

F. de la Iglesia Perelló¹
F. de la Iglesia Beyme²

Sialolitiasis submandibular bilateral: A propósito de un caso

¹ Profesor Asociado

² Alumno. Facultad de Odontología,
Universidad de Barcelona. Barcelona.

Correspondencia:

Dr. Fernando de la Iglesia Perelló
C/ José Estivill, 29, entlo. 2ª
08027 Barcelona.

RESUMEN

La sialolitiasis es una patología común de las glándulas salivales. Sin embargo, la sialolitiasis submandibular bilateral es un caso relativamente raro. En este artículo se describe un inusual caso en que el paciente presentaba una sialolitiasis submandibular bilateral sin signos de sialoadenitis.

PALABRAS CLAVE

Glándulas salivales; Sialolitiasis submandibular bilateral; Sialolito.

ABSTRACT

Sialolithiasis is a common pathology of the salivary glands. However, bilateral sialolithiasis is a relatively rare occurrence. In this article an unusual case is reported, in which the patient presented bilateral submandibular sialolithiasis without signs of sialoadenitis.

KEY WORDS

Salivary glands; Bilateral submandibular sialolithiasis; Sialolith.

478 INTRODUCCIÓN

La sialolitiasis es la formación de un sialolito o cálculo (concreción anormal compuesta en general por sales minerales), que aparece, tanto en los conductos excretores principales, como en los terminales o incluso en el parénquima de las glándulas salivales.

Epidemiológicamente, la sialolitiasis corresponde al 30% de la patología salival y afecta principalmente a las glándulas submandibulares⁽¹⁾. En éstas se da un 80-90% de esta patología, siguiéndole en importancia la glándula parótida con un 5-20%, siendo la afectación de la glándula sublingual y de las glándulas menores muy rara (menor del 2%)⁽²⁾. Esta patología puede aparecer a cualquier edad, siendo rara en la infancia y teniendo mayor incidencia en la cuarta, quinta y sexta décadas de la vida, lo que ofrece una clara relación con la litogénesis⁽³⁾.

Se ha observado un predominio en los varones que, en general, se cifra en una proporción de 2:1. Se afectan por igual ambos lados, izquierdo y derecho, siendo más raros los de afectación bilateral que aparecen en un 2%. En un 70-80% de los casos se observa un solo cálculo, en un 20% dos y tres, y más de tres en un 5%⁽²⁾.

Un inusual caso se describe en este artículo, en el que el paciente presentaba sialolitiasis submandibular bilateral sin signos de sialoadenitis.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 66 años de edad acudió a la clínica dental por un dolor agudo referido en el segundo premolar inferior derecho. Al realizar la anamnesis el paciente relató que a los 40 años tuvo un nódulo tiroideo y fue tratado con radioterapia. Desde entonces el paciente ha notado una disminución progresiva del flujo salival. El paciente también comentó que padeció un dolor bilateral de moderada intensidad en el suelo de la boca cuando comía y/o tragaba durante los dos años posteriores al tratamiento con radioterapia, y que fue disminuyendo a lo largo del tiem-

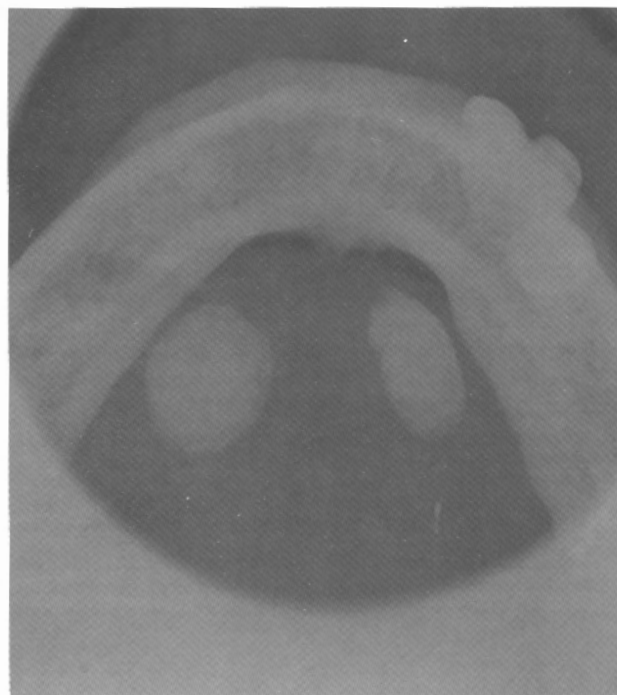


Figura 1.

po. El paciente también afirmó ser alérgico a la penicilina.

Al realizarle la exploración física, con la inspección ocular no se detectó ninguna asimetría facial, y sí que se observó patología dentaria y de la perimucosa del segundo premolar inferior derecho. Posteriormente, y gracias a las pruebas complementarias (en este caso pruebas de vitalidad pulpar), se confirmó el diagnóstico de pulpitis por caries interproximal del segundo premolar inferior derecho. Cabe destacar, que en la exploración física en busca de alguna adenopatía se localizaron dos nódulos ocupando el espacio submaxilar. En un primer momento se pensó que estos nódulos eran fruto de una adenopatía bilateral de los ganglios submaxilares preglandulares, pero gracias a la anamnesis y a las características físicas de los nódulos se sospechó de una posible sialolitiasis probablemente causada por los efectos nocivos del tratamiento radioterápico. Al palparlos bidigitalmente, los nódulos eran fijos, de consistencia pétreo, con forma de

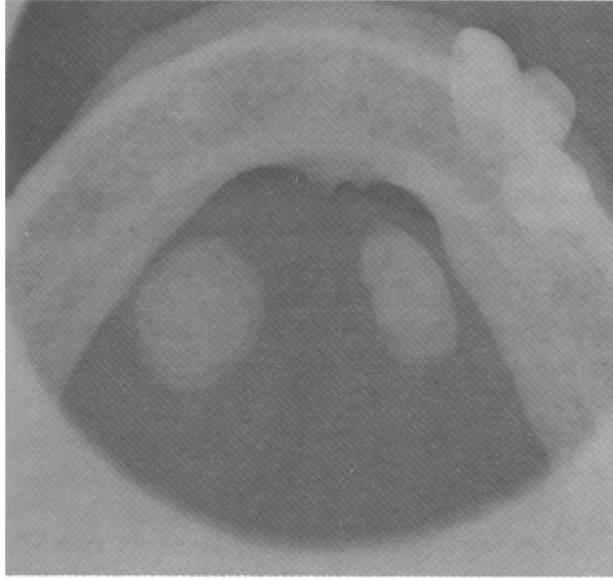


Figura 2.

dátil y con un tamaño aproximado de 1 cm de ancho por 1,5 cm de largo. No se apreciaba flujo salival proveniente de las glándulas submandibulares.

Gracias a una radiografía oclusal (Figs. 1 y 2), en la que se podían observar dos imágenes radioopacas, concéntricas, con capas a modo de cebolla (Fig. 3) que ocupaban parte del trayecto del conducto de Wharton, se confirmó el diagnóstico de sialolitiasis submandibular bilateral.

El paciente fue remitido a un cirujano maxilofacial y consecuentemente se le practicó la sialolitectomía de los dos cálculos con litotripsia endoscópica con láser. El paciente tuvo un postoperatorio sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La sialolitiasis submandibular bilateral es una patología rara, considerando los pocos casos publicados hasta ahora en la literatura científica⁽⁴⁻⁸⁾. Perrotta y cols.⁽⁸⁾ describieron un caso en el que existía sialolitiasis bilateral de la glándula parótida y submandibu-

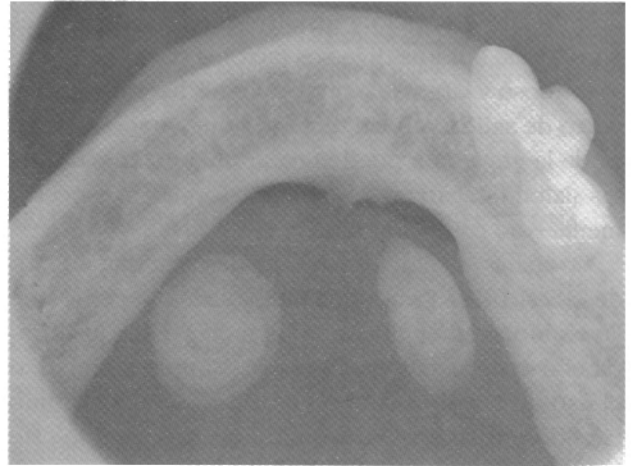


Figura 3.

lar y que fue descubierta al realizar un estudio en el que intentaba relacionar la presencia de cálculos en las glándulas salivales con la posible presencia de éstos en el riñón.

Asimismo, Ottaviani y cols.⁽⁹⁾ describieron un caso de sialolitiasis bilateral parotídea en un paciente con el síndrome de la inmunodeficiencia humana adquirida y con mieloma múltiple, siendo éste el primer caso de sialolitiasis descrito en la literatura en un paciente infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana.

También Lutcavage y Schaberg⁽¹⁰⁾ describieron un caso en el que se relacionaba la toma continuada de fármacos para controlar la hipertensión arterial (metildopa 50 mg e hidroclorotiazida 15 mg/d) con la formación de cálculos en las glándulas salivales. Un gran porcentaje de las hipertensiones eran controladas con metildopa, y ésta, según Sweet y Gaul⁽¹¹⁾ es capaz de inhibir la salivación gracias a mecanismos centrales y periféricos, favoreciendo así la formación de sialolitiasis y sialoadenitis. Topazian y Goldberg⁽¹²⁾ también mostraron en su experiencia la relación existente entre la formación de sialolitos y la toma de diuréticos, ya que éstos, al igual que la metildopa, disminuyen el flujo salival y favorecen la estasis salival. También señalaron que, debido a que las secreciones de la glándula submandibular son más alcalinas y con un conteni-

480 do más alto de calcio y fosfatos que las secreciones parotídeas, unido a diversos factores como el trayecto tortuoso y largo del conducto de Wharton y un trayecto de salida vertical teniendo que vencer la fuerza de la gravedad, pueden crear un ambiente donde los sialolitos sean más proclives a formarse, especialmente bajo condiciones de estasis salival.

En cuanto al diagnóstico cabe destacar que un 20% de los cálculos salivales son radiolúcidos⁽¹³⁾, por lo que las técnicas radiográficas serían inútiles. Ello justificaría el uso de la sialografía, ya sea simple o digital, o el uso de otros procedimientos diagnósticos, como la endoscopia, ecografía o ultrasonidos, siendo este

último un método rápido, simple y no invasivo que actualmente se considera como procedimiento de elección ante una sospecha clínica de sialolitiasis, puesto que ofrece menor probabilidad de caer en errores, mayor precisión en la localización y capaz de localizar cálculos menores de 2 mm^(14, 15).

Por último, en caso de que utilicemos la radiografía como procedimiento diagnóstico, no debe confundirse un sialolito con otras entidades como miositis osificante, calcificaciones en las paredes de la arteria facial, hueso hioides, flebolito, cuerpo extraño, diente avulsionado que yace en los tejidos o un nódulo linfático submandibular calcificado.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Lucas M. *Medicina Oral*. Barcelona: Editorial Salvat, 1988.
2. Bagán JV. *Medicina Oral*. Barcelona: Editorial Masson, 1995.
3. Gorlin RJ, Goldman HM. *Patología Oral*. Barcelona: Salvat editores, 1984.
4. Sellari FA. Simultaneous bilateral submandibular sialolithiasis. *Ann Laringol Otol Rhinol Faringol* 1966;**65**:366.
5. Forman G. Bilateral submandibular sialolithiasis. *Br Dent J* 1966;**120**:84.
6. Reczyc J, Plewinska H. Bilateral submandibular sialolithiasis. *Czas Stomatol* 1975;**28**:1193.
7. Sujaku C, Kamayama T, Kawano K y cols. A case of sialolithiasis in the bilateral submandibular ducts. *Nippon Koku Geka Gakkai Zasshi* 1971;**17**:35.
8. Perrotta RJ, Williams JR, Selfe RW. Simultaneous bilateral parotid and submandibular gland calculi. *Arch Otolaryngol* 1978;**104**: 469.
9. Ottaviani F, Galli A, Lucia MB, Ventura G. Bilateral parotid sialolithiasis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome and immunoglobulin G multiple myeloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;**85**:552-554.
10. Lutcavage GJ, Schaberg SJ. Bilateral submandibular sialolithiasis and concurrent sialadenitis: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;**49**:1220-1222.
11. Sweet CS, Gaul SL. Antagonism of conditioned salivation in conscious dogs by antihypertensive drugs. *Can J Physiol Pharmacol* 1977;**55**:968.
12. Topazian RG, Goldberg MH. *Oral and Maxillofacial Infections* (ed. 2). Philadelphia PA: Saunders, 1987:248.
13. Zegarelli EV, Kutscher AH, Hyman GA. *Diagnóstico en patología oral*. Barcelona: Editorial Salvat, 1981.
14. Fodra C, Kaarman H, Iro H. Sonography and plain roentgen image in diagnosis of salivary calculi: experimental studies. *HNO* 1992 Jul;**40**(7):259-265.
15. Eistert B, Glanz H. Examination technique in ultrasound calculi detection in the submaxilar gland. *HNO* 1992 Apr;**40**(4):144-147.