



CASO CLÍNICO



De Antonio Torres, Cristina
Licenciada en Odontología, postgrado en rehabilitación estética y Alumna del Máster Oficial de Cirugía Oral Avanzada e Implantología de la Universidad San Pablo CEU.

Ingelmo Navarro, Paloma
Licenciada en Odontología y Alumna del Máster Oficial de Cirugía Oral Avanzada e Implantología de la Universidad San Pablo CEU.

Pérez Herbera, Ana
Licenciada en Odontología y Alumna del Máster Oficial de Cirugía Oral Avanzada e Implantología de la Universidad San Pablo CEU.

Pezzi Rodríguez, Mario
Adjunto del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Grupo Hospitalares de Madrid.

Fernández Domínguez, Manuel
Director del departamento de Odontología de la Universidad San Pablo CEU y Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial del Grupo Hospitalares de Madrid.

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

Correspondencia:

Cristina de Antonio Torres
C/ Fuencarral, 10, 2º, dcha. 2ª
28004 Madrid
cristina.deantonio.torres@gmail.com
Tel.: 616 331 826

Fecha de recepción: 3 de julio de 2015.
Fecha de aceptación para su publicación:
3 de noviembre de 2015.

Tratamiento quirúrgico de La Parotiditis Litiasica crónica. A PROPÓSITO DE UN CASO

De Antonio Torres, C., Ingelmo Navarron, P., Pérez Herbera, A., Pezzi Rodríguez, M., Fernández Domínguez, M. Tratamiento quirúrgico de la parotiditis litiasica crónica. A propósito de un caso. *Cient. Dent.* 2015; 12; 3: 247-252.

RESUMEN

La litiasis salival se produce por la obstrucción mecánica de una glándula salival o de su conducto excretor, debido a la formación de concreciones calcáreas o sialolitos. Los sialolitos determinan una ectasia salival que puede provocar la dilatación posterior de la glándula. Secundariamente puede producirse la infección de la misma, dando lugar a un cuadro de sialoadenitis crónica. En la parótida los cálculos suelen ser de tamaño pequeño, raramente múltiples y presentan largas fases de latencia clínica. La técnica quirúrgica puede ser compleja debido a la relación con el nervio facial. El tratamiento implica la eliminación del cálculo. La manipulación por parte del profesional empujando el cálculo fuera del conducto suele ser suficiente pero en algunos casos se precisa de la extracción quirúrgica. El objetivo de este artículo es enumerar las formas de diagnóstico y tratamiento de la parotiditis litiasica, poner de manifiesto la técnica ideal adecuada y mínimamente invasiva solucionando una patología que puede diagnosticarse en el sillón odontológico y en algunos casos menores solucionarse. Se presenta el caso de un hombre de 50 años con parotiditis litiasica programada para tratamiento quirúrgico, bajo anestesia general.

PALABRAS CLAVE

Litiasis; Enfermedad parótidea; Cálculos del conducto salival; Sialolitiasis; Tratamiento quirúrgico.

SURGICAL TREATMENT IN CHRONIC SIALOLITHIASIS. A CASE REPORT

ABSTRACT

Salivary duct lithiasis is caused by the obstruction of a salivary gland or its excretory duct due to the formation of calcareous concretions or sialoliths. Sialoliths resulting in salivary ectasia and even provoking the subsequent dilation of the salivary gland. Secondary it can may produce a infection itself, leading to chronic sialadenitis sintoms. In the parotid the calculi are usually small, rarely have multiple size and long phases of clinical latency. The surgical procedure can be complex because of the relationship with the facial nerve. Treatment involves removal of the calculi. The manipulation by the professional pushing out the calculi of the duct is often sufficient but in some cases requires surgical removal. The aim of this article is to list the ways of diagnosis and treatment of sialolithiasis, to explain the appropriate ideal and minimally invasive technique, solving a disease that can be diagnosed in the dental clinic and solved in some cases. The case report a man of 50 years with sialolithiasis scheduled for surgery under general anesthesia.

KEYWORDS

Lithiasis; Parotid disease; Salivary duct calculi; Sialolithiasis; Surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

La litiasis salival se produce por la obstrucción mecánica de una glándula salival o de su conducto excretor, debido a la formación de concreciones calcáreas o sialolitos.

Los sialolitos determinan una ectasia salival que puede provocar la dilatación posterior de la glándula. Secundariamente puede producirse la infección de la misma, dando lugar a un cuadro de sialoadenitis crónica¹⁻³.

El cuadro clínico es muy característico y de fácil diagnóstico, siempre que se tenga presente que el dolor puede estar ausente en un 17% de los casos. La sialolitiasis corresponde al 30% de la patología salival y afecta principalmente a las glándulas submaxilares (83-94%), seguida por la glándula parótida (4-10%) y las glándulas sublinguales (1-7%)^{1, 4}.

Este proceso se presenta principalmente alrededor de los 40 años de edad, aunque también puede detectarse de forma precoz en la adolescencia y en la vejez. Existe una mayor incidencia en los varones, predominio que se hace más evidente cuando se trata de la litiasis de la glándula parótida

En la parótida los cálculos suelen ser de tamaño pequeño, raramente múltiples y presentan largas fases de latencia clínica. La técnica quirúrgica puede ser compleja debido a la relación con el nervio facial⁵.

Los sialolitos están constituidos por la precipitación de fosfatos y carbonato cálcico. Su formación está favorecida por la estasis salivar (hiposialia y malformaciones del conducto), factores químicos (cambios del pH hacia la alcalinidad con saturaciones de la saliva en iones calcio y fosfatos) y formación de un sustrato proteico (colonias bacterianas, células epiteliales descaamadas, tapones de mucina, cuerpos extraños y otros residuos celulares) cuya mineralización daría como resultado la formación de los cálculos^{1, 4}.

La forma de los cálculos suele ser ovoide y su tamaño muy variable. Desde una pequeña precipitación que escapa al examen radiológico hasta cálculos de 1 cm en la parótida y de mayor tamaño en la glándula submaxilar. Su coloración es pardo-amarillenta. Su superficie es granulosa. Son más o menos duros y pueden fragmentarse de forma espontánea, lo que explicaría la patogenia en algunos casos de cálculos múltiples. La formación y la migración de las concreciones calcáreas en los canales excretores de las glándulas salivares se traducen en manifestaciones mecánicas e infecciosas⁴.

La tumefacción afecta con mayor intensidad a la glándula que a su conducto y cuando se produce lo hace de forma brusca, manifestándose con dolor en las regiones geniana y maseterina con irradiación al oído, sialorrea y trismus. La infección salival se confirma al observar la tumefacción en la salida del conducto excretor y eritema, junto con secreción de pus. Esta problemática implica un aumento del riesgo de infecciones de la glándula salival y sus consiguientes molestias. De igual modo suele producirse recurrencia en la formación de los cálculos².

El diagnóstico incluye la detección del cálculo o cálculos mediante la palpación bidigital por la presencia de un nódulo firme por detrás de la salida del conducto de Stenon. A veces la palpación del cálculo se dificultara por la importante tumefacción asociada. Las radiografías simples pueden ser definitivas para muchos cálculos radiopacos (80%) y cuando la radiografía convencional no es concluyente se deberá recurrir a la sialografía, Tomografía computerizada (TC) o resonancia magnética^{3, 4, 6}.

El tratamiento implica la eliminación del cálculo. La manipulación por parte del profesional empujando el cálculo fuera del conducto suele ser suficiente pero en algunos casos se precisa de la extracción quirúrgica. El dolor intenso y la amenaza de repetición del cólico salival son suficientes para indicar fármacos atropínicos, simpaticolíticos (dihidroergotamina) y tratamiento espasmolítico. Cuando se asocia a infección está indicada la antibioterapia con amoxicilina y ácido clavulánico o clindamicina. La literatura indica que cuando mediante la sialografía se aprecia que el conducto es demasiado fino (<1 mm) para permitir la salida de los fragmentos litiásicos, cuando la litiasis es recidivante y la función glandular está comprometida, sólo será aceptable la exéresis glandular^{3, 4, 6}.

Existen además técnicas de sialoendoscopia para la resolución de estos procesos patológicos^{3, 5, 7, 8}.

El objetivo de este caso clínico es enumerar las formas de diagnóstico y tratamiento de la parotiditis litiasica, poner de manifiesto la técnica ideal adecuada y minimamente invasiva solucionando una patología que puede diagnosticarse en el sillón odontológico y en algunos casos menores solucionarse.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 50 años de edad acude a la consulta por dolor y tumefacción hemifacial izquierda de características flogósicas.

En la exploración física se aprecia un nódulo de consistencia firme en el tercio medio del conducto de Stenon izquierdo y tumefacción leve no fluctuante de la glándula parótida acompañada de salida de material purulento por el conducto de Stenon. No se observa trismus, ni disfagia, ni odinofagia.

La exploración radiológica incluye una Tomografía Computerizada (TC) cervicofacial sin contraste intravenoso, donde se visualiza una masa radiopaca de 8 mm en el trayecto intraglandular del Stenon con dilatación de todo su trayecto (Figura 1).

El tratamiento consiste en la extirpación del sialolito con abordaje quirúrgico por las múltiples recidivas previas.

El procedimiento quirúrgico es bajo anestesia general, mediante un abordaje preauricular izquierdo con extensión cervical. La disección suprafascial se llevó a cabo mediante bisturí eléctrico. Se procedió a la identificación del sialolito en el infundíbulo del conducto de Stenon previa localización y preservación de las ramas del nervio facial con ayuda de un neuroestimulador.

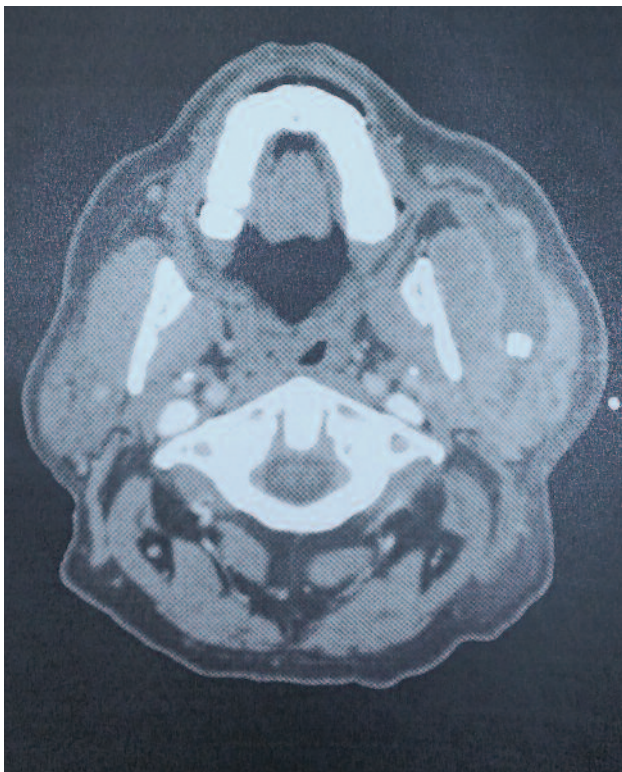


Figura 1. TC con imagen radiodensa.

Se procede a la extracción del sialolito (Figuras 2 y 3), a la localización de otro de menor tamaño causante y el drenaje de la infección purulenta.

La tutorización del conducto de Stenon se realizó con sonda de silicona para facilitar el drenaje a la cavidad bucal (Figuras 4 y 5).

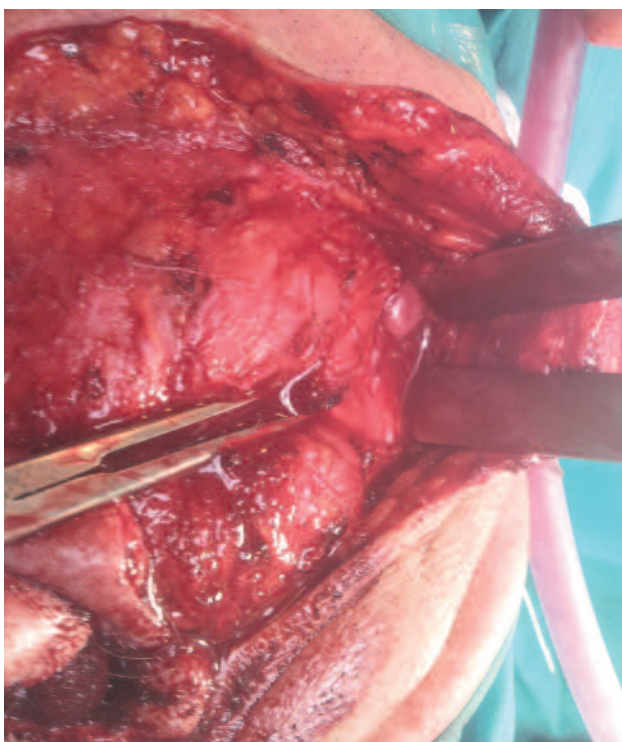


Figura 2. Visualización sialolito.

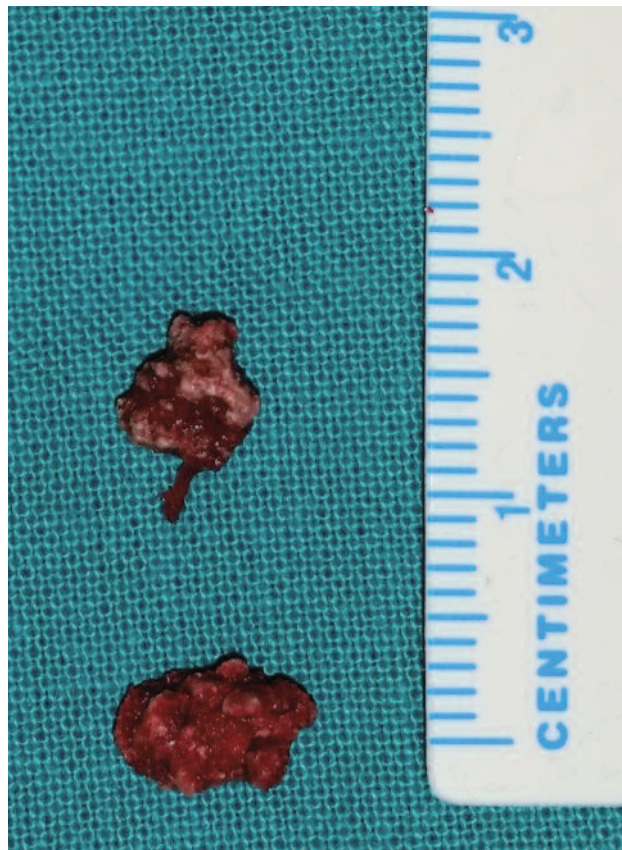


Figura 3. Sialolitos.

Fue necesario realizar el cierre del conducto de Stenon para evitar la comunicación con el exterior (Figura 6).

Se realizó el cierre de la mucosa con vycril y el cierre del colgajo con etilon (Figura 7).

El tratamiento postquirúrgico incluyó la ingesta de abundantes líquidos y masajes locales junto con la prescripción de antibioterapia, corticoides y analgésicos.

El sialolito se estudió en el servicio de anatomía patológica y correspondió a un nódulo parduzco y liso de 0,7 cm de diámetro y microscópicamente a un tejido de granulación crónico erosionado en superficie y desprovisto de revestimiento.

El postoperatorio inmediato tuvo un resultado favorable y se evidenció la ausencia de paresia del territorio del nervio facial.

La tomografía cervicofacial como método diagnóstico radiológico en la litiasis fue adecuada sin necesidad de hacer sialografía con infiltración venosa.

El drenaje a la cavidad oral del conducto de Stenon redujo la posibilidad de inflamación por el acúmulo de serosidad (Figura 8).

El postoperatorio con hospitalización y tratamiento farmacológico tuvo resultado muy positivo con restablecimiento funcional.

Tras seis meses de tratamiento, el paciente permanece asintomático sin signos de recidiva clínica.



Figura 4. Comunicación conducto Stenon.

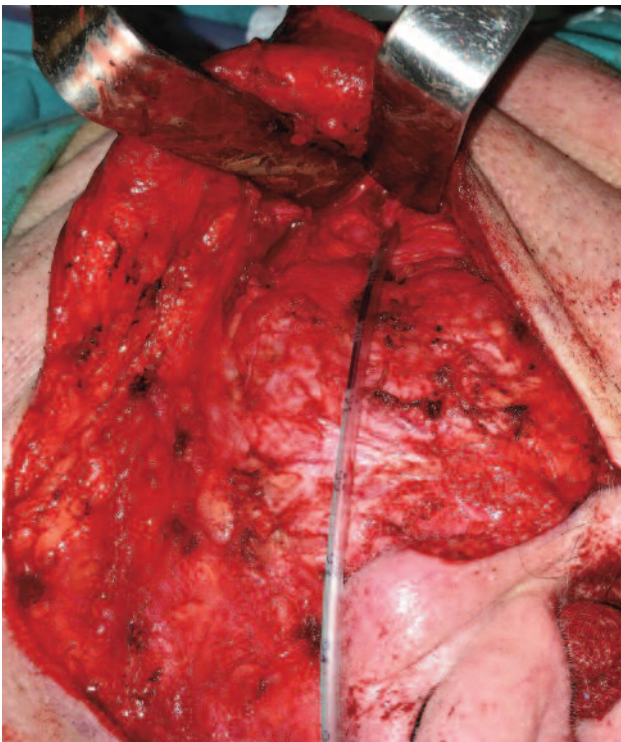


Figura 5. Colocación tubo de drenaje.

DISCUSIÓN

La diferencia entre los sialolitos submaxilares y de la parótida viene dada por el contenido mineral de la secreción, por su tamaño y por la densidad radiológica. Como consecuencia se deben valorar varios métodos diagnósticos según el estado del paciente; entre los que se encuentran las radiografías intra y extraorales. En estas la detección del sialolito aumenta cuanto más próximo se encuentra del orificio de drenaje. La sialografía está contraindicada en casos de infección aguda, cuando hay sensibilidad al yodo por parte del paciente o cuando ya se ha visualizado con otras técnicas radiográficas.

En este caso el método de diagnóstico fue la tomografía computarizada cervicofacial, de elección por no ser invasivo y por permitir la localización exacta del sialolito.

En cuanto al tratamiento hay mucha controversia, varía en función del tamaño del sialolito, su localización en relación al nervio facial y la densidad radiológica.

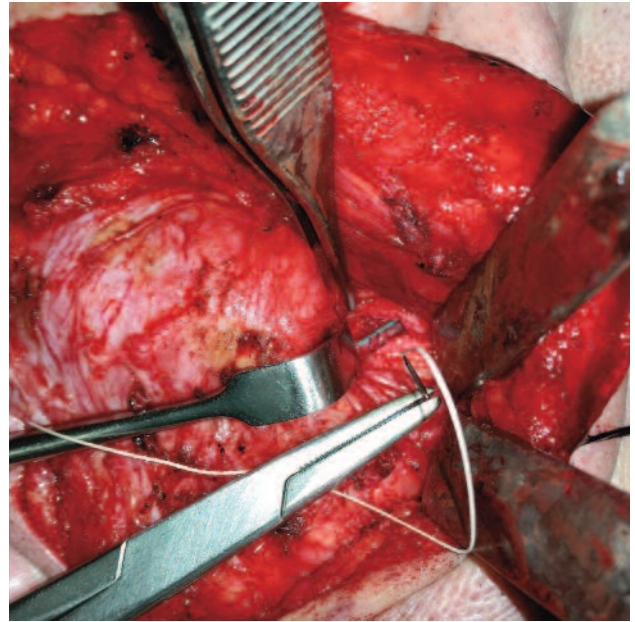


Figura 6. Cierre del conducto de Stenon.

Según se describe en la literatura, la primera fase de tratamiento debe ser conservadora, con fármacos espasmolíticos para los episodios dolorosos y antibioterapia para prevenir las complicaciones infecciosas^{1, 2}.

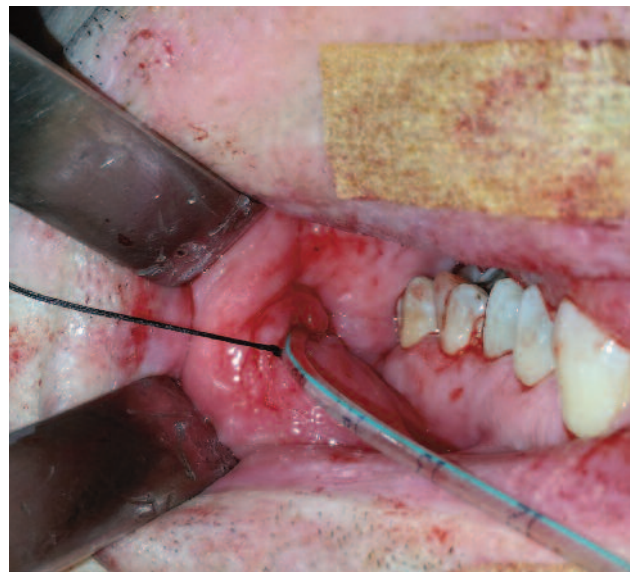


Figura 7. Drenaje postquirúrgico a la cavidad oral.

La dieta tiene un papel importante, un adecuado aporte proteico y de líquidos, así como sialagogos naturales (limón o encurtidos). Si el cálculo es pequeño también se indicaran masajes y administración de calor en la zona.

Otros tratamientos no invasivos son las ondas expansivas ultrasónicas la fragmentación del cálculo, con una duración de



Figura 8. Cierre de colgajo y drenaje.

30 minutos y varias sesiones, la instilación de suero y penicilina intraconducto para dilatar el conducto y liberar los sialolitos adheridos⁵.

El tratamiento quirúrgico se realizará en aquellos casos en los que han fracasado los métodos anteriormente expuestos o para complementarlos^{1, 2}.

El mayor riesgo es el compromiso del nervio facial, por lo que siempre se acompañara con la monitorización intraoperatoria⁵.

Inicialmente se intenta valorar la anastomosis del conducto Stenon y la creación de una nueva fístula de drenaje de la parótida, pero en algunas circunstancias se precisa optar por la parotidectomía, generalmente superficial^{1, 2}.

La sialoendoscopia representa un método innovador, mínimamente invasivo no solo de aplicación diagnóstica, sino también terapéutica^{4, 7, 8}.

Esta técnica requiere una curva de aprendizaje larga y es compleja por la multitud de dilataciones y estenosis del conducto de Stenon^{4, 7, 8}.

La sialoendoscopia se realiza asociado a irrigación salina para dilatar el conducto durante el proceso⁴.

La contraindicación de esta técnica es la obstrucción distal del conducto de Stenon que impide la manipulación del instrumental endoscópico^{4, 8}.

En este caso se decidió optar por un tratamiento quirúrgico más conservador, como es la sialolitotomía y drenaje del conducto de Stenon. Los motivos se basaron en el buen acceso al sialolito, la eliminación etiológica de la patología y conseguir resultados positivos sin dañar la estética del paciente y recuperando las funciones de la glándula parótida.



BIBLIOGRAFÍA

1. Torres-Lagares D, Barranco-Piedra S, Serrera-Figallo MA, Hita-Iglesias P, Martínez-Sahuquillo-Márquez A, Gutiérrez-Pérez JL. Parotid sialolithiasis in Stensen's duct. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11 (1): E80-4.
2. Sánchez R, Navarro I, Chamorro M, Cebrián JL y Burgueño M. Chronic sialoec-tasis of Stenon's duct: Report of a case. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2010; 32 (1): 36-38.
3. Pastor-Ramos V, Cuervo-Díaz A, Aracil-Kessler L. Sialolithiasis. Proposal for a new minimally invasive procedure: Piezoelectric surgery. *J Clin Exp Dent* 2014; 6 (3): e295
4. Capaccio P, Torretta S, Ottavian F, Sambataro G, Pignataro L. Modern management of obstructive salivary diseases. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2007; 27(4): 161-72.
5. Ingelmo I, Trapero JG, Puig A, De Blas G, Regidor I, León JM. Intraoperative monitoring of the facial nerve: anesthesia and neurophysiology considerations. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2003; 50 (9): 460-71.
6. Andretta M, Tregnaghi A, Prosenikiev V, Staffieri A. Current opinions in sialolithiasis diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. 2005; 25 (3): 145-149.
7. Singh PP, Gupta N, Goyal A, Tomar S. Interventional sialendoscopy for parotid ductal calculi: our preliminary experience. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 64 (3): 252-6.
8. Kopec T, Szyfter W, Wierzbicka M. Sialoendoscopy and combined approach for the management of salivary gland stones. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013; 270 (1): 219-23.