

Efectividad de la succión desembrozante en pacientes con procesos inflamatorios de las glándulas salivales mayores

Effectiveness of the depleting suction in patients with inflammatory processes of the major salivary glands

Dr. Yoandris González Sánchez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6478-5626>

Dr. Carlos Luis Carreras Martorell¹ <https://orcid.org/0000-0002-4528-0291>

Dra. Ayaruselkis Jiménez Fuentes² <https://orcid.org/0000-0002-9335-7169>

Dr. Islay Gutiérrez Galán³ <https://orcid.org/0000-0002-6153-8512>

Dra. Katia Duany Baderas⁴ <https://orcid.org/0000-0001-8270-4914>

¹Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Policlínico Universitario Carlos Juan Finlay, Universidad de Ciencias Médicas. Songo-La Maya, Santiago de Cuba, Cuba.

³Clínica Estomatológica Provincial Docente Héroes del Moncada, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

⁴Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: yoandris.gonzalez81@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las inflamaciones agudas y crónicas pueden afectar las glándulas salivales mayores.

Objetivo: Evaluar la evolución de los pacientes con procesos inflamatorios de las glándulas salivales mayores tratados con succión desembrozante.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de 49 pacientes con procesos inflamatorios de las glándulas salivales mayores, atendidos en la consulta de Cirugía

Maxilofacial del Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, desde septiembre del 2012 hasta junio del 2014. Se utilizó la aspiración quirúrgica para succionar los conductos de las glándulas salivales afectadas. Se estudiaron variables, tales como edad, sexo, glándula salival afectada, agente causal, sintomatología, sesiones de tratamiento y evolución ultrasonográfica.

Resultados: Predominaron el grupo etario de 65 años y más (36,7 %) y el sexo femenino (59,2 %). La litiasis fue el factor causal de mayor incidencia y la glándula parótida la más afectada. Los pacientes evolucionaron satisfactoriamente luego de la segunda succión, lo cual demostró la existencia de cambios ultrasonográficos favorables.

Conclusiones: La succión desembrozante es un procedimiento sencillo e inocuo que evita el proceder quirúrgico.

Palabras clave: glándulas salivales; cálculos salivales; afección glandular; succión desembrozante.

ABSTRACT

Introduction: The acute and chronic inflammations can affect the major salivary glands.

Objective: To evaluate the clinical course of patients with inflammatory processes of the major salivary glands treated with depleting suction.

Methods: A descriptive study of 49 patients with inflammatory processes of the mayor salivary glands was carried out, they were assisted in the Maxillofacial Surgery service of Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso Teaching General Hospital in Santiago de Cuba, from September, 2012 to June, 2014. The surgical aspiration was used to suck the tubes of the affected salivary glands. Some variables were studied, such as age, sex, affected salivary gland, causal agent, symptomatology, treatment sessions and ultrasonographic course.

Results: There was a prevalence of the 65 and over age group (36.7 %) and the female sex (59.2 %). Lithiasis was the causal factor of more incidence and the parotid

gland the most affected one. Patients had a favorable clinical course after the second suction, which demonstrated the existence of favorable ultrasonographic changes.

Conclusions: Depleting suction is a simple and innocuous procedure that avoids operation.

Key words: salivary glands; salivary calculi; glandular affection; depleting suction.

Recibido: 11/09/2019

Aprobado: 04/02/2020

Introducción

Las glándulas salivales mayores incluyen 3 pares: parótidas, submaxilares y sublinguales. Además, existe un extenso grupo de islotes de tejido productor de saliva disperso por la vía aérea superior, principalmente por la mucosa orofaríngea, denominado glándulas salivales menores.^(1,2)

De hecho, las glándulas salivales son de origen ectodérmico. Se forman a partir de una invaginación del ectodermo bucal en el mesénquima adyacente y aumentan de tamaño en su extremo más distal para formar alveolos, mientras que los cordones epiteliales se hacen huecos para dar lugar a conductos excretores.⁽¹⁾

Los componentes minerales de la saliva pueden producir cálculos adheridos a los dientes o entre los conductos, y dentro de las glándulas salivales cuando la saliva se deposita o se presenta menos fluida, con lo cual se aumenta la concentración de sales de oxalato de calcio.⁽³⁾

Cualquier aumento de volumen o inflamación aguda de las glándulas salivales que tenga como causa un proceso inflamatorio puede denominarse sialoadenitis aguda. Esta es una tumefacción de aparición rápida, aunque también puede tratarse de la fase aguda de algún estado crónico.⁽⁴⁾

La infección bacteriana aguda en las glándulas salivales mayores puede resultar de 2 mecanismos fisiológicos principales: primero, una contaminación retrógrada del

conducto y el parénquima por habitantes de la flora bucal; segundo, por estasis del flujo salival que proporciona un medio de cultivo para los microorganismos patógenos que pueden desencadenar un proceso infeccioso.⁽⁴⁾

Otro mecanismo que desencadena estasis salival es la localización de cálculos o tapones mucosos en los conductos o parénquima de las glándulas, lo cual también trae consigo un subsiguiente proceso infeccioso.⁽⁵⁾

La litiasis y los tapones mucosos son más comunes en la glándula submaxilar (80-92 %), seguida por la parótida (6-20 %), la sublingual y las menores (1-2 %). El mayor porcentaje de tapones mucosos de la glándula submaxilar se debe a la tortuosidad del conducto de Wharton y al flujo salival en contra de la gravedad, que es más largo con menor flujo salival y mayor alcalinidad (mayor porcentaje de fosfato de calcio, alto contenido de mucina).⁽⁶⁾

Ahora bien, los mecanismos obstructivos que pueden producir estasis salival y el consecuente proceso infeccioso, no solamente se asocian a la presencia de cálculos en los conductos sino también a tapones mucosos, cuerpos extraños y sialectasias.⁽⁷⁾

El conocimiento de la anatomía ecográfica es crucial para realizar adecuadamente una exploración a través de ultrasonido. La detección de las glándulas salivales con equipos de alta resolución y transductores específicos para partes pequeñas es altamente confiable.⁽⁸⁾

Debido a las complicaciones posoperatorias que pueden aparecer tras el tratamiento quirúrgico de pacientes con estas lesiones y teniendo en cuenta la inocuidad y la sencillez de la succión desembrozante, así como los escasos informes acerca de su utilización en esta provincia, se realizó este estudio.

Métodos

Se efectuó un estudio descriptivo, a fin de evaluar la evolución de pacientes con procesos inflamatorios de las glándulas salivales mayores tratados con succión desembrozante, atendidos en la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, desde septiembre del 2012 hasta

Junio del 2014. Se estudiaron todos los afectados que acudieron con manifestaciones clínicas tributarias de lesiones inflamatorias de las glándulas salivales mayores durante el periodo definido anteriormente y que no recibían también el tratamiento convencional. Se analizaron variables, tales como edad, sexo, glándula salival afectada, agente causal, sintomatología, sesiones de tratamiento y evolución ultrasonográfica.

Una vez diagnosticado el paciente y previo consentimiento informado, se le indicó que se sentara en el sillón dental. Se utilizó un eyector de saliva conectado al aspirador quirúrgico del equipo que se acopló en la desembocadura del conducto de salida de la glándula salival mayor afectada para ejercer una succión potente sobre el contenido de la glándula. El ayudante sujetó en posición el eyector mientras se masajeaba con ambas manos, desde las regiones bucal y vestibular, la glándula en sentido centrífugo para ayudar al drenaje a través del conducto. Cada aspiración duró aproximadamente 30 segundos; se tiró hacia fuera del conducto y se ejerció una acción desembrozante hasta que el eyector se desconectó de la desembocadura.

Luego, la desembocadura del conducto apareció herniada como consecuencia de la potente succión ejercida. Se repitió la acción en la misma sesión clínica. En sucesivas sesiones se ejecutó la técnica hasta que la presión sobre la glándula propició la salida del líquido salival transparente sano.

Esta investigación se desarrolló sobre la base de los principios de la bioética médica; el método empleado cuenta con principios y resultados pertinentes que respaldan su empleo sin producir daño alguno durante su aplicación. A todos los pacientes se les explicó, desde el punto de vista clínico, la afección que presentaban y la razón por la cual se les proponía ser incluidos en el estudio.

También se tuvo en cuenta el principio de voluntariedad. A los pacientes se les informó de forma verbal y escrita los objetivos de la investigación, sus beneficios y los posibles riesgos; además, se les entregó un modelo de consentimiento informado para que expresaran su aprobación para participar en ella, el cual fue confeccionado según las reglamentaciones establecidas en el acta de Helsinki.

Resultados

En la tabla 1 se observa un predominio del grupo etario de 65 años y más (18 pacientes para 36,7 %) y del sexo femenino (29 para 59,2 %).

Tabla 1. Pacientes según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%*
	No.	%	No.	%	No.	%*
15 - 44	10	20.4	5	10,2	15	30,6
45 - 64	10	20.4	6	12.2	16	32,7
65 y más	9	18.4	9	18.4	18	36,7
Total	29	59.2	20	40,8	49	100,0

*Porcentaje calculado sobre la base del total de pacientes

Antes del tratamiento, las manifestaciones clínicas que primaron fueron el dolor, referido por el total de los pacientes, seguido de la tumefacción y la xerostomía con 83,6 y 73,5 %, respectivamente (tabla 2).

Tabla 2. Signos y síntomas encontrados en los pacientes antes y después del tratamiento

Síntomas	Antes del tratamiento		Después del tratamiento	
	No.	%	No.	%*
Tumefacción	41	83.6	3	6.1
Dolor	49	100,0		
Aumento de la temperatura	11	22.4		
Secreciones purulenta	34	69.4		
Gusto anormal	6	12.2	1	2.0
Xerostomía	36	73.5	6	12.2

*Porcentaje calculado sobre la base del total de pacientes

En la tabla 3 se muestra que el primer estudio ultrasonográfico resultó positivo en 44 pacientes (89,8 %) y negativo en solo 5 de ellos (10,2 %).

Tabla 3. Primer estudio ultrasonográfico según patogenia de los pacientes

Patogenia	Primer estudio ultrasonográfico				Total	
	Positivo		Negativo		No.	%*
	No.	%	No.	%	No.	%*
Litiasis	25	51.2			25	51,0
sialoductitis	19	38.8	5	10,2	24	49,0
Total	44	89.8	5	10,2	49	100,0

*Porcentaje calculado sobre la base del total de pacientes

Véase en la tabla 4 que del total de pacientes solo 5 mantuvieron elementos positivos en el estudio ultrasonográfico y 39 junto a la mejoría clínica manifestaron una buena evolución al ultrasonido. Cabe decir que en este segundo estudio solo se incluyeron 44 pacientes dado que no se incorporaron los 5 que arrojaron inicialmente un ultrasonido negativo.

Tabla 4. Segundo estudio ultrasonográfico según patogenia de los pacientes

Patogenia	Segundo estudio ultrasonográfico				Total	
	Positivo		Negativo		No.	%*
	No.	%	No.	%	No.	%*
Litiasis	2	4,1	23	46,9	25	51,0
sialoductitis	3	6,1	16	32,7	19	38,8
Total	5	10,2	39	79,6	44	89,8

*Porcentaje calculado sobre la base del total de pacientes

En la tabla 5 se observa que luego de 2 sesiones de tratamiento se comenzó a notar la mejoría clínica, pues 11 pacientes (22,4 %) lograron curarse. Después de la tercera sesión se encontraban en este grupo 22 (44,5 %) y concluida la cuarta habían sanado los 16 restantes (32,7 %).

Tabla 5. Evolución de los pacientes según sesión de tratamiento

Sesiones de tratamiento	Curado		No curado	
	No.	%	No.	%*
Primera succión			49	100,0
Segunda succión	11	22,4	38	77,6
Tercera succión	22	44,5	16	32,7
Cuarta succión	16	32,7		

*Porcentaje calculado sobre la base del total de pacientes

Discusión

Los resultados de esta serie no coinciden con un estudio realizado por Jardon *et al*⁽⁹⁾ en Santiago de Cuba, quienes obtuvieron un leve predominio del sexo masculino; resultados similares alcanzaron Saga *et al*,⁽¹⁰⁾ los cuales informaron una primacía de los hombres (72,7 %) sobre las mujeres (27,3 %).

En cuanto a los grupos de edades se evidenció una prevalencia del grupo de 64 años y más, lo cual concuerda con lo planteado por Laplace *et al*⁽¹¹⁾ en su investigación sobre enfermedades bucales en el adulto mayor, donde refieren que en estos pacientes se condiciona la aparición de enfermedades menos frecuentes en grupos poblacionales más jóvenes debido al envejecimiento biológico de los tejidos y sus funciones.

Al respecto, Salazar y Calle⁽¹²⁾ hallaron en su estudio que el grupo de edad de 45 a 70 años fue el más afectado con 147 pacientes del sexo masculino y 174 del femenino. Estos resultados se deben a que con el avance de la edad disminuye la queratinización y existe un afinamiento de las estructuras epiteliales, una reducción de la homeostasis del desarrollo de las células epiteliales, así como una mayor variación en la calidad de los tejidos; además, localmente se informa que hay una pérdida de aproximadamente 40 % de las células acinares en las glándulas salivales unido a la presencia de xerostomía que causa pérdida del gusto.⁽¹¹⁾

De los 25 pacientes con litiasis, 15 presentaron la afección en la región submaxilar, lo cual fue planteado por Rodríguez *et al*⁽¹³⁾ en su estudio sobre afecciones clinicoquirúrgicas de las glándulas salivales mayores donde refieren que esto se debe a 3 factores: la saliva en la región submaxilar es más alcalina, posee mayor porcentaje de fosfato de calcio y alto contenido de mucina, el conducto excretor es más largo y tortuoso con un menor flujo salival, además este flujo de saliva va en contra de la gravedad. De igual manera, Velásquez *et al*⁽¹⁴⁾ encontraron un predominio de litiasis en la región submaxilar y el conducto como la zona más afectada.

Los signos y síntomas son fundamentales durante el examen físico para diagnosticar las alteraciones inflamatorias de las glándulas salivales mayores, por ello en este estudio se presentaron los principales signos y síntomas de los pacientes afectados antes y después de realizado el tratamiento.

El dolor fue el primer síntoma clínico planteado por varios autores, tal es el caso de Torres *et al*,⁽¹⁵⁾ quienes en su estudio sobre litiasis parotídea realizado en Sevilla en el 2006, le confirieron gran importancia al dolor que solía estar ausente solo en 17 % de los pacientes y en el tratamiento que expusieron la primera medida adoptada fue tratar la sintomatología. En algunos casos el dolor se atribuye al proceso obstructivo que se produce a nivel de la glándula, además de la tumefacción que en la mayoría de

los pacientes acompaña este malestar y que aparece en la zona afectada debido a la retención de saliva.

Como muestra de la magnífica evolución de los pacientes luego de realizado el tratamiento, solo persistían en ellos la xerostomía, la tumefacción y el gusto anormal. En cuanto a la xerostomía, Laplace *et al*⁽¹¹⁾ plantean que de 30 a 57 % de la población de ancianos presenta esta sintomatología. Por su parte, Rodríguez *et al*⁽¹³⁾ refieren que esta puede estar dada además por diferentes factores, tales como hábito de fumar, alcoholismo, administración de medicamentos y alteraciones endocrinas. Estos resultados desde el punto de vista clínico se corresponden con los que obtuvieron Izurieta *et al*,⁽¹⁶⁾ quienes plantearon que esta terapia se realizó en una paciente diagnosticada con litiasis parotídea que presentaba la sintomatología antes mencionada y pasadas las primeras 24 horas logró gran mejoría, pero luego de la cuarta sesión de tratamiento hubo ausencia total de los síntomas.

Los medios auxiliares diagnósticos son de gran importancia en el seguimiento de las afecciones de las glándulas salivales. La ecografía se ha utilizado para evaluar las glándulas exocrinas principalmente la tiroides y las glándulas salivales mayores (glándulas parótidas y submandibulares), además ha facilitado el diagnóstico de diferentes enfermedades.^(17,18,19)

Así lo reflejan Callow *et al*⁽²⁰⁾ en Madrid, quienes obtienen resultados favorables en el uso de la ultrasonografía e informan que esta presenta una sensibilidad de 77 % y especificidad de 95 % en el diagnóstico de la sialolitiasis.

Izurieta *et al*,⁽¹⁶⁾ en un estudio realizado en España en el 2010 observaron que luego de ejecutado el tratamiento hubo gran mejoría en las siguientes 24 horas y después de realizada la cuarta sesión ya se observó salida de saliva sana y transparente, además desaparecieron los síntomas. Dichos autores hablan a favor de que hubo una evolución satisfactoria de los pacientes con el tratamiento y de los beneficios que trae consigo por su inocuidad, además de ser una técnica sencilla y rápida con la cual se disminuye el tiempo de evolución de la enfermedad y la reducción de la sintomatología aguda del paciente.

Se concluyó que el procedimiento aquí descrito representa una técnica alternativa sencilla, rápida, útil e inocua, en la cual se disminuye el tiempo de evolución de la

enfermedad y se reduce la sintomatología aguda del paciente. Además, el cirujano evita complicaciones del acto quirúrgico como la lesión del nervio con parálisis facial.

Referencias bibliográficas

1. Ilzarbe LM, Pérez Poveda FJ, Martínez Abreu J. Cura no quirúrgica de una litiasis parotídea mediante succión en Stenon. Solución ideada a propósito de un caso. Gaceta dental. 2005; 64: 64-73.
2. Hernández Rodríguez MC, Martín Pérez MA, Marín Balbín JM, Blanco Hernández R, Martín García I, Tabernero Rico RD. Resonancia magnética de las glándulas salivales parótida y submaxilar. Rev ORL. 2017 [citado 17/08/2019]; 8 (4): 227-36. Disponible en: <http://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/article/view/orl201784.14844/15571>
3. Carbone Z, González CN, Martínez SE. La saliva: una mirada hacia el diagnóstico. RAAO. 2016 [citado 17/08/2019]; 55 (2): 39-43. Disponible en: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/lv02/articulo6.pdf>
4. Coiffman F. Cirugía plástica, reconstructiva y estética. 2 ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas. 1994. p. 1940-96.
5. Palacios Vivar DE, Miranda Villasana JE, Alvarado Cordero AL, Trillo Medina VG, Calderón Lumbreras AS. Patología calcificante de las glándulas salivales. Presentación de dos casos clínicos. Revista ADM. 2018 [citado 17/08/2019]; 75 (2): 98-102. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od182g.pdf>
6. Rodríguez Rodríguez MM, Jiménez Mendiguchía L, García Cano AM. Sialolitiasis: análisis y composición química. Medicina de Laboratorio de un vistazo. 2016 [citado 17/08/2019]; 3: 7-12. Disponible en: https://www.labmedglance.es/images/site/volumen3/Articulo2_v3.pdf
7. Pacheco Rubio G, García y Sánchez JM, Gómez Rodríguez CL. Sialolito gigante intraparenquimatoso de glándula submandibular. Reporte de un caso. Revista Mexicana de Estomatología. 2017 [citado 17/08/2019]; 4 (2). Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/150/268>

8. Saldarriaga Rivera LM, Ventura Ríos L, Hernández Díaz C, Pineda Villaseñor C. Evaluación ecográfica de la glándula salival: utilidad y diagnóstico en el síndrome de Sjögren. Rev Cuba Reumatol. 2015 [citado 17/08/2019]; 17 (2): 178-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000200013&lng=es
9. Jardón Caballero J, Texidor Fuentes R, Alemán Miranda O. Sialoadenitis por sialolito inusual de la glándula submaxilar derecha en un adulto. MEDISAN. 2017 [citado 01/04/2019]; 21 (4): 455-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000400010&lng=es
10. Saga Gutiérrez C, Chiesa Estomba CM, Larruscain E, González García JA, Sistiaga JA, Altuna X. Sialolitectomía transoral combinada con sialoendoscopia versus submaxilectomía abierta para el manejo de litiasis hiliares de la glándula submaxilar. Acta Otorrinolaringológica Española. 2019 [citado 17/01/2019]; 7 (6). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651918301766>
11. Laplace Pérez B de las N, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Alместoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM. 2013 [citado 12/02/2014]; 17 (4): 477-88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es
12. Salazar Fernández C, Calle Velezmoro E. Prevalencia de cálculos salivales en la glándula submaxilar evaluados mediante tomografía computarizada de haz cónico en pacientes de 18 a 70 años. KIRU. 2015 [citado 17/08/2019]. 12 (1): 28-32. Disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/viewFile/457/373>
13. Rodríguez Calzadilla OL, Pérez Pérez O, Rodríguez Aparicio A, Mesa Reinaldo B. Afecciones clínico quirúrgicas de glándulas salivales. 2010 [citado 17/08/2019] Disponible en: <http://files.sld.cu/cirurgiamaxilo/files/2013/09/glandulas-salivales.pdf>

14. Velásquez Escobar L, López Labady J, Moret de González Y. Sialolitiasis de glándula sublingual de tamaño inusual. Revisión de literatura. Reporte de caso. Acta odontológica venezolana. 2017 [citado 17/08/2019]; 55 (1): 33-4. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-17/>
15. Torres Lagares D, Barranco Piedra S, Serrera Figallo MÁ, Hita Iglesias P, Martínez-Sahuquillo Márquez A, Gutiérrez Pérez JL. Sialolitiasis parotídea del conducto de Stensen. Med. oral patol. oral cir. bucal. 2006 [citado 24/02/2014]; 11 (1): 80-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000100018&lng=es
16. Izurieta Herrera J, Sanabria Hernández M, Bastida Martínez D. Trastorno de las glándulas salivares. Sialolitiasis. Asignatura de Anatomía patológica general y bucal, URJC - GRUPO XVII: Curso Académico 2009-2010. [citado 17/08/2019]. Disponible en: http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2009-2010_G17.pdf
17. Nieto González JC. Ecografía de las glándulas salivares en el síndrome de Sjögren primario. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense; 2018. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/50255/1/T40682.pdf>
18. Wong Lam A, Campozano Vásquez K, Hernández Díaz C, Ventura Ríos L, Pineda Villaseños C. Síndrome de Sjogren y ultrasonido Rev. Med. 2015 [citado 08/09/2019]; 19 (2): 117-20. Disponible en: <http://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/618/pdf>
19. Escobar Montatixe D, Santillán Coello J, Cubillos del Toro L, Alcalá Rueda I, Sánchez Barrueco Á. Atrofia quística parotídea de origen obstructivo por tejido parotídeo ectópico. Manejo combinado mediante sialoendoscopia y parotidectomía. Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología. 2016 [citado 08/09/2019]; 11. Disponible en: http://www.amorles/images/pdf/boletin_amorl_11.pdf
20. Callow Pueyo S, Martínez Rodríguez N, Barona Dorado C, Martínez González JM. Sialolitiasis parotídea. Dificultades en el diagnóstico. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Científica dental: Revista científica de formación continuada. 2019; 16 (2): 57-61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7028694>

