

Sialolitiasis

Sialolithiasis

Ileana R. Camardella¹, Carla Chessé², Jimena Morgante³ y Emilce Rivarola⁴

RESUMEN

Se denomina sialolitiasis a la formación de litos o cálculos dentro de la glándula salival o los conductos que la drenan y que llevan a su obstrucción. Es una enfermedad de origen multifactorial, ya que tanto la composición de la saliva como la anatomía del conducto salival contribuyen a la formación de los cálculos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la tumefacción glandular y el dolor cólico. El diagnóstico se realiza principalmente con la anamnesis, el examen físico, las

imágenes radiológicas o la ecografía. Tiene un pronóstico favorable y la complicación más frecuente es la sialoadenitis bacteriana. Es una afección poco frecuente, con gran repercusión clínica. Se la debe conocer y sospechar para tratarla oportunamente.

Palabras clave: sialolitiasis, glándulas salivales, cálculo.

Dermatol. Argent. 2020, 26 (4): 163-166

ABSTRACT

Sialolithiasis is to the formation of stones in the ducts of salivary glands. This leads to its obstruction. It is a multifactorial entity since the composition of the saliva and the anatomy of the duct contribute to its formation. The most frequent clinical manifestations are swelling and colic pain. The diagnosis is based on the anamnesis and physical examination and diagnostic imaging. It has a favorable prognosis and

the most frequent complication is bacterial sialadenitis. It is a rare entity with great clinical repercussion. It must be suspected to treat it promptly.

Key words: sialolithiasis, salivary glands, calculi.

Dermatol. Argent. 2020, 26 (4): 163-166

¹ Médica Residente, Servicio de Dermatología

² Médica Dermatóloga, Servicio de Dermatología

³ Odontóloga, Servicio de Odontología

⁴ Médica Dermatóloga, Doctora en Medicina, Servicio de Dermatología

Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza, Provincia de Mendoza, Argentina

Contacto del autor: Ileana Rosalía Camardella

E-mail: ileanacamardella@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 22/10/2020

Fecha de trabajo aceptado: 8/12/2020

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales son glándulas exocrinas que producen saliva para humedecer la boca, comenzar el proceso de digestión y ayudar a proteger los dientes de las caries^{1,2}. La sialolitiasis es una afección en la cual se forman cálculos dentro de las glándulas salivales o de los conductos que las drenan y producen su obstrucción³. Es la enfermedad más común de estas estructuras¹. La más afectada es la glándula submandibular (también llamada glándula submaxilar) y se observa mayor compromiso de los conductos que del parénquima².

SERIE DE CASOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Se revisaron todas las historias clínicas de la Unidad de Estomatología del Servicio de Dermatología del Hospital Luis C. Lagomaggiore, comprendidas entre los años 2014 y 2019.

Se recopilaron los datos en Microsoft Excel® y se analizaron variables como sexo, edad, antecedentes patológicos, motivo de consulta, clínica, localización, estudios complementarios realizados y tratamiento. De 3276 pacientes, 6 (0,18%) presentaron sialolitiasis, confirmada por la clínica y los estudios complementarios (Tabla 1).

Sexo	Edad	Antecedentes patológicos	Signos y síntomas	Localización	Exámenes complementarios	Tratamiento
F	69	HTA	Tumefacción	Submaxilar derecha	Ecografía	Extracción manual
M	39	No	Dolor cólico	Submaxilar izquierda	Ecografía	Extirpación quirúrgica
M	50	No	Tumefacción y dolor cólico	Submaxilar derecha	Radiografía	Extracción manual
M	45	Diabetes mellitus 2	Tumefacción y dolor cólico	Submaxilar izquierda	TC	Extirpación quirúrgica
F	35	No	Tumefacción y dolor cólico	Parótida derecha	Radiografía	Extracción manual
M	47	HTA	Tumefacción y dolor cólico	Submaxilar derecha	Radiografía	Extracción manual

TABLA 1: Resumen de casos clínicos.

Caso clínico 1

Una paciente de 69 años con antecedente de hipertensión arterial esencial (HTA), consultó por un aumento del tamaño de la región submaxilar derecha, de un mes de evolución. Había recibido tratamiento con antibióticos, sin obtener respuesta. En el examen físico presentaba tumefacción y eritema en el piso de la boca y un cálculo blanquecino de 0,5 x 0,5 cm, de consistencia dura (Foto 1). Se realizó una radiografía mandibular, que fue normal, y una ecografía donde se visualizó una masa ecogénica rodeada de líquido anecoico.



FOTO 1: Caso clínico 1. Cálculo blanquecino de 0,5 x 0,5 cm.

Caso clínico 2

Un paciente de 39 años, sin antecedentes patológicos conocidos, acudió a la consulta por la aparición de un dolor cólico en la región submaxilar izquierda, exacerbado por la ingesta de alimentos. En la exploración de la cavidad bucal, se observó una tumoración de 3 x 2 cm en el piso de la boca (Foto 2). La radiografía mandibular resultó normal y en la ecografía se halló una masa ecogénica brillante, rodeada de líquido transparente anecoico, que proyectaba una sombra acústica posterior.



FOTO 2: Caso clínico 2. Tumoración de 3 x 2 cm en el piso de la boca.

Caso clínico 3

Un paciente de 50 años, sin antecedentes patológicos conocidos, consultó por la aparición de un dolor intenso, de tipo cólico, que aumentaba con la ingesta, ubicado en la región submaxilar derecha. En el examen físico se constató la presencia de tumefacción, un cálculo en el piso de la boca y edema perilesional (Foto 3). La radiografía mandibular mostró una imagen radiopaca, compatible con un sialolito (Foto 4).



FOTO 3: Caso clínico 3. Cálculo en el piso de la boca y edema perilesional.



FOTO 4: Caso clínico 3. Radiografía mandibular: imagen radiopaca compatible con un sialolito (círculo blanco).

Caso clínico 4

Un paciente de 45 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, presentó una tumefacción asociada a dolor cólico en el piso de la boca, el cual se exacerbaba con la alimentación. Acudió a la consulta con una tomografía computada (TC), donde se observaba una imagen oval, espontáneamente hiperdensa, con densidad cálcica, de 1 x 1 cm, en la región submaxilar izquierda.

Caso clínico 5

Una paciente de 35 años, sin antecedentes patológicos conocidos, consultó por la aparición de un nódulo preauricular derecho, de 2 x 2 cm, asociado a un dolor intermitente que aumentaba con la ingesta. En el examen de la cavidad bucal, se constató la presencia de un cálculo de 0,5 x 0,5 cm en la desembocadura del conducto de Stenon (Foto 5). La radiografía mostró una imagen radiopaca.



FOTO 5: Caso clínico 5. Presencia de un cálculo de 0,5 x 0,5 cm en la desembocadura del conducto de Stenon.

Caso clínico 6

Un paciente de 47 años, con antecedentes de HTA, acudió a la consulta por dolor y aumento del tamaño submaxilar derecho. Presentaba un cálculo blanquecino, de 1,5 x 1 cm, en el piso de la boca (Foto 6). En la radiografía mandibular se visualizó una imagen radiopaca.



FOTO 6: Caso clínico 6. Cálculo blanquecino de 1,5 x 1 cm en el piso de la boca.

En cuanto al tratamiento, se indicó en todos los casos analgesia con paracetamol, 1 g cada 8 horas, e hidratación con 2 litros de agua por día. En 4 pacientes (66,6%, casos 1, 3, 5 y 6), se realizó la extracción manual del cálculo. Se derivó al Servicio de Cirugía Maxilofacial a los pacientes 2 y 4 para la extracción del sialolito en el quirófano. Cinco pacientes (83,4%) evolucionaron sin complicaciones. En el paciente del caso 2, se evidenció un drenaje de pus por el conducto glandular, por lo que se arribó al diagnóstico de sialoadenitis bacteriana. Se le indicó empíricamente amoxicilina-ácido clavulánico, 1 g cada 12 horas, y se obtuvo la resolución total del cuadro al cabo de 7 días.

COMENTARIOS

La sialolitiasis es la causa más común de obstrucción de las glándulas salivales^{4,5}. Los cálculos o sialolitos se componen de una combinación de material orgánico e inorgánico, entre los que se encuentran carbonato de calcio y fosfato, restos celulares, glucoproteínas y mucopolisacáridos⁴. Es una enfermedad de escasa observación en los servicios de estomatología. Se ve con mayor frecuencia en otras especialidades como otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello y odontología. Se calcula una incidencia de 1,2% de la población⁴.

Predomina en los varones de mediana edad, al igual que lo observado en esta serie de casos⁶. Afecta tanto las glándulas salivales mayores como las menores y compromete con mayor frecuencia la glándula submaxilar (81%) y la glándula parótida (15%)^{7,8}. En coincidencia con las publicaciones médicas, en la presente casuística se observó que el 83% de los casos correspondían al compromiso de la glándula submandibular y el 17%, a la afectación de la glándula parótida.

La localización preferente en la glándula submaxilar se explica por diversos factores. Uno de ellos es la composición más alcalina de la saliva, que tiene mayor

concentración de calcio, fosfato y contenido mucoso. Además, el conducto excretor es más largo y tortuoso, y la glándula tiene un flujo antigraedad⁹.

La patogenia es controvertida, pero se observó que la estasis salival, las infecciones (favorecidas por la presencia de colonias de bacterias, tapones de mucina, cuerpos extraños y otros residuos celulares) y la disminución del flujo de saliva contribuyen a la aparición de los cálculos⁴. Además, pueden precipitarlos diversos factores que causan inflamación del sistema ductal, como el tabaco, la ingesta reducida de líquidos y el uso de medicamentos que disminuyen la producción de saliva^{4,9}.

Se ha asociado a diabetes mellitus, HTA, nefrolitiasis, enfermedades hepáticas crónicas e hiperparatiroidismo de larga evolución⁷. En esta serie de casos, dos pacientes presentaron HTA (33,3%) y uno, diabetes mellitus (16,6%).

La primera manifestación clínica es la tumefacción de la glándula salival. Debido a la estenosis por el cálculo, se produce un aumento de la sensibilidad y un dolor de tipo cólico, el cual se incrementa con la ingesta de alimentos¹⁰. En muchos casos puede ser asintomática⁴. Si se infecta la glándula lesionada, puede observarse un exudado purulento a la salida del conducto (sialoadenitis)⁶.

El diagnóstico se realiza mediante la anamnesis, el examen físico bimanual y la radiografía, en donde los sialolitos calcificados pueden evidenciarse como masas radiopacas¹¹. La ecografía es útil cuando la radiografía no aporta datos. En esta pueden notarse obstrucciones no calcificadas e inflamación aguda¹. Otros exámenes complementarios son la sialografía, en la que se advierte la interrupción de la red de conductos y zonas de estenosis

mediante la utilización de contraste yodado, y la TC o la resonancia magnética, donde se visualizan calcificaciones en la zona afectada y masas tumorales¹¹. La sialoendoscopia es un método invasivo eficaz para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad obstructiva¹².

En 5 casos de esta serie, la sospecha clínica fue alta y se confirmó el diagnóstico con exámenes complementarios. El paciente número 4 consultó con una TC sugestiva de esta afección.

El diagnóstico diferencial debe plantearse principalmente con patologías inflamatorias (síndrome de Sjögren), infecciones (abscesos sublinguales) y tumores de la cavidad bucal (mucocele, adenoma pleomorfo, adenocarcinoma)¹³.

El tratamiento se basa en el manejo del dolor, hidratación, sialogogos (alimentos y fármacos que estimulan la salivación) y la extracción del cálculo, que puede realizarse de manera manual, quirúrgica, con sialoendoscopia o con litotricia extracorpórea controlada endoscópicamente¹⁴. Esta última consiste en aplicar ondas de choque que impactan en la superficie del cálculo sin dañar el tejido adyacente⁵. En caso de infección secundaria, están indicados los antibióticos². Solo debe recurrirse a la extirpación total de la glándula salival (sialoadenectomía) si se observan fibrosis o múltiples cálculos en su interior².

El pronóstico suele ser favorable, aunque se describieron recidivas y sialoadenitis cuando la obstrucción era persistente⁵.

Se presentan 6 casos de sialoadenitis, entidad infrecuente en la consulta dermatológica diaria, que tuvieron buena evolución con el tratamiento realizado. Se debe sospechar esta afección en los pacientes que presentan dolor y edema facial localizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aiyekomogbon JO, Babatunde LB, Salam AJ. Submandibular sialolithiasis: the roles of radiology in its diagnosis and treatment. *Ann Afr Med* 2018;17:221-224.
2. Kim JP, Park JJ, Son HY, Woo SH. An unusual case of bilateral submandibular sialolithiasis. *J Med Cases* 2012;3:106-109.
3. Wilson KF, Meier JD, Ward PD. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician* 2014;89:882-888.
4. Huoh KC, Eisele DW. Etiologic factors in sialolithiasis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;145:935-939.
5. Lafont J, Graillon N, Hadj Saïd M, Tardivo D, et al. Extracorporeal lithotripsy of salivary gland stone: a 55 patients study. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2018;119:375-378.
6. Delli K, Spijkervet FKL, Vissink A. Salivary gland diseases: infections, sialolithiasis and mucoceles. *Monogr Oral Sci* 2014;24:135-148.
7. Gluskinos M, López E, Vigna A. Sialolitiasis. En: Escovich L, Novelli JL. *Glándulas salivales: patología, diagnóstico y tratamiento*. UNR Editora, Rosario, Argentina; 2002:244-253.
8. Abe A, Kurita K, Hayashi H, Minagawa M. A case of minor salivary gland sialolithiasis of the upper lip. *Oral Maxillofac Surg* 2019;23:91-94.
9. Yiu AJ, Kalejaiye A, Amdur RL, Todd Hesham HN, et al. Association of serum electrolytes and smoking with salivary gland stone formation. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2016;45:764-768.
10. Díaz Acevedo JA, Sánchez Trocino B, Rojas Mercado H. Sialolitiasis del conducto submandibular. *Rev Mex Cir Bucal Maxillofac* 2017;13:100-107.
11. Sigismund PE, Zenk J, Koch M, Schapher M, et al. Nearly 3,000 salivary stones: some clinical and epidemiologic aspects. *Laryngoscope* 2015;125:1879-1882.
12. Patrucco M, Busto E. Sialoendoscopia. Nueva alternativa para el tratamiento de la patología no tumoral de las glándulas salivales. *FASO* 2014;1:34-39.
13. Veniaminivna Kolomiets S, Oleksandrivna Udaltsova K, Andriivna Khmil T, Mykolaiivna Yelinska A, et al. Difficulties in Diagnosis of Sialolithiasis: A Case Series. *Bull Tokyo Dent Coll* 2018;59:53-58.
14. Foletti JM, Graillon N, Avignon S, Guyot L, et al. 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;76:112-118.