithiasis: mechanism of calculi formation and etiologic factors. *Clin Chim Acta* 2003; 334: 131-136.
- Tanna N, Koshal S. Rare sialoliths of the minor salivary glands: a case series and review of the literature. *Oral Surgery* 2016; 9 (2): 107-112.
- Brazao-Silva M, Prosdociami FC, Lemos-Junior C, De Sousa SCOM. Clinicopathological aspects of 25 cases of sialolithiasis of minor salivary glands. *Gen Dent* 2015; 63 (3): e22-e26.
- Ambrosio B. *Medicina Bucal-Enfermedades Mucocutáneas y de las glándulas salivales*. Madrid: Editorial Síntesis. 1998
- Ng S, Pinto P. Ultrasound-guided retrieval of labial minor salivary gland sialoliths. *Dentomaxillofac Radiol* 2000; 29 (5): 319-322.
- Lee L, Wong Y. Pathogenesis and diverse histologic findings of sialolithiasis in minor salivary glands. *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68 (2): 465-470.
- Souza IF, Kawatake MM, Soares AB, Moraes PdC, de Araújo VC, Passador-Santos F, et al. Sialolithiasis of minor salivary glands. *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 63 (1): 63-67.
- Boyd AS. Sialolith of a minor salivary gland. *J Cutan Pathol* 2008; 40 (8): 696-698.
- Masashi K, Atsushi E, Akio S, Shusuke N, Masahiro U. A case of sialolithiasis in a minor salivary gland of the buccal mucosa. *J Clin Diag Res* 2016; 10 (11): 6-7.
- Dong WS, Lee EJ, Bark LL, Woo YS. Minor salivary gland sialolithiasis of the upper lip. *Ann Dermatol* 2013; 25 (4): 502-504.
- Lagha NB, Alantar A, Samson J, Chapireau D, Maman L. Lithiasis of minor salivary glands: Current data. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100 (3): 345-348.
- Alcure ML, Vargas PA, Júnior JJ, di Hipólito Júnior O, Lopes MA. Clinical and histopathological findings of sialoliths. *Braz J Oral Sci* 2015; 4 (15): 899-903.
- Goran A, Hansen LS. Minor Salivary Gland Calculi. A clinical and histopathological study of 49 cases. *Int J Oral Surg* 1983; 12: 80-89.
- Wang WC, Chen CY, Hsu HJ, Kuo JH, Lin LM, Chen YK. Sialolithiasis of minor salivary glands: A review of 17 cases. *J Dent Sci* 2016; 11: 152-155.