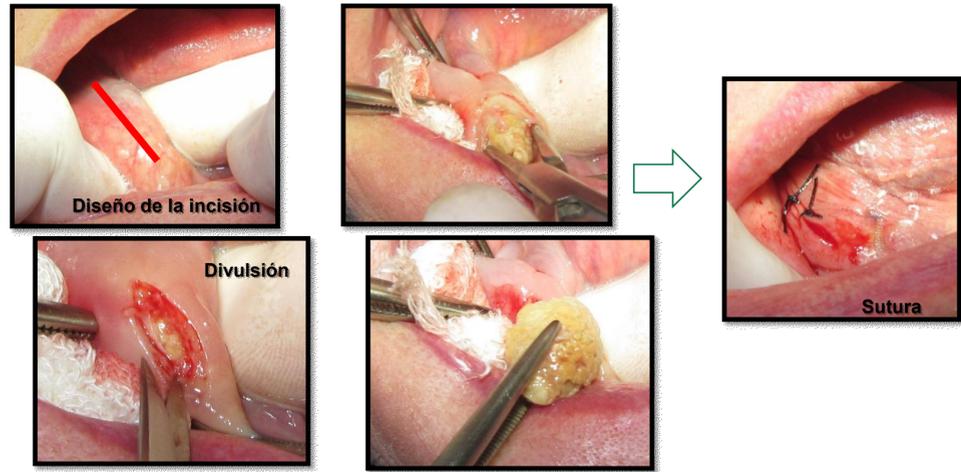


Resumen

Introducción. Los cálculos salivales, localizados en el parénquima glandular o en los conductos salivales, son considerados una de las afecciones más comunes de las glándulas salivales. Las sialolitiasis suelen afectar las glándulas salivales mayores, con implicancia de la glándula submaxilar (80-90%), de la glándula parótida (5-20), y raramente la glándula sublingual (0,5-2%). La glándula submaxilar es la más afectada, la formación de cálculos parece estar relacionada con las debilidades anatómicas que presenta esta glándula: la posición, las dos curvas marcadas del recorrido del conducto, el estrechamiento del foramen secretor sumado a la saliva submandibular bastante densa y viscosa. La afección puede presentarse a cualquier edad, con una mayor incidencia en hombres adultos entre las segundas y la sexta década de vida. **Descripción del Caso.** En esta oportunidad, presentaremos la secuencia clínica del tratamiento quirúrgico de 2 casos de litiasis submaxilares. **Conclusiones.** Es importante tener en cuenta que tanto el correcto diagnóstico diferencial como el tratamiento oportuno de este tipo de patología litiasica, es fundamental para evitar posibles alteraciones morfofuncionales de la glándula. La permanencia del cálculo en el conducto puede producir desde trastornos mecánicos e infecciosos hasta ulceraciones de la pared del conducto, con la formación de fistulas intraorales, pudiendo evolucionar a una escleroatrofia glandular con pérdidas funcionales.



Caso clínico nº2: Paciente de sexo masculino de 68 años de edad, que concurre a la consulta manifestando dolor debajo de la lengua, el cual aumenta al comer. Clínicamente se observa una zona con aumento de volumen la zona del maxilar inferior izquierda. A la palpación intraoral notamos un abultamiento indurado, con límites definidos y de gran tamaño. En la radiografía oclusal confirmamos la patología litiasica.

Introducción

La litiasis es la formación de cálculos en los conductos salivales. Dichas concreciones acarrear trastornos mecánicos e infecciosos que pueden traducirse clínicamente en cólicos que aparecen o se exacerban ocasionalmente en la masticación, acompañado de supuración y fenómenos reflejos.

Etiológicamente la teoría clásica más aceptada es la infecciosa. En un paciente que presenta un terreno predispuesto, los gérmenes patógenos que alcanzan los conductos salivales atacan su epitelio y alrededor de dichos gérmenes y detritos epiteliales se depositan las sales minerales de la saliva formando un cálculo dentro de la glándula o de su conducto excretor. Secundariamente aparecen los accidentes mecánicos o inflamatorios.

La permanencia del cálculo en el conducto a menudo, induce una alteración morfofuncional de la glándula, que puede evolucionar a una escleroatrofia glandular con pérdida de funcionalidad de secreción, incluso después de la eliminación del cálculo, transitoria o permanente.

La glándula submandibular es estadísticamente la más afectada. En esta glándula la formación de los cálculos parece estar muy relacionada con la posición de la misma glándula que, al encontrarse en una posición inferior con respecto a su conducto secretor, favorece un reflujo y una estasis de secreción en el mismo conducto. Además, el conducto presenta dos curvas marcadas que asociada a la dirección antigravitacional del conducto y al estrechamiento del foramen secretor, podrían favorecer la estasis de fluidos salivales y una completa obstrucción. Sumado a esto, la saliva submandibular es bastante densa y viscosa, presentando una elevada concentración de calcio y mucina que podrían influir en la génesis de los sialolitos.

Imágenes Preoperatoria



Radiografía



Lodge Quirúrgica



Sutura

Descripción del Caso

Caso clínico Nº1: Concurre a la consulta una paciente de sexo femenino, de 76 años de edad cuyo Motivo de consulta: "Crecimiento duro debajo de la lengua"

La paciente relata no recordar el momento exacto en el cual ella noto este crecimiento. Clínicamente se observa una zona enrojecida y con aumento de volumen la zona del maxilar inferior derecha. A la palpación intra y extraoral notamos un abultamiento indurado, con límites definidos y de gran tamaño. No dudamos en el diagnóstico de patología litiasica. Al examen Radiográfico se observa un cálculo de grandes dimensiones. La ecografía reafirma nuestro diagnóstico presuntivo: litiasis salival de glándula submaxilar.

Al encontrarse en cálculo en la porción anterior del conducto de wharton el tratamiento se realiza por vía intraoral, bajo anestesia local

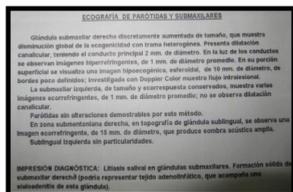
Imágenes Preoperatoria



Estudios Complementarios De Diagnóstico



RX Panorámica



ECOGRAFÍA DE PARÓTIDAS Y SUBMAXILARES
Glándula submaxilar derecha discretamente aumentada de tamaño, que muestra alteración global de la ecotextura con zonas heterogéneas. Presenta dilatación del conducto, con un diámetro proximal de 2 mm, de diámetro. En la luz de los conductos se observan imágenes hiperecogénicas, de 1 mm de diámetro proximal. En su porción superior se muestra una imagen hiperecogénica, redondeada, de 10 mm de diámetro, de bordes poco definidos. Investigado con Doppler Color muestra flujo intravascular.
La submaxilar izquierda de tamaño y ecotextura conservadas, muestra zonas imágenes ecotípidas, de 1 mm, de diámetro proximal; no se observa dilatación conducto.
Parótidas sin alteraciones demostrables por este método.
En zona submandibular derecha, en topografía de glándula sublingual, se observa una imagen ecotípidas, de 10 mm, de diámetro, que produce sombras acústicas angostas. Sublingual ligada sin particularidades.
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Litiasis salival en glándula submaxilar. Formación sólida en submaxilar derecho (puede representar tejido adenoiótico, que acompaña un aumento de esta glándula).

Conclusiones

Tanto el correcto diagnóstico diferencial como el tratamiento oportuno de este tipo de patología litiasica, es fundamental para evitar posibles alteraciones morfofuncionales de la glándula. La permanencia del cálculo en el conducto puede producir desde trastornos mecánicos e infecciosos hasta ulceraciones de la pared del conducto, con la formación de fistulas intraorales, pudiendo evolucionar a una escleroatrofia glandular con pérdidas funcionales.

Por otra parte es importante recalcar que ya al existir algunos factores que predisponen a la formación de los cálculos, como se ha mencionado, existe la posibilidad de que se produzcan recidivas. Por lo tanto después del tratamiento quirúrgico se debe realizar un seguimiento de los pacientes y modificar algunas costumbres alimentarias que puedan favorecer la formación de cálculos (dietas y aguas ricas en calcio)

Referencias

1. Ceccotti, Sforza, Carsoglio, Luberti y Flichaman: *El diagnóstico en clínica estomatológica*. Primera Ed. Bs As: Medica panamericana. Año 2007.
2. Sapp P, Eversole L, Wysocki G. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Segunda Ed. Madrid: Elsevier. Año 2006
3. Wood N, Goaz P: *Diagnóstico diferencial de las lesiones orales maxilofaciales*. Quinta Ed. España. Año 1998

