

Litiasis de glándula submaxilar

Submaxillary gland lithiasis

Madelyn García Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0003-1134-6763>

Yisel Cintra Castro^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2990-3778>

Javier Alfonso Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-9997-2779>

Dimas Carbot Morales¹ <https://orcid.org/0000-0003-0554-0148>

¹Hospital Universitario Docente Clínico Quirúrgico “Faustino Pérez Hernández”. Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yiselcc@yahoo.com

RESUMEN

Introducción: El cálculo de la glándula salival (sialolitiasis) es una concreción principalmente de sales minerales de calcio (calculus) que se forman en los conductos de las glándulas salivales. La litiasis es la enfermedad benigna más frecuente de las glándulas salivales en pacientes jóvenes, compuestas por calcificaciones y material orgánico que se desarrolla en el parénquima de los conductos de las glándulas salivares mayores y menores.

Objetivo: Describir un caso de litiasis de la glándula submaxilar.

Caso clínico: Paciente femenina de 38 años de edad, en que el estudio ecográfico mostró imagen ecogénica que transmitía sombra acústica a nivel de la glándula submaxilar izquierda, en relación con litiasis confirmada en estudios radiológicos y tomográficos. La paciente fue sometida a tratamiento quirúrgico y se realizó excéresis de la glándula submaxilar izquierda.

Conclusiones: Este estudio demostró que no existe una técnica única para el diagnóstico de la enfermedad sialolítica salival, sino que se debe seleccionar la técnica más adecuada en cada situación para buscar un correcto diagnóstico y minimizar el riesgo y la incomodidad para el paciente.

Palabras clave: litiasis; glándula submaxilar; ectasia salival.

ABSTRACT

Introduction: The salivary gland calculus (sialolithiasis) is an accumulation mainly of calcium mineral salts (calculus) that are formed in the salivary glands ducts. Lithiasis is the most common benign disease of the salivary glands in young patients, made up of calcifications and organic material that develops in the parenchyma of the ducts of the major and minor salivary glands.

Objective: To describe a case of lithiasis in the submaxillary gland.

Clinical case: We report the case of a 38-year-old female patient, to whom the ultrasound study showed an echogenic image that transmitted acoustic shadow at the level of the left submaxillary gland, in relation to confirmed lithiasis by radiological and tomographic studies. The patient underwent surgical treatment and excision of the left submaxillary gland was performed.

Conclusions: This study showed that there is no single technique for the diagnosis of salivary sialolytic disease, but that the most appropriate technique must be selected in each situation to achieve the correct diagnosis and minimize risk and discomfort for the patient.

Keywords: lithiasis; submaxillary gland; salivary ectasia.

Recibido: 16/04/2020

Aceptado: 14/06/2020

Introducción

Las glándulas salivales pueden ser dañadas por tumores, quistes, sialolitos, procesos sépticos, estenosis, atrofas por déficit de vitaminas e infiltración linfática, entre otras. Una de las alteraciones más comunes es la formación de cálculos, que pueden estar situados en el conducto excretor o en las glándulas salivales mayores o menores de labios, carrillos y paladar, aunque es menos común.^(1,2)

El cálculo de la glándula salival (sialolitiasis) es una concreción, principalmente de sales minerales de calcio (calculus) que se forman en los conductos glandulares. Estas pueden llegar a producir obstrucción mecánica e inflamaciones (sialitis) de una glándula salival o de su conducto excretor, lo que determina una ectasia salival que puede

provocar la dilatación posterior de la glándula, y causa dolor durante la alimentación cuando se incrementa la producción de saliva e infecciones de la glándula submaxilar.

La litiasis es la enfermedad benigna más frecuente de las glándulas salivales en pacientes jóvenes. Compuestas por calcificaciones y material orgánico que se desarrolla en el parénquima de los conductos de las glándulas salivares mayores y menores. Las glándulas submaxilares, parótidas (conducto de Stenon), sublinguales y menores (de mayor a menor frecuencia) producen una clínica característica de inflamación dolorosa glandular que se presenta durante o después de la ingestión de alimentos. Es típico que el paciente acude refiriendo que cada vez que tiene hambre, se le inflama la glándula (la inflamación aparece en los momentos de máxima salivación).⁽²⁾

El material que compone estos cálculos puede contener presencia de calcio y fosfatos, lo cual los hace extremadamente duros. Existen otros de consistencia más blanda, con abundancia de grasas en su formación, lo que los hace más blandos.^(2,3)

Las litiasis pueden presentar varios tamaños, algunos grandes y redondeados en las glándulas salivales que a veces pueden palparse de forma bimanual como una masa dura.

En sentido general presentan coloración parda o amarillenta más oscura cuando han evolucionado por más tiempo, con superficie lisa o nodular.^(4,5)

La sialolitiasis supone el 30 % de las enfermedades de las glándulas salivales y afecta principalmente a las glándulas submaxilares (83 a 94 %), seguida por la glándula parótida (4 a 10 %) y las glándulas sublinguales (1 a 7 %).^(5,6)

La obstrucción de una glándula salival o de su conducto excretor por un sialolito da lugar a un cuadro característico. La primera manifestación clínica es la hernia salival, bien sin causa aparente o en el momento de ingerir algún alimento. El episodio puede prolongarse un tiempo relativamente breve, no superior a 2 h, y desaparece de forma espontánea a lo largo del día. En algunos casos, a la hernia se añade el dolor, con lo que se constituye el cuadro de cólico, que suele ser muy intenso en forma de pinchazo, lacerante. Este dolor no suele durar mucho tiempo y remite al cabo de 15 o 20 min.

La norma en la evolución clínica es la repetición de cualquiera de estas dos fases clínicas durante sucesivos episodios, pero cada vez es menor la tendencia a desaparecer la hinchazón de la glándula, que por último queda endurecida y no vuelve a recuperar su volumen normal.^(1,2)

El propósito de este trabajo es describir un caso de litiasis de la glándula submaxilar.

Caso clínico

Se trata de una paciente femenina, de la raza blanca, de 38 años de edad, que acude a consulta por presentar aumento de volumen de la región submaxilar izquierda, que se presenta de forma intermitente relacionado con la ingestión de ciertos alimentos, de tiempo de evolución imprecisa y que no se acompaña de otra sintomatología manifiesta. En el examen físico extrabucal se aprecia un ligero incremento de volumen de la glándula submaxilar izquierda, de consistencia blanda, movable, moderadamente dolorosa a la palpación, no adherida a planos superficiales ni profundos.

En la exploración intrabucal se constató acentuado aumento del conducto de Wharton izquierdo, algo enrojecido y que a la palpación resultaba doloroso, blando en su tercio anterior, pero duro-pétreo en la parte media. No se obtuvo secreción salival al estimular la glándula. El resto del examen físico no aportó datos de interés.

Con el objetivo de precisar diagnóstico se indicó como examen complementario una citología aspirativa con aguja fija, la cual describió signos de inflamación crónica de la glándula salival izquierda.

Exámenes imagenológicos:

Radiografía de la región submandibular izquierda: Presencia de radio opacidad alargada homogénea con densidad cálcica que mide 6 x 3 cm aproximadamente en proyección de la glándula submaxilar izquierda (Fig. 1).



Fig. 1- Radiografía de la región submaxilar izquierda.

Ultrasonido de partes blandas de la región submaxilar: Se observa imagen ecogénica, que transmite sombra acústica de aproximadamente 6 cm a nivel de la glándula submaxilar izquierda en su tercio medio en relación con litiasis; el resto de la glándula es de ecoestructura normal. Glándula submaxilar derecha de ecoestructura homogénea y tamaño normal (Fig. 2).

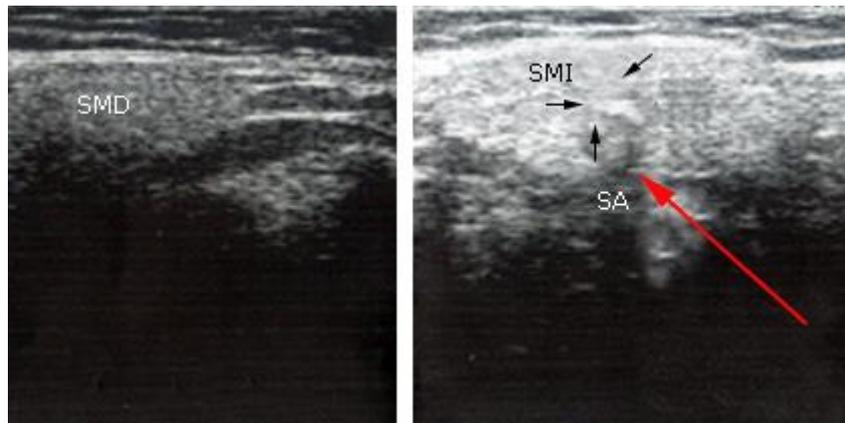


Fig. 2- Ultrasonido de ambas glándulas submaxilares.

Tomografía axial computarizada (TAC) de cuello: Se realizó estudio simple con cortes a 3 mm. Se observó una imagen hiperdensa con densidades cálcicas que mide 6 x 3 cm en proyección de la glándula submaxilar izquierda de forma ovoidea, muy próxima a la rama izquierda del maxilar inferior en relación con litiasis de la glándula. Glándula submaxilar derecha normal, no otras alteraciones (Fig. 3).

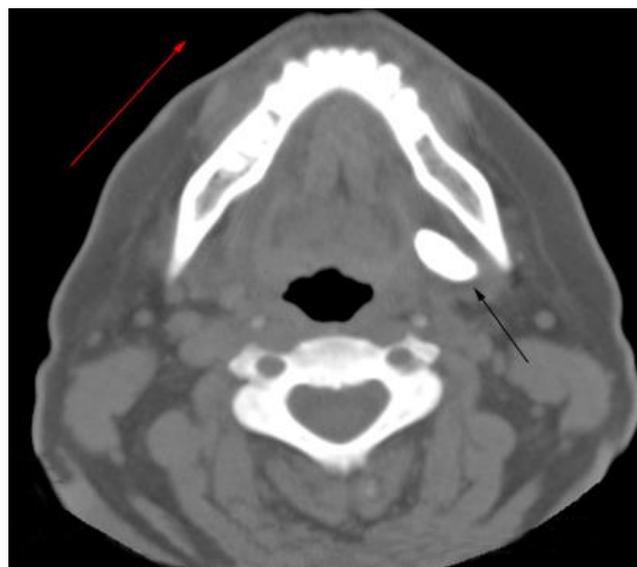


Fig. 3 - TAC simple de cuello: se observa una imagen hiperdensa con densidades cálcicas.

Debido al tamaño de la litiasis, su ubicación y la falta de salivación al estimular la glándula, se concluyó que no podría ser evacuada por dilatación y manipulación, y someterse a tratamiento quirúrgico, se realizó excéresis de la glándula submaxilar izquierda (Fig. 4). La operación transcurrió sin complicaciones y la evolución posoperatoria de la paciente fue buena.



Fig. 4 - Pieza anatómica.

Discusión

La submaxilar es una glándula de pequeño tamaño y de morfología triangular. Se localiza en la parte posterior del triángulo submandibular formado por los vientres anterior y posterior del músculo digástrico y el cuerpo de la mandíbula. La arteria y la vena facial cruzan por el parénquima glandular, y medialmente a la glándula transcurren la arteria y vena lingual, estructuras anatómicas que se tuvieron en cuenta en la intervención del caso estudiado para no provocar accidentes quirúrgicos.

El conducto excretor de la glándula submandibular se denomina conducto de Wharton, inicia desde la glándula por encima del músculo milohioidal y se extiende hasta la carúncula sublingual pasando medialmente a la glándula sublingual. Esta eventualidad debe tenerse en cuenta, pues es la zona donde se asientan generalmente los depósitos cálcicos que producen el proceso que se presenta en este artículo.

La hipótesis sobre la formación de estos cálculos se atribuye a diversas causas: mecánicas, inflamatorias, químicas, neurogénicas, infecciosas, cuerpos extraños, etc. En cualquier caso, parece ser que la suma circunstancial de varias de ellas es lo que con más frecuencia pone en marcha el proceso de precipitación del fosfato tricálcico amorfo, que, una vez cristalizado y transformado en hidroxiapatita, se convierte en núcleo inicial. Desde aquí actúa como catalizador, atrae y sirve de sustentación a sucesivos depósitos de sustancias de distinta naturaleza.⁽⁵⁾ Este proceso que se resalta en la literatura se demostró en la fisiopatología del caso presentado.

El cuadro clínico es muy característico y de fácil diagnóstico, siempre que se tenga presente que el dolor no es más que un síntoma y que suele estar ausente en un 17 % de los casos. Lo cual ocurrió en el caso en estudio pues la paciente no presentó dolor, lo que coincidió con lo informado en la literatura.⁽²⁾

En el diagnóstico de enfermedad es fundamental el conocimiento de la clínica, en ocasiones es posible no detectar el cálculo pese a existir. Sin embargo, lo ideal es identificarlo; para ello se cuenta con la ayuda de distintas herramientas.

El estudio ecográfico de las glándulas salivales tiene una amplia utilidad, por tanto, el ultrasonido de glándula salival se convierte en el método ideal para la realización de procedimientos diagnósticos, identificación de cambios morfoestructurales, monitoreo a corto plazo del tratamiento, estudio de la actividad del proceso inflamatorio, pudiendo detectar alteraciones muy sutiles debido al uso de transductores de alta resolución con los que se cuenta actualmente.^(1,7,8) Estos procedimientos fueron realizados en el caso clínico presentado y fueron fundamentales en el diagnóstico.

La detección de cualquier estructura anormal deberá correlacionarse con la tomografía computarizada ya que permite imágenes en diferentes planos. Su realización se encuentra fundamentalmente indicada en la patología tumoral, lo que evidencia si existe o no lesión, y permite además cuantificar su tamaño, delimitar sus bordes, valorar su extensión, el lóbulo afecto, su homogeneidad, su densidad con respecto al parénquima glandular, si existe lesión contralateral o adenopatías loco-regionales.

En la enfermedad no tumoral la tomografía computarizada es útil para evidenciar litiasis, dilataciones ductales, sus dimensiones, sialosis, abscesos y hematomas que durante la masticación se mezclan con los alimentos para formar el bolo alimenticio, como ocurrió en la paciente estudiada en que la sintomatología aparecía en el momento de la masticación.

La tomografía computarizada pese a ser una técnica más compleja y costosa no es invasiva. Algunos autores la consideran como el método de preferencia para la investigación de masas en el interior o en la cercanía de las glándulas salivales. Su sensibilidad permite detectar sialolitos apenas calcificados que pasaron inadvertidos en las películas convencionales.^(9,10,11) En el caso presentado se hizo evidente la lesión en las imágenes realizadas

El tratamiento de la litiasis de las glándulas salivales depende de la ubicación y su tamaño. Cuando son voluminosas y se encuentran dentro de las glándulas se indica la exéresis quirúrgica, proceder que se realizó en este caso; pero cuando son pequeñas y se hallan ubicadas en la parte anterior del conducto pueden ser extraídas mediante dilatación y manipulación del conducto excretor con sondas apropiadas o masajes, calor, sialogogos, relajantes y abundantes líquidos.^(12,13)

En algunos casos, el cálculo se expulsa espontáneamente y no es necesario tratamiento; sin embargo, casi siempre es preciso realizar una operación menor

Para extraerlo antes de una intervención quirúrgica se recomienda la toma de alimentos ácidos que provoquen salivación excesiva para ayudar a la expulsión de los cálculos y simultáneamente aplicar masajes directos sobre las glándulas.⁽¹²⁾ Se recomienda también la ingesta de al menos 2 L de agua diarios.

Los episodios dolorosos suelen responder bien a los espasmolíticos, mientras que las complicaciones infecciosas se tratan con antibióticos que presenten una eliminación importante por vía salival y antiinflamatorios.

Aunque no está clara la causa de esta enfermedad, algunas personas recomiendan evitar el consumo de alimentos lácteos.^(1,2)

Se concluye que no hay una técnica única para el diagnóstico de la enfermedad sialolítica salival, sino que se debe seleccionar la técnica más adecuada en cada situación, para buscar un correcto diagnóstico y minimizar el riesgo y la incomodidad en el paciente.

Referencias bibliográficas

1. Carreras C, Comas R, Fernández F, Rodríguez J, Legrá S. Litiasis del conducto de Wharton en la glándula submaxilar derecha. 2006 [acceso 12/02/2020];10. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_\(esp\)_06/san07\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san07(esp)06.htm)
2. Plaza G, Aparicio J. Patología de glándulas salivales. Madrid, España: Editorial Ergón; 2014.
3. Expósito D, Wilcarani M, Pérez M, Valdés Y, Expósito A. Comportamiento de los tumores de glándulas salivales en el Hospital Docente Vladimir Ilich Lenin. Rev Correo Científ Méd Holguín. 2017;21(2).
4. Ibáñez C, Gascón M, Lacosta J. Patologías de glándulas salivales. Rev SEORL. España. 2015;44:16(7):92-7.
5. Molina G, Manzano P, Loyola G, Sánchez G. Adenoma pleomorfo de la glándula submandibular. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev ADM, México. 2019;76(6):336-42.
6. McGurk M, Escudier M, Brown J. Modern management of salivary calculi. Britany J Surg. 2005;92:107-12.
7. Capaccio P, Torretta S, Ottavian F, Sambataro G, Pignataro L. Modern management of obstructive salivary diseases. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2007;27:161-72.
8. Milton C, Thomas B, Bickerton R. Morbidity study of submandibular gland excision. Ann R Coll Surg Engl. 1986;68:148-50.
9. Kocjan G, Shah K. Salivary glands. In: Gray W, Kocjan G, eds. Diagnostic Cytopathology. 3rd ed. England: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. p. 231-52.
10. Hisham M, McQueen A, Paleri V. Salivary gland swellings. Una visión de conjunto de la presentación clínica, la investigación, el diagnóstico diferencial y el manejo actual de la tumefacción de las glándulas salivales. BMJ. 2012;345e:67-94.
11. Acevedo S, López B, Quintana R, Pineda G, Hernández M, Moyano C; et al. Masas de las glándulas salivales mayores: descripción radiológica y correlación anatomopatológica. Rev Sociedad Esp Radiol Med. 2014;4(1):12-21.
12. González M, Rodríguez C, Rojo L, Vega C, Fernández C, et al. Actualización radiológica en la patología de las glándulas Salivares. 31 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica. España; 2012.
13. Sinha U, Matthew Ng. Salivary gland diseases. Surgery of the salivary glands. Otolaryngologic Clin North Am. 1999;32(5):887-906.

Conflicto de intereses

Los autores no refieren conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

- Madelyn García Díaz: Presentó la idea original del trabajo, realizó el estudio del caso
- Yisel Cintra Castro: Participó en el estudio del caso y en la revisión de la bibliografía.
- Javier Alfonso Rodríguez: Participó en la revisión de la bibliografía y en la redacción del texto.
- Dimas Carbot Morales: Participó en la revisión de la bibliografía y en la redacción del texto.