

Sialolito en el conducto de Warthon en un adulto

Stone in the Warthon duct in an adult

Roberto Alberto Bonne Comerón^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0231-2852>

¹Hospital General Docente Dr. Juan Bruno zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para correspondencia: rbonne@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente de 56 años edad, quien acudió al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Central de Maputo, capital de Mozambique, por presentar aumento de volumen debajo de la lengua, del lado derecho, lo cual le causaba dolor al ingerir alimentos. Durante la exploración clínica se corroboró el aumento de volumen en el piso de la boca, conformado por una zona amarillenta, rodeada de un halo eritematoso que dolía a la palpación. Se diagnosticó una sialolitiasis de la glándula submandibular derecha y se indicó enucleación quirúrgica con anestesia local. El paciente evolucionó favorablemente y no presentó recidivas.

Palabras clave: adulto; sialolito; glándula submandibular; conducto de Warthon.

ABSTRACT

The case report of a 56 years patient is described. He went to the Oral and Maxillofacial Surgery Service of Maputo Central Hospital, capital of Mozambique, due to an increase of volume under the tongue, on the right side, which caused him pain when ingesting foods. During the clinical exploration the increase of volume was corroborated in the bottom of the mouth, conformed by a yellowish area, surrounded by an erythematous halo that hurted at palpation. A sialolithiasis of the right submandibular gland was diagnosed and a

surgical enucleation with local anesthesia was indicated. The patient had a favorable clinical course and he did not present relapses.

Key words: adult; stone; submandibular gland; Warthon duct.

Recibido: 06/07/2021

Aprobado: 26/01/2022

Introducción

Los sialolitos pertenecen a la categoría de calcificación idiopática; son depósitos cálcicos en los conductos de las glándulas salivales mayores y menores o en su parénquima, una estructura de apatita con condensaciones de fosfato de calcio y carbonato de calcio. La causa exacta de su formación es desconocida.

De hecho, la sialolitiasis es una de las enfermedades más comunes de las glándulas salivales, siendo afectada con mayor frecuencia la glándula submandibular, seguida de las glándulas parótida, sublingual y menores. Se estima que afecta a cerca de 12 por cada 1 000 adultos, con una prevalencia dominante en hombres entre 30 y 60 años de edad. Los sialolitos pueden presentar recidivas o, en caso de obstrucción persistente, causar lesión del componente parenquimatoso de la glándula y provocar sialoadenitis; sin embargo, en la mayoría de los pacientes, las glándulas afectadas funcionan normalmente después de la remoción del sialolito.⁽¹⁾

Ahora bien, el diagnóstico de la sialolitiasis puede resultar difícil debido a que el sialolito no siempre es visible y los síntomas son variables. Clínicamente se caracteriza por dolor local, inflamación, disminución del flujo salival, limitación de la apertura bucal y, en ocasiones, contenido purulento.^(2,3) Los sialolitos de pequeño tamaño pueden ser expulsados espontáneamente mediante la estimulación del flujo salival, aplicación de masajes locales o la administración de sialagogos; en los más grandes se realiza la remoción quirúrgica.

El tratamiento de los pacientes con sialolitos gigantes y de tamaño regular es la restauración de la secreción de la saliva normal, esto se puede lograr por medio de 3 vías:

remoción a través de la cavidad bucal, sialoendoscopia y resección de la glándula.⁽⁴⁾ También, dicho tratamiento depende del sitio, tamaño, forma y número. Usualmente el de primera elección es la remoción completa del sialolito a través de la cavidad bucal, que es la manera menos invasiva.^(5,6)

Muñoz *et al*,⁽²⁾ refieren que Ben Lagha postuló 2 fases distintas en la formación de sialolitos. En la primera, los factores irritantes activan una respuesta y causan una contracción espasmódica del canalículo y estasis de saliva. La segunda, es fisicoquímica y conlleva a la formación del cálculo. Una infección bacteriana puede causar el desarrollo de sialolitos mediante una disminución del pH salival.

Se asume que el sialolito está formado por la deposición de material orgánico e inorgánico alrededor de un núcleo central. Dicho núcleo está compuesto por la precipitación de sales de calcio alrededor de un nido orgánico inicial, que consiste en mucinas salivales alteradas, bacterias y células epiteliales descamadas. Las capas orgánicas están formadas por varios carbohidratos y aminoácidos y las capas inorgánicas consisten en fosfato de calcio, una pequeña cantidad de carbonatos en forma de hidroxiapatita, así como magnesio y amonio, también en pequeñas cantidades.⁽⁴⁾ Los cálculos submandibulares están compuestos por 82 % de material inorgánico y 18 % de material orgánico.⁽⁵⁾

La sialolitiasis de la glándula submandibular es más común debido a los factores anatómicos asociados. El conducto de Warthon de la glándula submandibular es el más largo de todas las glándulas y su trayectoria va en una dirección ascendente (flujo antigraavedad). Además, la porción principal de este conducto es más ancha que su orificio de salida. Aunado a estos factores anatómicos, la saliva de la glándula submandibular es de naturaleza alcalina y rica en mucina, lo que puede promover la formación de un sialolito.⁽⁶⁾ Asimismo, factores patogénicos tradicionales y recientes incluyen: tasa de flujo salival reducida, cambio en el pH, deshidratación, anomalías del conducto y migración retrógrada de comida, bacterias o cuerpos extraños de la cavidad bucal, que favorecen la formación de cálculos.

Los sialolitos se forman a partir de los depósitos de sales de calcio alrededor de una masa central constituida por células epiteliales descamadas y derivados de la descomposición bacteriana. En el examen macroscópico, la mayoría de los sialolitos son de color blanco amarillento, redondo, ovalado y muy calcificados.

Asimismo, las glándulas obstruidas por sialoadenitis muestran infiltración bacteriana aguda con presencia de neutrófilos y material purulento en las luces ductales. Varias técnicas de imagen se utilizan para confirmar el diagnóstico clínico de esta alteración, tales como radiografía convencional oclusal, ultrasonido, tomografía axial computarizada, resonancia magnética y sialografía.^(5,6) Al respecto, varios autores^(7,8,9,10) plantean que Silvayn Terraz y sus colegas realizaron, en 2013, un estudio donde evaluaron la confiabilidad de la ecografía respecto a la sialolitiasis y concluyeron que, debido a su limitada sensibilidad y valor predictivo negativo, la ecografía no permite la exclusión fiable de pequeños cálculos de la glándula salival.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente de 56 años edad, con 71 kg de peso, quien acudió al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Central de Maputo, capital de Mozambique, para su valoración y tratamiento, pues presentaba un aumento de volumen por debajo de la lengua, del lado derecho, que le dolía principalmente durante la ingestión de alimentos (fig. 1).



Fig. 1. Se observa una estructura amarillenta y de aspecto terroso con un halo enrojecido.

Su historial médico no refería antecedentes sistémicos de importancia. Sus signos vitales y estudios de laboratorio de química sanguínea, biometría hemática y pruebas sanguíneas se encontraban dentro de los parámetros normales. Durante la exploración clínica se observó un aumento de volumen en el piso de la boca del lado derecho, conformado por una zona amarillenta, rodeada de un halo eritematoso, que le dolía solo a la palpación, así como

permeabilidad de las glándulas salivales de manera bilateral. No se hallaron otras alteraciones de evidencia clínica.

Se diagnosticó una sialolitiasis de la glándula submandibular derecha, para lo cual se indicó enucleación quirúrgica de probable sialolito del conducto submandibular derecho con anestesia local. El paciente estuvo de acuerdo con el plan terapéutico y firmó el consentimiento informado. Luego, se procedió a realizar una incisión en el hueso al palpar y localizar el aumento de volumen sobre el trayecto del conducto submandibular derecho, previa sujeción con una sutura distal al límite posterior del sialolito. Mediante la vía de acceso quirúrgico se localizó el cálculo y se realizó la enucleación de una concentración cálcica de aproximadamente 12 por 1 cm, así como el lavado y la aspiración del lecho quirúrgico (fig. 2 y 3). Finalmente, se suturó la herida en sus bordes mucosos con vicryl 3-0.



Fig. 2. Sutura distal del sialolito



Fig. 3. Exposición del sialolito

Se realizaron indicaciones por escrito, recomendaciones especiales de hidratación adecuada y estímulo de la salivación. Se indicó amoxicilina (500 mg cada 8 horas, durante 5 días) y diclofenaco (500 mg cada 8 horas, por 3 días). Se dio cita abierta en caso de eventualidades y en una semana para valoración posquirúrgica. El paciente presentó una

evolución favorable sin signos de recidivas ni alteración en las estructuras y las funciones de la glándula.

Discusión

Los conocimientos anatómicos y fisiológicos de las glándulas salivales mayores y menores, además de las distintas alteraciones de la cavidad bucal son esenciales e indispensables para llevar a cabo un diagnóstico clínico certero.⁽⁸⁾ En este caso clínico, la confirmación de sialolitiasis se realizó primordialmente sobre la base de las manifestaciones y signos clínicos que se observaron en el paciente. A pesar de que no refirió alguna sintomatología dolorosa significativa, clínicamente se pudo observar un aumento de volumen en la zona antes mencionada.

Resulta importante señalar, que la obstrucción de las glándulas salivales por la presencia de un sialolito representa una entidad patológica multifactorial; la viscosidad de la saliva, el tamaño y la anatomía del conducto tienen gran importancia en la predisposición a la enfermedad. El tratamiento de los pacientes con sialolitiasis sigue siendo la enucleación quirúrgica del probable sialolito localizado en el trayecto del conducto.

Las manifestaciones clínicas, los signos, síntomas y estudios de imagen son las principales herramientas para llevar a cabo un diagnóstico clínico de los pacientes con sialolitiasis. Después de la eliminación de los sialolitos se debe realizar una estimulación continua con sialagogos; los más utilizados son el jugo de limón y el ácido ascórbico.

Referencias bibliográficas

1. Díaz Acevedo JA, Sánchez Trocino B, Rojas Mercado H. Sialolitiasis del conducto submandibular: reporte de un caso. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2017 [citado 28/05/2017]; 13 (3): 100-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2017/cb173f.pdf>

2. Muñoz Quintela À, Ruiz Guerrero A, Iglesia Chaves MN, Virués Vázquez R, Bañales Arnaiz I, García Muñoz A. ¿Cuál es el papel del radiólogo en la evaluación de la sialolitiasis?. Seram. 2021 [citado 18/04/2021]; 1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4415>
3. Manso Muñoz L, Sarduy Rozón M, Morell Rocha A, Muñoz Y. Sialolito de 2 cm en glándula parótida. Primer reporte de caso en Villa Clara. Estomatología. 2015 [citado 28/05/2018]. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/959/347>
4. Rodríguez Rodríguez MM, Jiménez Mendiguchía L, García Cano AM. Sialolitiasis: análisis y composición química. Medicina de Laboratorio de un vistazo. 2016 [citado 28/05/2018]; 3. Disponible en: <https://www.aebm.org/images/activos/Revistaimagenes/volumen3/Articulo-2.-PDF.-VOL-3.-FINAL.pdf>
5. Callow Pueyo S, Martínez Rodríguez N, Fernández Cáliz F, Barona Dorado C, Martínez González JM. Sialolitiasis parotídea. Dificultades en el diagnóstico. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Cient. Dent. 2019; 16 (2): 137-41.
6. Kammerer C, Escobar D, Holguín J. Sialolitiasis submandibular gigante, extracción quirúrgica y reparación ductal: reporte de caso. Acta otorrinolaringol cir cabeza cuello. 2020 [citado 14/01/2022]; 48 (4): 312-4. Disponible en: <https://revista.acorl.org.co/index.php/acorl/article/view/352/481>
7. Camardella IR, Chessé C, Morgante J, Rivarola E. Sialolitiasis. Dermatología Argentina. 2020 [citado 14/09/2021]; 26 (4). Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/2046/1150>
8. Jardón Caballero J, Texidor Fuentes R, Alemán Miranda O. Sialoadenitis por sialolito inusual de la glándula submaxilar derecha en un adulto. MEDISAN. 2017 [citado 28/05/2018]; 21 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000400010

9. Hernández Rodríguez MC, Martín Pérez MÁ, Marín Balbín JM, Blanco Hernández R, Martín García I, Tabernerico Rico RD. Resonancia magnética de las glándulas salivales parótida y submaxilar. ORL. 2017 [citado 28/05/2018]; 8 (4). Disponible en: <https://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/article/view/orl201784.14844>
10. Lao Gallardo W, Sobalvarro Mojica K. Egresos hospitalarios debidos a enfermedades de las glándulas salivales, CCSS, Costa Rica, 1997 al 2015. Odontología Vital. 2018 [citado 28/05/2018]; 28: 41-50. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/odov/n28/1659-0775-odov-28-41.pdf>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).