

Caso Clínico

Sialolitiasis de glándula Submandibular. A propósito de un caso de resolutivez local en Hospital de Zona extrema

Submandibular sialolithiasis. On the subject of a case of local resolution on far zone Hospital.



Gabriel Rabi R¹, Rommel Johnson V², Gabriela Sepulveda R³, Gabriel Matamoros R⁴

1. Cirujano Dentista Especialista en Cirugía Máxilo Facial. Radiólogo Maxilofacial. Hospital Pto Aysén

2. Cirujano Dentista. EDF. Hospital de Cochrane

3. Cirujano Dentista. Hospital de Cochrane

4. Médico Cirujano. EDF. Director Hospital de Cochrane

Resumen

La comuna de Cochrane es una localidad aislada en el extremo sur de la región de Aysén, Patagonia Chilena. El Hospital de Cochrane es un establecimiento de base familiar y comunitaria que desde el año 2016 en coordinación con Hospital de Pto Aysén organizan anualmente un operativo de Cirugía Maxilofacial y Radiología Dentomaxilar. En este contexto, paciente beneficiario del Programa Odontológico integral 4tos medio, de sexo masculino, sin antecedentes médicos ni familiares de importancia, consulta por dolor crónico en región mandibular izquierda que se acentúa al comer. Al examen intraoral se aprecia solevantamiento blanquecino reflejado en mucosa oral de piso de boca. Por medio de película intraoral y técnicas proyecionales se captura imagen radiopaca en piso de boca compatible con sialolitiasis canalicular de glándula submandibular. El caso es resuelto quirúrgicamente en el mismo operativo.

Palabras clave: Sialolitiasis, Radiología, Operativo odontológico, Zona Extrema

Abstract

The commune of Cochrane is an isolated town in the extreme south of the Aysén region, in Chilean Patagonia. The Cochrane Hospital is a family-based and community-based establishment that since 2016 organizes an annual Maxillofacial Surgery and Dentomaxillary Radiology operative, in coordination with Hospital de Pto Aysén. In this context, a male patient who is a beneficiary of the Comprehensive Dental Program for high school students, with no significant family or medical history, consults for chronic pain in the left mandibular region that is accentuated when eating. On intraoral examination, a whitish elevation reflected in the oral mucosa of the floor of the mouth was observed. Using intraoral film and projection techniques, a radiopaque image is captured on the floor of the mouth compatible with canalicular sialolithiasis of the submandibular gland. The case is resolved surgically in the same operation.

Keywords: sialolithiasis, radiology, dental operative, Far zone

Introducción

La localidad de Cochrane se encuentra en la provincia de Capitán Prat, en el límite sur de la región de Aysén. Caracterizada por su condición de zona extrema y gran dispersión poblacional propia de la XI región (1 hab/km². INE 2018), con una población de 3490 habitantes y siendo territorialmente la comuna más extensa de la región, Cochrane consta con un hospital de base comunitaria y familiar como único prestador de salud de la comuna.

Desde 2016 a la fecha, el Hospital de Cochrane en coordinación con la red del Servicio de salud Aysén y el Hospital de Puerto Aysén, levanta operativo de Cirugía Maxilofacial y Radiología Dentomaxilar. Esta iniciativa se origina como un esfuerzo entre la Dirección de APS y salud secundaria para resolver lista de espera local de la especialidad, así como complementar con prestaciones de cirugía bucal la atención de los alumnos del Liceo Bicentenario Austral Lord Cochrane beneficiarios del programa de atención odontológica integral de estudiantes de cuartos medios a través del hospital, representando un aporte directo a los habitantes de la comuna, que dada su condición de aislamiento geográfico debieran en promedio programar entre 3 a 4 días para en condiciones normales (climatológicas y viales), ir al Hospital Regional de Coyhaique para acceder a atenciones de especialidad, sin considerar además las sesiones de control clínicos posterior.

Caso clínico

En coordinación con Directivos del Liceo Austral Lord Cochrane, es pesquisado estudiante de cuarto medio que en contexto del programa Odontológico integral consulta por dolor frecuente de mediana intensidad, inconstante, de carácter punzante y que se reagudiza durante las comidas. Paciente refiere que el solo hecho de nombrar alimentos le genera molestias, las cuales se intensifican significativamente al momento de comer. Relata que dicha sensación lo acompaña hace más de un año. No posee co-morbilidad ni antecedentes clínicos familiares de importancia.

Al ser examinado por odontólogo general del Hospital, extraoralmente no se aprecian signos característicos. Intraoralmente se detecta sollevamiento de coloración blanquecina reflejado en mucosa oral de sector izquierdo de piso de boca, de consistencia dura, depresible y asintomática a la palpación. Junto con el Radiólogo Dentomaxilofacial de operativo se estudia el caso, y con los recursos presentes en el Hospital y mediante técnicas

proyeccionales con película intraoral genera imagen radiográfica donde se aprecia lesión radiopaca de 6mm en la película.

Dado tamaño radiográfico de la lesión y ausencia de signos clínicos de infección, se realiza intervención ambulatoria en pabellón quirúrgico con anestesia local, bajo técnica de asepsia y antisepsia se realiza la escisión intraoral del cálculo por medio de una incisión lineal de mucosa de piso de boca paralela al trayecto del conducto, guardando distancia del nervio lingual que lo atraviesa. Se realiza una disección roma de tejidos hasta ubicar el conducto sub mandibular liberándose el sialolito a través de una incisión con bisturí nº 15. Se coordinan controles con el equipo de odontólogos generales quienes mantienen al tanto al especialista de la evolución del paciente.

Discusión

La sialolitiasis es el trastorno obstructivo más prevalente y extendido de las glándulas salivales mayores. Estudios recientes estiman que la incidencia sintomática de la sialolitiasis es de 1 por 10000 y 1 por 20000 individuos, así como el rango asintomático del cuadro se ha reportado entre 7.27 a 14.10 cada 100 personas. La sialolitiasis es más prevalente en hombres que en mujeres y rara vez encontrada en niños. Su rango de edad entre pacientes puede ir entre 8 a 85 años.^{1,2,3}

La glándula submandibular con su respectivo ducto es la de más alta prevalencia de esta patología con sobre el 64-80% de prevalencia, seguido de parotida (19%) y sublingual (1%).

La mayoría de los casos (75%), de las sialolitiasis ocurren unilateralmente, 3% bilateral y en 1.2% acompañado de atrofia glandular. Según algunos autores, hay más frecuencia de cálculos en la glándula mandibular izquierda como es nuestro caso. Sin embargo pocos estudios reportan mayor incidencia en la glándula derecha.^{2,4}

La prevalencia predominante de sialolitiasis en la glándula submandibular se debe a características anatómicas como la presencia de un ducto de trayecto tortuoso así como químicos de la composición de su saliva dado su contenido mucoso alcalino natural lo que originan que a glándula submandibular sea la más afectada por esta patología.^{1,2,5}

La etiología es definitivamente ambigua. Se piensa que ocurre a consecuencia de la deposición de sales minerales alrededor de la mucina salival, bacterias y descamación de células epiteliales en el lumen del ducto salival. Factores como el estancamiento o bajo flujo salival, deshidratación

o cambio en el pH salival asociado a sepsis orofaríngea explicarían la formación de microcálculos intracelulares que actuarían como base para la formación del cálculo macroscópico. La obstrucción local acompañada de la colonización bacteriana genera atrofia acinar ocasionando alteraciones así el flujo salival. Los mecanismos propuestos para este efecto incluirían el desarrollo de inflamación entre los ductos salivales disminuyendo la amilasa salival.^{4,2,6}

Si bien está demostrado el efecto en el flujo salival de ciertos medicamentos, las investigaciones que demuestren relación con esta patología son limitadas. En algunas publicaciones el efecto del tabaco como potencial factor de riesgo en la formación de cálculo salival es discutido.^{6,7}

Otra teoría atribuye la formación de cálculos al aumento de la secreción de sales de calcio y fosfato las cuales a su vez, van acumulando deposiciones de células descamativas, mucus salival y bacterias. Otras causas potenciales son la infección a repetición, disfunción salival, anomalía de los ductos secretores, cuerpos extraños o metaplasia del epitelio ductal. La capacidad del cálculo de crecer va a depender de cuán afectada esté la reactividad ductal. Existen estudios que han revisado la distribución geográfica de los pacientes y su acceso a aguas duras en la formación de cálculo salival demostró que no existe correlación con el aumento de incidencia de formación de cálculos salivales en zonas con esta característica.^{2,6}

La sialolitiasis submandibular es generalmente asintomática. La presencia de síntomas se caracteriza por dolor e inflamación de las estructuras asociadas a la glándula por acumulación de saliva debido al bloqueo del lumen por el cálculo salival. Existe evidencia de que el reporte de dolor crónico para este paciente puede llegar a tener 2 a 3 años en promedio. La progresión de la enfermedad se caracteriza por intervalos de aparición y remisión de síntomas hasta el tratamiento definitivo es requerido usualmente mediante una intervención quirúrgica.^{1,4}

Los sialolitos son comúnmente diagnosticados desde su clínica acompañado por estudio radiográfico.

Cuando las lesiones líticas no pueden ser palpadas o localizadas visualmente, los estudios imagenológicos pueden ser de gran ayuda en el diagnóstico de sialolitiasis. Recursos y métodos comúnmente usados para el

diagnóstico de sialolitiasis son técnicas radiográficas panorámicas y oclusal, lo cual para los pacientes significaría viajar a la capital regional para acceder a dicho examen.

Aproximadamente el 20% de las sialolitiasis están pobremente calcificadas y por tanto poco visibles en radiografías 2D como es en el caso presentado. Por otro lado, la radiopacidad del sialolito sobre el cuerpo mandibular podría ocasionar que apenas fuese visible radiográficamente.^{4,5}

La radiografía intraoral detecta 94.7% de los casos. Sin embargo, la radiografía extraoral puede sobreproyectarse sobre estructuras óseas y dientes, dificultando su identificación especialmente cuando los cálculos son de pequeño tamaño.^{1,4,5}

La bibliografía apoya a necesidad de recurrir a exámenes imagenológicos más específicos como la tomografía computarizada, ultrasonido y sialografía con contraste porque los cálculos no palpables pueden generar falsos negativos en las radiografías.^{3,7}

Bibliografía

- 1.- Difficulties in diagnosis of sialolithiasis: a case series. Veniaminivna S, Oleksandrivna K, Andriivna K. *Bull Tokyo Dent Coll* (2018) 59(1): 53-58
- 2.- Sialolithiasis of the Submandibular Gland: Report of Cases. Sheik A, Pradeep C, Senthil K, Srivatsa K. *Oral and Maxillofacial Surgery, Thai Moogambigai Dental College & Hospital, Chennai, IND*
- 3.- Sialolith removal in the submandibular region using surgical diode laser: report of two cases and literature review. Luiz O, Scolari N, Da Silva L, Favoretto A, Belle de Oliveira R. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics and Practice* 2019; volume 9:1119
- 4.- Submandibular sialolithiasis: A series of three case reports with review of literature. Pachisia S, Mandal G, Sahu S. *Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Haldia Institute of Dental Sciences and Research, West Bengal University of Health Sciences, Haldia, West Bengal, India.*
- 5.- Submandibular sialolithiasis with CT and scintigraphy: CT values and salivary gland excretion in the submandibular glands. Ogura I, Hayama K, Sue M, Oda T, Sasaki Y. *Imaging Science in Dentistry* 2017; 47: 227-31
- 6.- Sialolithiasis. [Updated 2019 Oct 24]. Hammett JT, Walker C. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan*
- 7.- Submandibular sialolithiasis: The roles of radiology in its diagnosis and treatment. Oluwafemi J, Bamidela L, Salam A. *Annals of African Medicine*. 2018

