

# SIALOLITIASIS DE IMPORTANTE DIMENSIÓN EN GLÁNDULA SUBLINGUAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Granados Colocho, J.F.(\*); Arias Chamorro, B.(\*); Augustin Cordovilla, J.E.(\*); Acosta Moyano, A. (\*); Bermudo Añino, L.(\*)  
 (\*)Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Regional Universitario de Málaga.

## INTRODUCCIÓN

Es la afectación más frecuente de las glándulas salivales, de etiología multifactorial. Por orden de frecuencia la afectación varía desde 92% en glándula submandibular, 6% en parótida hasta un 2% en glándula sublingual.

El 90 % de la afectación de la glándula submaxilar es debido a la característica ascendente del conducto de Wharton y a la alcalinidad de su saliva.

Su etiopatogenia suele ser multifactorial, involucrando deshidratación y disminución de función secretora. La saliva normal se compone de Hidroxipatita abundante, cuyos agregados mineralizados en los conductos pueden formar nidos y favorecer la formación

de cálculos, estasis salival y obstrucción, que provocan la clínica habitual en estos pacientes.

Clinicamente se muestra como un cuadro de sensación de cuerpo extraño, tumefacción y dolor en la zona de la glándula afectada que se acentúa con la ingesta de alimentos. Además puede sobreinfectarse causando celulitis y absceso de la región afectada.

El tratamiento de la sialolitiasis depende de la ubicación y del tamaño de los sialolitos. Las dimensiones de un sialolito pueden variar ampliamente, pero en la mayoría de los casos tienen menos de 10mm (Ottaviani y cols 1997). Sólo el 7% de los sialolitos son mayores de 15mm, y en estos casos, deben ser realizadas cirugías para removerlos.

En base a la escasa frecuencia de cálculos de grandes dimensiones, presentamos un caso con dichas características intervenido en nuestro servicio.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años, sin antecedentes de interés que presenta historia de induración a nivel de región submandibular izquierda de varios meses de evolución con síntomas que se intensifican tras las comidas, episodios previos de inflamación y tratamiento antibiótico que controlan dichas exacerbaciones, así como xerostomía recurrente. Consulta en nuestro servicio realizándose pruebas de imagen complementarias, que se presentan a continuación:



Ortopantomografía (Figura. 1).-



Dental-Scan (Fig.2).- se aprecia litiasis de 45mm en diámetro mayor en corte axial del estudio de imagen.

## Sialolitiasis de importante dimension en glandula sublingual a proposito de un caso

*Ecografía (Fig. 3).- Glándula submaxilar izquierda disminuida respecto a la derecha y de bordes ligeramente irregulares con leve dilatación de árbol salivar intraglandular sobretodo en región hilar. En conducto de Warthon derecho a nivel del tercio medio, se identifica una litiasis de gran tamaño ( 45 x 24 mm. ) responsable de su cuadro de submaxilitis crónica.*



## DISCUSIÓN

Los grandes sialolitos suelen ser poco comunes; sin embargo, existen en la literatura varios casos citados que exponemos en la tabla 1.-

**TABLA 1.- LITIASIS DE GRANDES DIMENSIONES**

| Estudio                 | Glándula afectada | Tamaño (mm) |
|-------------------------|-------------------|-------------|
| Mustard (1945)          | Submandibular     | 56          |
| Cavina y Santoli (1965) | Submandibular     | 70          |
| Raskin (1975)           | Submandibular     | 55          |
| Tinsley (1989)          | Submandibular     | 50          |
| Rai y Burman (2009)     | Submandibular     | 72          |
| Caso actual (2014)      | Submandibular     | 45          |

Las litiasis gigantes se suelen acompañar de una larga evolución de sialoadenitis, dando lugar en una glándula fibrótica y de pobre función. Las dimensiones de estas litiasis resultan en un reto diagnóstico. Implicando un abordaje quirúrgico obligatorio; ya que debido a estas dimensiones su resolución espontánea, así como otros abordajes como la litotripsia se hacen menos efectivos.

En muchas ocasiones el tratamiento de una litiasis de grandes dimensiones implica una sialoadenectomía total; sin embargo, en el abordaje quirúrgico de este caso, se realiza de manera intraoral incidiendo sobre el conducto de Wharton, evitando una cirugía cervical y una submaxilectomía completa.

El tratamiento adecuado implica un abordaje médico-farmacológico y un abordaje quirúrgico que en casos con dimensiones de las características que presentamos en este caso, se tiende a realizar mediante un abordaje extraoral; sin embargo, es conveniente considerar un abordaje intraoral que se ha podido realizar en este paciente, evitando una cirugía de mayor envergadura. Por lo tanto, siempre que sea posible es conveniente elegir un abordaje intraoral menos radical y con menores complicaciones para el paciente.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Lalwani, Anil K. "Diagnostico y tratamiento en otorrinolaringología", Cirugia de Cabeza y Cuello. 2ª Ed. Lange.
- 2.-Rai, Manjunath; Burman, Richi. "Giant submandibular sialolith of remarkable size in the comma area of wharton's duct: a case report". J Oral Maxillofac Surg 67:1329-1332. 2009
- 3.-Marchal, Francis. "A combined endoscopic and external approach for extraction of large stones with preservation of parotid and submandibular glands". The Laryngoscope. 117: 373-379, 2007.
- 4.-Walvekar, Rohan R.; Bomeli, Steven R.; Carrau, Ricardo L.; Shaitkin, Barry. "Combined approach technique for the management of large salivary stones". The Laryngoscope. 119: 1125-1129, 2009.
- 5.-Oteri, Giacomo; Procopio, Rosa; Cicciù, Marco. "Giant salivary gland calculi: Report of two cases". The open dentistry journal. 5; 90-95. 2011.
- 6.-Ottaviani, F.; Capaccio, P.; Campi, M. "Parotid gland sialolithiasis: a new therapeutic option". Acta otorhinolaryngol Ital. 17(1): 58-63. Feb; 1997.