



caso clínico

SIALOLITIASIS PAROTÍDEA. DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Callow Pueyo, S. Martínez Rodríguez, N. Fernández Cáliz, F. Barona Dorado, C. Martínez-González, J.M. Sialolitiasis parotídea. Dificultades en el diagnóstico. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Cient. Dent.* 2019; 16; 2; 137-141



Callow Pueyo, S.
Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma.

Martínez Rodríguez, N.
Coordinadores del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

Fernández Cáliz, F.
Coordinadores del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

Barona Dorado, C.
Profesora contratada doctor interina de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

Martínez-González, JM.
Profesor titular de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

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

Correspondencia:
Prof. José María Martínez-González
Facultad de Odontología. UCM.
Pza. Ramón y Cajal s/n
28040 Madrid.
Email: jmargo@ucm.es

Fecha de recepción: 11 de marzo de 2019.
Fecha de aceptación para su publicación:
18 de junio de 2019.

RESUMEN

Introducción: La sialolitiasis parotídea es una patología común de las glándulas salivales y puede dar lugar a atrofia glandular. Los sialolitos parotídeos son más raros que los submandibulares y su diagnóstico y tratamiento es más complejo, debido a la superposición de estructuras y a las dificultades de acceso.

Caso clínico: Mujer, de 68 años, que acude con episodios inflamatorios recurrentes en la región geniana izquierda, coincidente con las comidas, y que, tras su paso por varios especialistas, acude a nuestro Servicio, en el que tras prescribir un CBCT con reconstrucción tridimensional se halla una pequeña estructura calcificada próxima a la parótida izquierda.

Discusión: Los métodos de diagnóstico son variados y su utilización depende de la indicación. Entre las distintas pruebas figuran la resonancia magnética (RM), la Tomografía Computerizada de Haz de Cono (CBCT) y la sialografía, siendo el método más eficaz de diagnóstico la combinación de estas. Los abordajes terapéuticos son diversos y dependen de multitud de factores, siendo los más utilizados la sialoendoscopia y el abordaje quirúrgico transoral.

Conclusión: La sialolitiasis parotídea supone un reto, tanto diagnóstico como terapéutico, y es una situación clínica común por lo que en su tratamiento deben tenerse en cuenta muchos factores para elegir la alternativa que suponga una remoción completa del cálculo y pocas complicaciones a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Sialolitiasis; Parótida; Cálculo salival; Sialolitos.

PAROTID SIALOLITHIASIS. DIAGNOSING COMPLEXITIES. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Introduction: Parotid stones are a common finding in salivary gland disorders and can lead to destruction of salivary tissue. Parotid calculi are rarer than submandibular calculi and their diagnosis and treatment are more challenging due to superimposition of hard structures and limited access.

Clinical case: A female patient, 68 years old, is referred to our Service, after seeing different specialists, due to repeated inflammatory episodes of her left cheek area, which usually appear at mealtimes. After prescribing a CBCT with 3D reconstruction, a calcified structure can be seen next to the left parotid gland.

Discussion: Diagnostic means are varied, and their use depends on their indication. Among diagnostic test, MRI, CBCT and sialography can be found, and usually combining them provides a more precise diagnosis. There are many therapeutical approaches, being sialoendoscopy and transoral approach the most common ones.

Conclusion: Parotid sialolithiasis poses a diagnostic and therapeutic challenge, and it is a relatively common clinical situation, thus, treatment must be tailored to obtain complete stone removal and a minimum of long-term complications.

KEY WORDS

Sialolithiasis; Parotid; Parotid stones.

INTRODUCCIÓN

La sialolitiasis es una patología que se caracteriza por la obstrucción de una glándula salival o el conducto de la misma mediante la deposición de formaciones calcáreas denominadas sialolitos¹.

Estos sialolitos son más frecuentes en la glándula submandibular (84%) que en la glándula parótida (13%) y éstos últimos se suelen localizar en el interior de la glándula, en contraposición con los submandibulares cuya localización más frecuente es intraductal².

Dicha obstrucción cursa con una disminución del flujo salival y si se cronifica puede dar lugar a un aumento de la presión intraglandular derivando en necrosis de tejidos acinar y conectivo³.

El diagnóstico de la sialolitiasis es complejo y debería comenzar por una anamnesis exhaustiva inicial, acompañada por una exploración intra y extraoral de la glándula. En una radiografía panorámica, gran cantidad de sialolitos son pasados por alto por superposición con estructuras óseas y dentarias. Otras herramientas diagnósticas como la tomografía computerizada (TC), la Tomografía Computerizada de Haz de Cono (Cone Beam Computerized Tomography –CBCT-), y la resonancia magnética (RM), son fundamentales a la hora de determinar el número, la localización y el tamaño de los sialolitos^{4,5}.

El objetivo de este trabajo es estudiar los métodos diagnósticos y abordajes terapéuticos más eficaces de la sialolitiasis parotídea, así como las características de la misma, mediante la presentación de un caso y la revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Mujer, de 68 años, que acude al Hospital Virgen de la Paloma, por episodios de dolor e inflamación recurrentes en la región geniana izquierda. Su historia médica no refleja antecedentes de interés salvo toma de medicación de Simvastatina y Eutirox, y ser operada de apendicitis. Según refiere la paciente, los primeros episodios de inflamación empezaron 4 años, apareciendo una tumefacción hemifacial izquierda, coincidente con la ingesta de comidas, que cursa también con dolor, y cede tras 24 horas (Figura 1). Estos episodios han ido aumentando en frecuencia y en la actualidad se producen cada dos o tres meses, habiendo acudido la paciente a diversos especialistas y Servicios, en los que se pautó tratamiento antibiótico e hidroterapia. En el momento de la exploración clínica realizada en nuestro Servicio, extraoralmente no presenta ningún tipo de signo clínico (Figura 2). A la exploración intraoral, la permeabilidad de los conductos de Wharton y Stenon son normales, y no se aprecian signos inflamatorios. La palpación bimanual es negativa y la palpación a nivel del conducto de Stenon también lo es. Se solicitó



Figura 1. Estado inicial de la paciente, sin sintomatología.



Figura 2. Episodio inflamatorio de la región geniana izquierda.

a la paciente un CBCT con reconstrucción tridimensional en el que, tras el análisis de los distintos cortes, fue la propia reconstrucción mandibular la que mayor capacidad ofreció, apreciándose una pequeña estructura calcificada próxima la glándula parótida izquierda (Figuras 3-6).

DISCUSIÓN

La sialolitiasis es una patología salival bastante común, abarcando un tercio de los desórdenes de las glándulas salivales⁶. Los síntomas más comunes que acompañan a esta patología son: inflamación y dolor relacionados con las comidas, en la zona de la glándula afectada, que persisten durante unas horas, y posteriormente pueden remitir durante semanas o meses, aunque según Kraaij y cols.,³ en algunos casos el paciente puede permanecer asintomático.

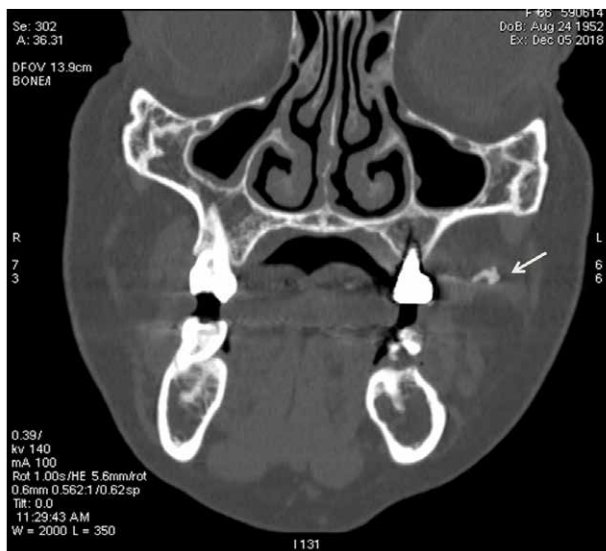


Figura 3. Corte frontal del CBCT con la presencia del sialolito.

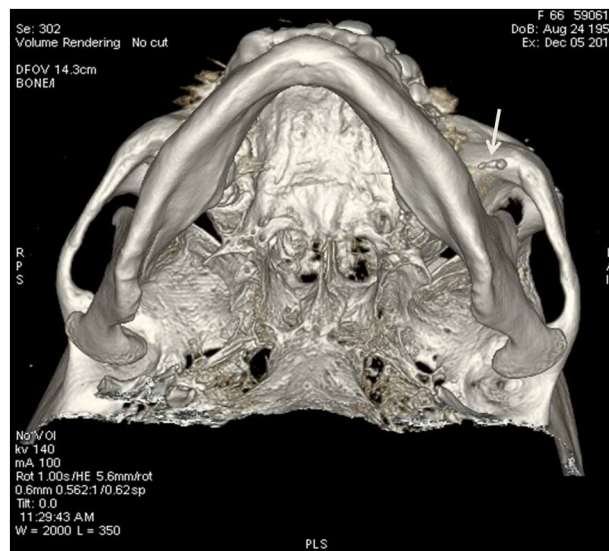


Figura 5. Visión caudal de la reconstrucción tridimensional y el sialolito.

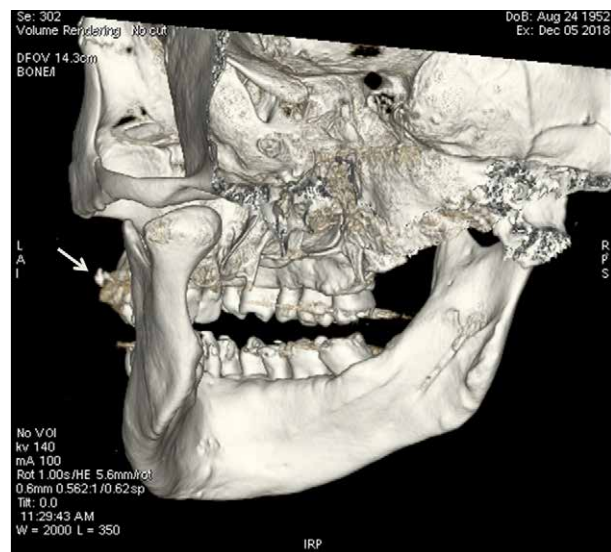


Figura 4. Reconstrucción tridimensional anteroposterior de la región parotídea izquierda.

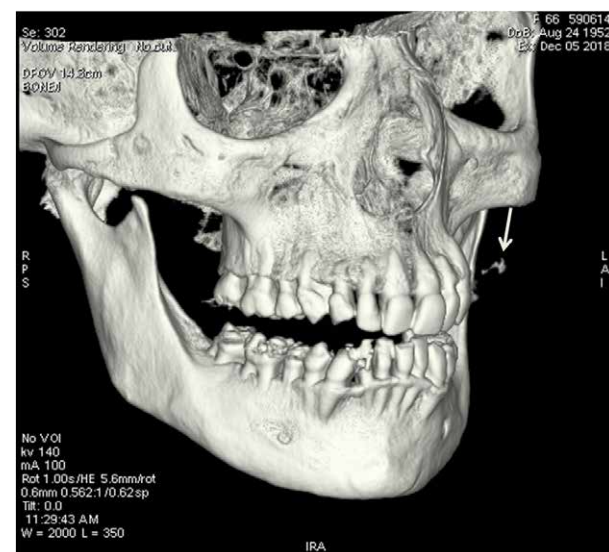


Figura 6. Posición del sialolito en la región parotídea izquierda.

Es más común en pacientes en la cuarta o quinta década de vida y se distribuye igualmente en ambos géneros⁷. Su incidencia, tal y cómo se ha mencionado antes y en la que coinciden la mayoría de los estudios consultados, varía dependiendo de la localización, el 80-90% de los sialolitos aparece en la glándula submandibular, mientras que sólo el 10-20% aparece en la glándula parótida. La sialolitiasis de glándulas salivales menores es extremadamente rara, y si aparece, lo hace desde la quinta a la octava década de vida²⁻⁶.

Según los estudios consultados, los sialolitos se distribuyen equitativamente entre el lado derecho e izquierdo de la cavidad oral. En el 80% de los pacientes aparece un único sialolito mientras que en el 20% de los pacientes aparecen dos y aproximadamente en el 5 por ciento de los pacientes aparecen tres o más sialolitos^{4,5}.

En cuanto a la etiología, es controvertida y hay varias teorías de formación, entre ellas se incluyen la aglomeración de microsialolitos, variaciones anatómicas que favorecen la obstrucción y una alteración bioquímica en la composición de la saliva. Además, se considera que el flujo reducido de saliva favorece la deposición de calcio. El desarrollo de sialolitos parece estar relacionado con el desarrollo de cálculos renales y/o vesicales, además de ser más frecuente en pacientes con gota, aunque estos hallazgos no están consensuados en la literatura. El uso de diuréticos sí parece predisponer al desarrollo de sialolitos debido a la disminución del flujo salival producido por estos fármacos^{2,7}.

El diagnóstico de la sialolitiasis parotídea no es inmediato y suele ser complejo. A una anamnesis concienzuda, haciendo hincapié en la toma de medicamentos y la presencia

de patologías crónicas como gota, hipertensión o diabetes, debería unirse la exploración intra y extraoral de la glándula, y una palpación de la misma, que en la mayoría de los casos es dolorosa, encontrándose una glándula de consistencia firme. Para su diagnóstico por la imagen, se pueden aplicar diversas técnicas; la panorámica como herramienta inicial, por su bajo coste y dosis de radiación, es útil, pero gran parte de los sialolitos no son detectados debido a la superposición de estructuras. Según Rzymska-Grala y cols.,⁴ y Kiringoda y cols.,⁵ entre el 60-70% de los sialolitos parotídeos no se aprecian en la panorámica, especialmente si los sialolitos no se encuentran en una posición intraductal, sino intraparenquimatosos, lo que ocurre en un tercio de los casos⁸.

La tomografía computerizada y el CBCT resultan muy útiles para localizar estructuras calcificadas, sin importar el tamaño, pero a la alta dosis de radiación se añade que no ofrecen información sobre el sistema canalicular ni el estado o patología del conducto salival.

Sin embargo, van der Meij y cols.,¹⁰ en su estudio demuestran que la sensibilidad y especificidad del CBCT son mayores del 90%, en una serie de 127 casos de sialolitiasis. En contraposición, la resonancia magnética es capaz de mostrar conductos dilatados y obstruidos, pero puede obviar la presencia de cálculos más pequeños.

Los ultrasonidos son una prueba adicional, no radiográfica, de bajo coste, utilizada por su sensibilidad (77%) y su especificidad (95%) en el diagnóstico de la sialolitiasis, aunque en los casos de estenosis o fibrosis ductal puede dar falsos positivos⁹⁻¹¹.

La prueba de elección para detectar sialolitos, tanto intraductales como intraparenquimatosos, es la sialografía, aunque está contraindicada en episodios agudos de sialoadenitis, que suele ser el momento y el motivo de consulta, y en pacientes alérgicos al medio de contraste.

Los hallazgos de todas las pruebas anteriormente mencionados son confirmados mediante la sialoendoscopia, en la cual el conducto es permeabilizado bajo anestesia general, por un endoscopio, previa dilatación del mismo y que permite la irrigación del conducto con soluciones salinas poseyendo también una finalidad terapéutica, perfilándose como una alternativa de tratamiento exitosa (85%), tal y como reflejan Samani y cols.,¹² en su estudio y Lizaur y cols.,¹³ en su metaanálisis.

El objetivo del tratamiento de la sialolitiasis parotídea es la preservación de la función glandular, consiguiendo el menor número de complicaciones ni morbilidad para el

paciente¹⁴. En primera instancia, se intentarán alternativas no quirúrgicas de tratamiento, tales como el uso de sialogogos o masajes en la zona e irrigación del conducto, aunque estos procedimientos son más exitosos en cálculos pequeños e intraductales. Dependiendo del tamaño del sialolito, el abordaje terapéutico variará, y en la mayoría de los casos será un abordaje combinado si los tratamientos conservadores, la sialoendoscopia y la litotricia fracasan¹⁵.

Entre los diversos protocolos terapéuticos propuestos hoy en día se encuentra el sugerido por Ruiz y cols.,¹⁶ en el que se propone la sialoendoscopia para cálculos parotídeos localizados en el parénquima glandular o en la porción más distal del conducto, que no sobrepasen los 3-4 mm. Si son mayores de 3-4 inicialmente se recomienda la litotricia, seguida del abordaje quirúrgico combinado con sialoendoscopia.

Otros, como Foletti y cols.,¹⁷ van más allá, y usan tres criterios para desarrollar un algoritmo terapéutico, dividiendo las variables entre el tipo de glándula involucrada (G), la topografía del cálculo (T) y el diámetro (D) del mismo. En función de estos últimos, establecen que para los cálculos situados en el tercio anterior de la glándula (desde el orificio de Stenon hasta el borde anterior del masetero), independientemente del tamaño, deben ser extirpados mediante un abordaje quirúrgico transoral. Para aquellos cálculos superiores al tamaño ductal pero menores de 8 mm, se debería combinar la litotricia extracorporeal o intraductal con la sialoendoscopia. En casos de grandes cálculos, mayores de 8 mm, situados en el tercio medios y posterior de la glándula, primero se intentará la litotricia y si fracasa se procederá al abordaje quirúrgico transoral combinado con sialoendoscopia, bajo anestesia general. En los casos más extremos se procederá a la parotidectomía. Entre las complicaciones más frecuentes de todas las técnicas descritas, se encuentran la infección, la inflamación severa, la perforación o extravasación, y en el caso de la parotidectomía, el desarrollo del síndrome de Frey, y lesión del nervio facial^{6,13,18}.

Si bien, a la hora de tratar el caso es fundamental disponer de una información exacta, proporcionada por una buena elección de las pruebas diagnósticas, que permita individualizar el enfoque terapéutico, tendiendo al abordaje más conservador y mínimamente invasivo, el abordaje transoral sigue ofreciendo una alternativa quirúrgica con poca tasa de complicaciones ni de morbilidad, indicado en muchos de los casos de sialolitiasis parotídea.



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. Kraaij S, Brand HS, van der Meij EH, de Visscher JG. Biochemical composition of salivary stones in relation to stone and patient-related factors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2018; 23(5): e540-4
3. Kraaij S, Karagozoglu KH, Forouzanfar T, Veerman EC, Brand HS. Salivary stones: symptoms, aetiology, biochemical composition and treatment. *Br Dent J* 2014; 217(11): e23.
4. Rzymyska-Grala I, Stopa Z, Grala B, Gołębowski M, Wanyura H, Zuchowska A y cols. Salivary gland calculi—contemporary methods of imaging. *Pol J Radiol* 2010; 75:25–37
5. Kiringoda R, Eisele DW, Chang JL. A comparison of parotid imaging characteristics and sialendoscopic findings in obstructive salivary disorders. *Laryngoscope* 2014; 124: 2696-701.
6. González-Regueiro I, Barona-Dorado C, Fernández-Cáliz F, Leco Berrocal I, Martínez-González J M. Sialolitiasis submandibular. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Cient Dent* 2013; 10(3): 169-72.
7. Huoh KC, Eisele DW. Etiologic factors in sialolithiasis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011; 145: 935–9.
8. Goncalves M, Mantsopoulos K, Schapher M, Iro H, Koch M. Ultrasound supplemented by sialendoscopy: Diagnostic value in sialolithiasis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2018; 159(3): 449-55.
9. Kondo N, Yoshihara T, Yamamura Y, Kusama K, Sakitani E, Seo Y y cols. Diagnostic and treatment effects of sialendoscopy for patients with swelling of the parotid gland when sialoliths are undetected with computed tomography. *Auris Nasus Larynx* 2018; 45(4): 880-4.
10. van der Meij EH, Karagozoglu KH, de Visscher JGAM. The value of cone beam computed tomography in the detection of salivary stones prior to sialendoscopy. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2018; 47(2): 223-7.
11. Nahlieli O. Complications of traditional and modern therapeutic salivary approaches. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2017; 37(2):142-7.
12. Samani M, Hills AJ, Holden AM, Man CB, McGurk M. Minimally-invasive surgery in the management of symptomatic parotid stones. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016; 54(4): 438-42.
13. Lizaur Ajuria B, Barona Dorado C, Leco Berrocal I, Fernández Cáliz F, Martínez-González JM. Sialoendoscopia en las patologías obstructivas de las glándulas salivales. *Cient Dent* 2012; 9(2): 147-52.
14. Koch M, Iro H, Zenk J. Combined endoscopic-transcutaneous surgery in parotid gland sialolithiasis and other ductal diseases: reporting medium- to long-term objective and patients' subjective outcomes. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013; 270: 1933–40.
15. Klein H, Ardekian L. The treatment of large sialoliths by sialendoscopic combined approach. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 737–43.
16. Ruiz R, Brygo A, Nicot R, Ferri J. Sialolithiasis removal under general anesthesia: A descriptive retrospective study in the maxillofacial surgery department in Lille University Hospital. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2018; 119(2): 97–101.
17. Foletti JM, Graillon N, Avignon S, Guyot L, Chossegras C. Salivary calculi removal by minimally invasive techniques: A decision tree based on the diameter of the calculi and their position in the excretory duct. *J Oral Maxillofac Surg* 2018; 76(1): 112-8.
18. Capaccio P, Clemente IA, McGurk M, Bossi A, Pignataro L. Transoral removal of hiloparenchymal submandibular calculi: a long-term clinical experience. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011; 268: 1081-6.