

## Sialolitiasis inusual en glándula submandibular

### Unusual sialolithiasis in the submandibular gland

Yordanys Olivera Ladrón de Guevara<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1408-3009>

Elizabeth Vázquez Blanco<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1332-3808>

Jimmy Javier Calás Torres<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8900-7118>

<sup>1</sup>Hospital Pediátrico Provincial Docente Hermanos Cordové. Granma, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Granma, Cuba.

<sup>3</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [elo1189@nauta.cu](mailto:elo1189@nauta.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** La sialolitiasis es un padecimiento común de las glándulas salivales caracterizado por la presencia de cálculos en el sistema de conductos salivales.

**Objetivo:** Describir un caso clínico con diagnóstico de sialolitiasis en glándula submandibular.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 41 años de edad con antecedentes de buena salud. Acude al servicio de maxilofacial porque hace aproximadamente dos años comenzó a notar un discreto crecimiento de volumen en la región submaxilar del lado derecho acompañado de dolor tipo "cólico", que se incrementaba y le dolía durante la ingestión de alimentos. Se le indican una serie de análisis complementarios de laboratorios y radiológicos y se decide realizar como técnica quirúrgica la sialolectomía canalicul intrabucal.

**Conclusiones:** Aunque es frecuente la sialolitiasis en las glándulas salivales es inusual que aparezcan con gran tamaño, lo que puede desencadenar síntomas obstructivos en el conducto e inflamación con tumefacción y dolor de la glándula afectada, por lo que se hace necesario conocer las características anatómicas y

fisiológicas. Generalmente estos casos terminan de manera favorable con un correcto diagnóstico y tratamiento.

**Palabras clave:** glándula submaxilar; sialolitiasis; conducto de Wharton.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sialolithiasis a common disease of the salivary glands characterized by the presence of calculi in the salivary duct system.

**Objective:** To describe a clinical case with a diagnosis of sialolithiasis in the submandibular gland.

**Clinical case:** A 41-year-old male patient, with a history of good health, attended the Maxillofacial service with a history that approximately two years ago he began to notice a discrete volume in the submandibular region on the right side and was accompanied by type pain. "colic", which increases and hurts during food intake, a series of laboratory and radiological complementary tests are indicated, it is decided to perform intraoral canalicular sialolectomy as a surgical technique.

**Conclusions:** Although sialolithiasis in the salivary glands is frequent, it is unusual to detect them of large size, this can trigger obstructive symptoms in the duct and inflammation, with swelling and pain of the affected gland, so it is necessary to know the anatomical and physiological characteristics of the salivary glands. the same, in addition to the correct diagnosis and treatment that in these cases progress favorably.

**Keywords:** submandibular gland; sialolithiasis; Wharton's duct

Recibido: 12/01/2023

Aceptado:14/02/2023

## Introducción

Las glándulas salivales forman parte de las glándulas exocrinas del sistema digestivo. Son un conjunto de células dispuestas en forma tubuloacinar cuya función es sintetizar la saliva que se vierte en la cavidad oral.<sup>(1,2)</sup> Se distribuyen

ampliamente en la región de cabeza y cuello y se clasifican en mayores (glándula parótida, submandibular y sublingual) y menores (muchas distribuidas en múltiples sitios como la mucosa labial y la yugal, el paladar, la lengua, el piso de boca y la orofaringe).<sup>(3)</sup>

La sialoadenitis es la afección inflamatoria de las glándulas salivales y puede ser aguda o crónica. La sialoadenitis crónica puede desarrollarse secundaria a la obstrucción ductal (sialoestenosis, sialolitiasis).<sup>(2)</sup>

La sialolitiasis es un padecimiento común de las glándulas salivales caracterizado por la presencia de cálculos en el sistema de conductos salivales. Aunque los mecanismos exactos de la formación de un cálculo son desconocidos, este padecimiento provoca la obstrucción de su secreción salival.<sup>(4)</sup>

Entre los síntomas de la sialolitiasis a menudo aparece el dolor que varía desde moderado hasta grave. Por lo general se presenta antes, durante y después de las comidas, así como también al probar alimentos ácidos o salados y se debe a la estimulación del flujo salival. La oclusión del conducto impide el paso de la saliva y el estancamiento provoca presión intraductual, lo que produce dolor e hinchazón.<sup>(5)</sup>

El diagnóstico se realiza a través de una correcta anamnesis, examen físico, estudios imagenológicos como la radiografía extra (vistas panorámicas, lateral oblicua de mandíbula) e intraorales (vista oclusal), la ecografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear y la endoscopia.<sup>(4,6)</sup>

La novedad del caso es el diagnóstico de un sialolito gigante localizado a nivel del suelo bucal, que es inusual y conduce a diferenciarlo con tumoraciones de la glándula sublingual y submandibular, adenomegalias, entre otras. Por tanto, con el fin de que los profesionales se apropien del saber necesario, el objetivo fue describir un caso clínico con diagnóstico de sialolitiasis en glándula submandibular.

## Caso clínico

Paciente masculino mestizo de 41 años de edad y antecedentes de buena salud, que hace aproximadamente dos años comenzó a notar un discreto aumento de volumen en la región submaxilar del lado derecho que se acompañaba de dolor tipo “cólico”, quien no recuerda que estuviera asociado a algún estímulo. Acude a su área de salud y le indicaron tratamiento con antiinflamatorios y antibióticos y observa mejoría. A los tres meses comenzó con un proceso inflamatorio similar y repetitivo. Se autoadministró el mismo tratamiento y se le aliviaron los síntomas. Al cabo de un año acude al cuerpo de guardia del servicio de cirugía maxilofacial al presentar un aumento de volumen gigante en la región antes mencionada, con incremento del dolor durante la ingestión de alimentos que se demoraba en desaparecer.

Al examen físico presentó un aumento de volumen de aproximadamente 2,5 cm de diámetro en el suelo de la boca, cercano a la carúncula. Se observó en la mucosa que lo rodea una traslucidez de color amarillo, la consistencia es dura, pétrea y no dolorosa a la palpación. Al explorar la función de la glándula no se constata salida de saliva.

En la inspección del cuello se observó ligero aumento de volumen en la región submaxilar del lado derecho. La piel que lo recubre tenía aspecto y color normal, consistencia duro elástica y no era dolorosa a la palpación.

Se le indicó una serie de análisis complementarios de laboratorios y radiológicos. Los resultados dieron evidencia de una litiasis en la porción anterior del conducto de Wharton de la glándula submaxilar derecha, por lo que se decidió realizar como técnica quirúrgica la sialolectomía canalicular intrabucal.

En el examen radiológico intraoral de vista oclusal se observó una imagen radiopaca bien definida y de forma alargada (similar a un diente) cercano a la línea media (fig. 1).



**Fig. 1** -Radiografía oclusal que muestra imagen radiopaca en el suelo bucal.

El tratamiento quirúrgico se llevó a cabo con anestesia local infiltrativa previa antisepsia del campo operatorio y colocación del paño hendido, una vez localizado a través de la palpación. Se decidió colocar un punto de sutura en la porción distal del cálculo de modo que pasara por debajo del conducto para evitar que el sialolito se movilizara. Luego se realizó una incisión en la mucosa que recubre el conducto y el cálculo, disección y exéresis (fig. 2).



**Fig. 2** -Incisión en la mucosa A) vista del campo operatorio posterior a la incisión y decolado del sialolito. B) pieza quirúrgica extraída.

Posteriormente se le realizó un lavado de la zona con suero fisiológico. Se retiró la sutura y se observó la función de la glándula submaxilar de ese lado. Lo recomendado en estos casos es no suturar para evitar la obstrucción y dejar cicatrizar por segunda intención, por lo que se tomó esta decisión. Se le indicó antibiótico con tetraciclina 250 mg una tableta cada 8 h. Se le valoró nuevamente a la semana notándose una evolución satisfactoria de la zona intervenida.

## Discusión

La litiasis salival consiste en la obstrucción mecánica de una glándula salival o de su conducto excretor debido a la formación de concreciones calcáreas o sialolitos, lo que determina una ectasia salival pudiendo provocar la dilatación posterior de la glándula.<sup>(7)</sup> Estas formaciones calcáreas pueden ser únicas o múltiples y su forma puede variar entre ovalada o redondeada.<sup>(6,8)</sup>

La sialolitiasis corresponde al 30 % de las enfermedades de las glándulas salivales y afecta principalmente la glándula submaxilar (80–92 %) y con menos frecuencia la glándula parótida (6–20 %) y la sublingual (1–2 %).<sup>(6,7,9)</sup> Puede aparecer en cualquier edad, pero el pico de máxima frecuencia se sitúa entre la cuarta y sexta décadas de vida. Con respecto al sexo, se observa predominio en los varones en una proporción de 2:1<sup>(5,6)</sup> esto coincide con el presente caso clínico.

La sialolitiasis en la glándula submaxilar es más frecuente debido a factores anatómicos y fisiológicos asociados. En cuanto a la anatomía de la glándula se localiza en posición declive, el conducto de Wharton es el más largo de todas las glándulas, el trayecto tortuoso, la forma es infundibuliforme y va en dirección ascendente (flujo antigraedad). Con respecto a la fisiología, la saliva de la glándula submandibular es rica en mucina y es de naturaleza alcalina con mayor concentración de calcio, lo que puede promover la formación de sialolito.<sup>(10)</sup>

Clínicamente se manifiesta con tumefacción y dolor de moderado hasta grave antes, durante y después de las comidas. A la palpación bimanual se nota la presencia de cálculos de forma irregular y consistencia duro pétrea.<sup>(8,9)</sup>

En el examen macroscópico, la mayoría de los sialolitos son de color blanco amarillento, redondos, ovalados y muy calcificados.<sup>(4)</sup> Respecto al caso presentado tenía una forma alargada.

Las medidas comunes de un sialolito oscilan entre 5 y 10 mm. Todos los cálculos mayores de 10 mm son reportados como sialolitos de tamaño inusual. En el presente caso se observó una longitud aproximada de 2,5 cm que coincidió con lo descrito por *Díaz Acevedo* y otros.<sup>(4)</sup>

Entre los medios de diagnósticos se encuentran las técnicas imagenológicas que denotan estructuras radiopacas circunscritas de ubicaciones variables. Estos

métodos diagnósticos varían según las necesidades de cada paciente, la localización, tamaño del sialolito y los signos y síntomas que presente.<sup>(6)</sup>

Existen otras enfermedades de glándulas salivales que pueden confundirse con sialolitiasis como la sialoadenitis, mucocelos, abscesos sublinguales, neoplasias y otras alteraciones del piso de la boca.<sup>(6)</sup> Sin embargo con una buena inspección y palpación, la realización de una detallada historia clínica y un interrogatorio minucioso se puede establecer el diagnóstico de sialolitiasis.<sup>(5)</sup>

El tratamiento de la sialolitiasis depende de la ubicación y el tamaño de los sialolitos. Las dimensiones de un sialolito pueden variar de manera considerable.<sup>(4)</sup> La presente investigación plantean que en caso de que el sialolito se localice en los dos tercios anteriores del conducto se debe realizar la exéresis por una vía intraoral a través de una sialolectomía canalicular intrabucal.

Se aconseja realizar una submaxilectomía cuando el cálculo se observa en el tercio posterior del conducto o en la glándula submandibular para evitar dañar el nervio lingual, dado que el conducto asciende entre los músculos hiogloso y milohioideo, cruza el trayecto del nervio lingual pasando primero por dentro y luego por fuera de este.

Se concluye que, aunque es frecuente la sialolitiasis en las glándulas salivales es inusual detectar las de gran tamaño. La sialolitiasis puede desencadenar síntomas obstructivos en el conducto, inflamación con tumefacción y dolor de la glándula afectada, por lo que se hace necesario conocer las características anatómicas y fisiológicas. El correcto diagnóstico y tratamiento permiten una evolución favorable.

## Referencias bibliográficas

1. Ávila Sánchez C, Téllez Rodríguez J, López Fernández R. Sialoadenitis bacteriana crónica recurrente de la infancia. Caracterización clínica. Acta Pediatr Mex. 2015 [acceso 15/11/2022];36:114-21. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912015000200009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000200009)

2. Bustillos L, Sosa D, Saba S, Portocarrero J. Sialoadenitis infecciosa crónica producto de una infección odontogénica. Reporte de caso. Odous Científica. 2020 [acceso 15/11/2022];21(2):173-80. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol21n2/art05.pdf>
3. Jiménez Rodríguez Y, Coca Granado RM, Delis Fernández RE, Artilés Martínez D, Durán Morales D. Tumores de glándulas salivales. Experiencia de cinco años. Acta Médica del Centro. 2021 [acceso 15/11/2022];15(2). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1198>
4. Díaz Acevedo JA, Sánchez Trocino B, Rojas Mercado H. Sialolitiasis del conducto submandibular: reporte de un caso. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2017 [acceso 15/11/2022];13(3):100-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2017/cb173f.pdf>
5. Ponce Bravo S, Ledesma Montes C, Morales Sánchez I, Garcés Ortiz M. Sialolitiasis de glándula sublingual. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev de la asociación dental mexicana. 2006 [acceso 15/11/2022];LXIII(1):32-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od061f.pdf>
6. Rebolledo Cobos M, Carbonell Muñoz Z, Díaz Caballero A. Sialolitos en conductos y glándulas salivales. Revisión de literatura. Av. Odontoestomatol. 2009 [acceso 15/11/2022];25(6):311-7. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852009000600002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000600002)
7. Torres Lagares D, Barranco Piedra S, Serrera Figallo MA, Hita Iglesias P, Martínez-Sahuquillo Márquez A, Gutiérrez Pérez JL. Sialolitiasis parotídea del conducto de Stensen. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006 [acceso 15/11/2022];11:E80-4. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i1/medoralv11i1p80e.pdf>
8. Jardón Caballero J, Texidor Fuentes R, Alemán Miranda O. Sialoadenitis por sialolito inusual de la glándula submaxilar derecha en un adulto. MEDISAN. 2017 [acceso 15/11/2022];21(4):455. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000400010)

9. Kammerer C, Escobar D, Holguín J. Sialolitiasis submandibular gigante, extracción quirúrgica y reparación ductal: reporte de caso. Acta otorrinolaringol cir cabeza cuello.Colombia. 2020 [acceso 08/01/2023];48(4):312-4. Disponible en: <https://revista.acorl.org.co/index.php/acorl/article/view/352/48110>.

10. Bonne Comerón RA. Sialolito en el conducto de Wharton en un adulto. MEDISAN. 2022 [acceso 15/11/2022];26(2):364. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2195/2662>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.