



IMSS

24 11236
2ej
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H. G. C. M. LA RAZA

**SIALOLITIASIS
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE :
OTORRINOLARINGOLOGO

P R E S E N T A :
DRA. MA. MAYELA PERDOMO SERRANO

DIRECTOR DE TESIS :
DR. RUBEN MORENO PADILLA

MEXICO, D. F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	pags.
Introducción	1 - 3
Justificación	4
Problema	5
Hipótesis	5
Objetivo	6
Marco Referencial	7 - 11
Definición	12
Generalidades	12 - 13
Manifestaciones clínicas	13
Frecuencia	14
Complicaciones	14
Diagnóstico	14 - 16
Diagnóstico diferencial	16
Tratamiento	16 - 17
Gráficas No 1 y 2	18
Gráficas No 3 y 4	19
Gráficas No 5 y 6	20
Gráficas No 7 y 8	21
Gráficas No 9 y 10	22
Gráficas No 11 y 12	23
Gráficas No 13 y 14	24
Gráficas No 15 y 16	25

	pags.
Material y Métodos	I - II
Resultados	26 - 28
Discusión	29 - 34
Conclusiones	35 - 36
Bibliografía	37 - 38

Introducción.

La sialolitiasis es el padecimiento más común de las glándulas salivales en pacientes mayores de 20 años, aunque dentro de los padecimientos de nuestra especialidad se presenta con muy poca frecuencia.

Es imperativo que como otorrinolaringólogos y cirujanos de cabeza y cuello logremos identificar y tratar adecuadamente y con el menor número de complicaciones esta patología.

Las manifestaciones clínicas de la sialolitiasis son variables y dependen del tamaño, del sitio del cálculo y del grado de obstrucción. (8, 10, 11).

La presencia de litos en la glándula parótida y submaxilar se aprecia usualmente cuando ocurre obstrucción salival aguda dada generalmente al momento de la ingesta de alimento, ya que en este momento la producción de saliva está en su clímax y no hay sitio por donde pueda drenarse, agregándose en muchos de los casos un foco infeccioso que agrava el cuadro, en este momento, además se presenta dolor intenso de tipo cólico y se asocia a tumefacción intermitente de la glándula. (9, 10, 11, 13). En ocasiones la tumefacción suele ser el único dato y en estos casos es primordial el descartar una neoplasia de las glándulas salivales sobre todo en pacientes que estén entre la cuarta, quinta y sexta décadas de la vida. (10).

Dentro de la evolución natural del padecimiento hay una reducción gradual de la salivación, llegando a ser persistente esta ausencia total de salivación debido a obstrucción completa y/o a infección. De esto resulta atrofia de las células secreto-

rias y por último hay involución glandular. (9).

Las manifestaciones clínicas pueden llegar a ser tan severas sobre todo en edades avanzadas, que pueden comprometer la vida del paciente, ya que se altera la adecuada hidratación y nutrición del sujeto, quien no en raras ocasiones presenta padecimientos generales agregados (cardiovasculares, renales, diabetes mellitus).

Por lo antes mencionado vemos que es imprescindible hacer un diagnóstico lo antes posible evitando la descompensación de nuestro paciente, como las complicaciones propias del padecimiento como pueden ser la erosión del conducto con posterior introducción al parenquima glandular, suscitándose reacción a cuerpo extraño; infección bacteriana ascendente secundaria que puede -- producir absceso agudo o una supuración crónica de repetición. - Ocasionalmente se puede formar trayecto fistuloso hacia piel que se caracteriza por que de ellos drena saliva. (10).

En la mayor parte de los casos tenemos un diagnóstico con el cuadro clínico y la exploración física, en los que éste se dificulta debemos apoyarnos en los estudios de imagen a nuestro alcance, los cuales nos dan un elevado porcentaje de sensibilidad y especificidad. (1, 10, 11, 14).

El tratamiento de la sialolitiasis debe incluir una hidratación y nutrición adecuadas, así como antibiótico-terapia si hay infección agregada. Podemos intentar canalizar el conducto salival afectado y con asa extraer el cálculo sobre todo si se encuentra en la cercanía de su desembocadura en el piso de la boca. Para realizar el tratamiento quirúrgico, el cual es el tratamiento definitivo de la enfermedad, se debe tener un conocimiento exten

so del Área quirúrgica para evitar al máximo las complicaciones que pueden ser más severas que la sialolitiasis.

Justificación.

Debido a que la especialidad de otorrinolaringología, en los últimos años ha tendido a abarcar el área de cirugía de cabeza y cuello, es indispensable tener el conocimiento y entrenamiento necesarios para manejar la patología encontrada en este nivel, tal es el caso de la litiasis de las glándulas salivales.

Para diagnosticar esta entidad patológica, tenemos que tenerla presente, saber en quienes y cuando se presenta, en este punto muchos médicos familiares fracazan porque carecen del conocimiento de esta patología, se suele pensar en otras patologías de glándulas salivales, generalmente de tipo benigno y por su mayor frecuencia, sobre todo en niños, en patología de tipo viral. Lo anterior provoca que se retrase el diagnóstico definitivo y por ende se favorezca el deterioro paulatino de las condiciones generales de nuestro paciente, así como el índice de complicaciones.

Como médicos tratantes de esta enfermedad, debemos saber si estamos haciendo una adecuada identificación de ésta, así como conocer y evaluar si estamos tratando en forma adecuada la sialolitiasis, en el menor tiempo posible y con el menor número de complicaciones.

Con el estudio que pretendemos realizar, trataremos de manifestar una autoevaluación clara y fidedigna de la veracidad y eficiencia tanto diagnóstica como terapéutica en la sialolitiasis dada en el servicio de otorrinolaringología del H.G.C.M.R. y darla a conocer y exponerla a nuestra institución con la finalidad de esclarecer las capacidades del servicio.

PROBLEMA:

COMO LA OTORRINOLARINGOLOGIA EN LOS ULTIMOS AÑOS HA TENDIDO A ABARCAR EL AREA DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, ES IMPERATIVO EL CONOCER SI IDENTIFICAMOS Y TRATAMOS EN FORMA ADECUADA LAS PATOLOGIAS - DE DICHAS ZONAS COMO ES LA SIALOLITIASIS.

HIPOTESIS:

HO: EL OTORRINOLARINGOLOGO DE ESTA INSTITUCION NO DIAGNOSTICA NI TRATA EFICAZMENTE LA LITIASIS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

HI: EL OTORRINOLARINGOLOGO DE ESTA INTITUCION ES TA CAPACITADO PARA DIAGNOSTICAR Y TRATAR EFICAZMENTE LA SIALOLITIASIS .

OBJETIVO :

**EVALUAR LOS METODOS DIAGNOSTICOS
Y TERAPEUTICOS, ASI COMO LAS COMPLICACIONES
DE LA SIALOLITIASIS EN EL H.G.C.M.R.**

GENERALIDADES

Embriología y Anatomía de las Glándulas Salivales:

Las glándulas salivales pueden ser divididas en dos grupos: Las glándulas salivales mayores y menores. Las glándulas salivales menores se encuentran en varias áreas de la cavidad oral, re cubiertas por membranas mucosas, a excepción de las que se encuentran en el tercio anterior del paladar duro, las del arco gingival y las de la superficie del tercio anterior de la lengua. En general éstas se desarrollan a partir del día 14 in útero. (10,11)

Las glándulas salivales mayores son la parótida, submaxilar y sublingual. Estas se desarrollan a partir del día 35 in útero se desarrollan como engrosamientos del epitelio embrionario de la cavidad oral; a su vez el engrosamiento epitelial emite prolongaciones que constituyen el sistema ductal primitivo, que más adelante, al canalizarse formará el sistema de drenaje.

Alrededor del 7mo-8vo mes de vida intrauterina las células secretorias, llamadas acinos, inician su desarrollo en torno al sistema ductal. Las células acinares de las glándulas salivales son clasificadas como células serosas, las cuales producen una secreción poco espesa semejante al agua, y las mucosas, quienes producen una secreción viscosa. (10, 11).

La glándula parótida principalmente contiene acinos serosos y algunos mucosos, contrariamente a lo que encontramos en la G. sublingual, la cual está constituida a base de células mucosas. La G. submaxilar tiene una composición mixta (cantidad aproximadamente igual de células mucosas y serosas). (12).

La glándula parótida (la mayor de las glándulas salivales) descansa sobre el músculo masetero y sobre la rama ascendente -- del maxilar inferior. Se extiende desde el proceso mastoideo, - una porción pequeña debajo del borde anterior del esternocleido--mastoideo, alrededor del borde posterior de la mandíbula dentro del espacio pterigomandibular.

El séptimo par craneal (facial) emite ramas dentro de la -- glándula y a su vez la divide en un lóbulo superficial y otro -- profundo (de menor tamaño). (10, 11). Cruza anteriormente desde el foramen estilomastoideo hasta los músculos de la expresión fa

Pequeños conductos desde varias regiones de la glándula coalescen a la porción anterosuperior de la parótida hasta el conducto de Stenon (el conducto mayor de la glándula).

El conducto de Stenon tiene 1-3mm de diámetro y 6 cm de longitud, corre enteriormente a la glándula y superficialmente al - músculo masetero, pasa a través del músculo buccinador, se abre en la cavidad oral a través de la mucosa usualmente a nivel del segundo molar. (11).

La glándula submaxilar está localizada en el triángulo submaxilar del cuello, inferior y lateral al músculo milohioideo. Su porción posterosuperior se curva hacia arriba a nivel del borde posterior del milohioideo y emite la prolongación que constituye su conducto, éste corre por la superficie del milohioideo, - adyacente al nervio lingual, y es denominado conducto de Warthon.

El conducto de Warthon mide 5cm de longitud y su lumen varía entre 2-4 mm, desemboca en el piso de la boca, en la porción más anterior, entre la unión del frenillo lingual y el piso de -

boca, en este sitio hay una formación a manera de esfínter, la cual impide el paso retrógrado de fluidos provenientes de la cavidad oral. (11).

La glándula sublingual descansa en la porción superior del músculo milohioideo y es separada de la cavidad oral por una delgada porción de mucosa. Los conductos de ésta son llamados conductos de Bartholin, que contienen de 8-20 pequeños conductos de Rivinus, son cortos y de muy pequeño diámetro. Los conductos de rivinus también desembocan individualmente en el piso de la boca cerca del conducto de Warthon, sobre una cresta de mucosa conocida como plica sublingual, o directamente dentro del conducto de Warthon. (10, 11, 13).

Las glándulas salivales menores son más numerosas que las mayores, son aproximadamente ochocientas y tienen localizaciones y concentración variables. Podemos encontrarlas en la cavidad oral y faríngea, principalmente en el área del labio inferior, paladar, lengua, encías, región amigdalara, y en áreas distantes como nariz, senos paranasales, laringe, tráquea y aún en bronquios. Son funcionantes ya en el recién nacido, contienen acinos mucosos y serosos, predominantes son los de secreción mucosa. (1, 4 14).

Histología de las glándulas Salivales:

Histológicamente las glándulas salivales aparecen como una serie de lóbulos separados por tabiques de tejido conectivo y rodeada la glándula por una cápsula del mismo tejido de grosor variable según la estructura de que se trate. Sus conductos excretores representan un sistema de arborización siendo los más peri

féricos los conductos intercalados, que drenan en los conductos estriados y finalmente en los conductos excretores. Estos últimos conductos, al igual que los estriados mayores, se encuentran en los tabiques conectivos intraglandulares. Los acinos glandulares se encuentran en una posición terminal en relación a los extremos de los conductos intercalados.

Como ya mencionamos, los acinos glandulares pueden ser de tres tipos: serosos, mucosos y sero-mucosos. Los serosos se encuentran formando la totalidad de la G. parótida, y de las glándulas salivales menores localizadas en la lengua en relación con las papilas gustativas llamadas glándulas de Von Ebner. Se encuentran en proporción variable en la G. submaxilar. Los acinos mucosos se encuentran en la G. submaxilar, sublinguales y en la mayoría de las glándulas salivales menores. Los seromucosos, que combinan las características estructurales y funcionales de los anteriormente mencionados se localizan principalmente en la G. sublingual y en varias G. salivales menores. (10, 11).

Los conductos intercalados están formados por una sola capa de células cuboidales y se consideran como fuente de células de reserva que pueden transformarse y proliferar en células acinares, células de conductos intercalados o células mioepiteliales y por lo tanto ser capaces de producir y explicar las varias estirpes celulares neoplásicas presentes en las glándulas salivales.

Los conductos intercalados son de mayor tamaño en las glándulas serosas, como en la parótida y quizá este fenómeno explica el porqué las neoplasias salivales de mayor variedad y en mayor número se producen en ésta glándula. Los conductos estria-

dos están formados por células columnares bajas y altas que tienen finas estriaciones en su base (a las cuales deben su nombre), su función es el transporte de agua y iones. Los conductos excretores tienen un recubrimiento epitelial que varía de cuboidal a escamoso de revestimiento.

Fisiología de las Glándulas Salivales:

La obvia función principal de las glándulas salivales es la producción de saliva, la cual en el adulto alcanza un volumen de 1000 a 1500cc en 24 Hrs, siendo producida en mayor proporción en la parótida (90%) y en la submaxilar, la sublingual produce un 5% de ella y las glándulas salivales menores el 5% restante. Existen evidencias que demuestran que hasta un 69% de la saliva es producida por la glándula submaxilar.

El flujo salival en reposo es de .05ml para cada glándula, pero aumenta hasta 5ml por minuto al estimularse por medio de la masticación, el gusto y el olfato. Cerca del 80% de la producción diaria de saliva puede relacionarse a estimulación específica.

La secreción salival en las glándulas salivales menores no está regida por estímulo nervioso, pero en las mayores existe un control autonómico a través de fibras parasimpáticas principalmente y simpáticas en menor proporción.

SIALOLITIASIS

Definición:

Presencia de litos en el sistema ductal y/o en el parénquima de las glándulas salivales que conlleva a obstrucción parcial o total del flujo salival. (10, 11).

GENERALIDADES

- Composición de la saliva:

Las secreciones de las glándulas salivales contienen: Agua, electrolitos, urea, amonio, glucosa, grasas, proteínas y otras sustancias en menores proporciones. La concentración de glucosa aún en diabéticos no sobrepasa el 1% de la concentración plasmática. Encontramos también amilasa, principalmente en las glándulas serosas y cuya función es la de iniciar los procesos digestivos. Encontramos glicoproteínas principalmente en las glándulas con acinos mucosos, gracias a éstas en un 75% de los pacientes se les puede determinar el grupo sanguíneo con una gota de saliva. Existen inmunoglobulinas del tipo A y lisosima, las primeras pueden neutralizar virus y actuar como anticuerpo ante antígenos bacterianos o alimenticios, la lisosima actúa como enzima bacteriana y la lactoperoxidasa como enzima bacteriana especialmente a nivel dental.

En general las secreciones de la parótida son más concentradas en relación a las demás, la excepción es en cuanto al calcio el cual es más abundante en la submaxilar. (11).

- Fisiopatología:

Debido a la composición salival y a diversas característi-

cas anatómicas entre las glándulas y sus sistemas ductales, es - que fenómenos obstructivos que producen estasis con formación de tapones mucosos que terminan con la generación de sialolitos son más comunes en la glándula submaxilar y su sistema ductal. (10, - 11, 13).

El conducto de Warthon además de ser muy largo, presenta en su recorrido dos curvaturas (en el borde posterior del milohioideo y cerca de su desembocadura en el piso de la boca). Estas - características, aunadas al flujo salival que va contra la gravedad favorecen la formación de tapones mucosos, que obstruyen en forma parcial o total el flujo salival. (5).

- Constitución del Cálculo:

Está constituido por un cuerpo cristalino inorgánico (fosfatos o calcio primordiallymente) lo cual le da la característica de ser radiolúcido o radiopaco; y por una matriz orgánica formada por detritus de epitelio desfacelado producto de estasis intermitente y de infección, así como de leucocitos. (9, 10, 11, - 13).

- Manifestaciones Clínicas:

Dependen del tamaño, del sitio del cálculo y del grado de - obstrucción. (8, 10, 11).

La presencia de litos en la glándula parótida y submaxilar se aprecia usualmente cuando ocurre obstrucción ductal aguda, al momento de la ingestión, cuando la producción de saliva llega al máximo. Al momento de la salivación hay presencia de dolor. El dolor es generalmente de tipo cólico, y se asocia a tumefacción intermitente de la glándula. (9, 10, 11, 13). La tumefacción es

en ocasiones el único dato encontrado, y en esos casos debemos - descartar la presencia de una neoplasia. (10).

Hay una reducción gradual de la salivación, llegando a ser continuo el cese de la misma cuando la obstrucción es completa y o hay presencia de infección.

El proceso obstructivo, con o sin infección causa atrofia de las células secretorias y hay involución de la glándula. (9).

- Frecuencia:

La sialolitiasis es más común en la glándula submaxilar y - su conducto (83%), en parótida (10%), en sublingual (7%), en raras ocasiones se pueden observar formaciones en tipo de bloque - en el orificio de las glándulas salivales menores.

Es el padecimiento más común, benigno de las glándulas salivales en pacientes de más de 20 años. (1, 2, 7, 13).

- Complicaciones:

Erosión de la pared del conducto con posterior introducción al parenquima, suscitando reacción a cuerpo extraño. Infección bacteriana ascendente secundaria en el lado distal a la obstrucción, esto puede generalmente producir supuración crónica de repetición o la formación de absceso agudo. Ocasionalmente se forman trayectos fistulosos hacia piel por los que drena saliva. (10).

- Diagnóstico:

Este está basado principalmente en el cuadro clínico y en la exploración física. La exploración física debe incluir la -- palpación bimanual de las glándulas, encontrándose en algunos ca

los litos en el espesor de la glándula, en el conducto, o en la desembocadura de los mismos a través de la cavidad oral.

Los datos definitivos sobre la presencia de cálculos los aportan los estudios de imagen.

Piedras radiopacas en la glándula submaxilar y en su conducto son bien demostrados con radiografías mandibular-oclusal, en panografía o en la periapical. Lo anterior también es válido para litos en la glándula sublingual. Litos radiopacos en el conducto de Stenon pueden observarse por medio de panografía o por medio de proyecciones antero-posteriores y exposiciones laterales para tejidos blandos de la rama mandibular. Las que se encuentran en las glándulas salivales menores (labios y mucosa) se pueden visualizar con proyecciones periapicales.

Los cálculos radiolúcidos, que representan del 20-40% de las piedras en las glándulas salivales, no se observan con estudios radiológicos de rutina. Su descubrimiento depende de la canulación del conducto salival y la inyección de medio de contraste. Estos estudios son conocidos como sialogramas. (1, 10, 11).

La sialografía se emplea en la detección de cálculos radiolúcidos y radiopacos, en la determinación de la extensión de la destrucción de la glándula secundaria a obstrucción, y en la demostración del tamaño y localización de tumores. Puede ser utilizado como maniobra terapéutica debido a que hay dilatación del sistema ductal durante el paso del medio de contraste, lo cual favorece el drenaje de litos y tapones mucosos junto con tejido necrótico. (1, 10, 11).

Las contraindicaciones para la realización de este procedi-

miento son trastornos inflamatorios agudos y el antecedente a - sensibilidad a los yoduros. (1, 10, 11, 13, 14).

Otros estudios complementarios pueden ser : La ultrasono-
grafia, tomografia axial computarizada y la xeroradiografia. (1,
10, 11, 14).

- Diagnóstico Diferencial:

Sialadenopatía linfoepitelial benigna en la que se incluyen patologías como el síndrome de Sjogren, lupus eritematoso disemi-
nado, esclerodermia, poliarteritis nodosa y polimiositis. (6, 10
11).

Con alteraciones metabólicas y endocrinas : Paciente diabé-
tico obeso y en la mujer menopáusica, en este tipo de pacientes
puede haber agrandamiento difuso parotídeo bilateral con un sis-
tema ductal normal o atrofia adiposa glandular.

También se debe hacer diagnóstico diferencial con la paroti-
ditis gotosa. (3, 10).

- Tratamiento:

Como medidas generales se indica adecuada hidratación del -
paciente, analgésicos y antibióticos, éstos últimos sobre todo -
si se han llegado a agregar cuadros infecciosos.

Se han intentado, en general varios tratamientos, encamina-
dos a la resolución del problema, éstos van desde la estimula-
ción con sustancias que incrementan el flujo salival (predominan-
temente cítricos), los cuales, además de producir dolor intenso
favorecen la expulsión de piedras de muy pequeño volumen.

La canalización del conducto salival se recomienda para li-

tos dentro del mismo, que estén cercanos al orificio de salida hacia la cavidad oral.

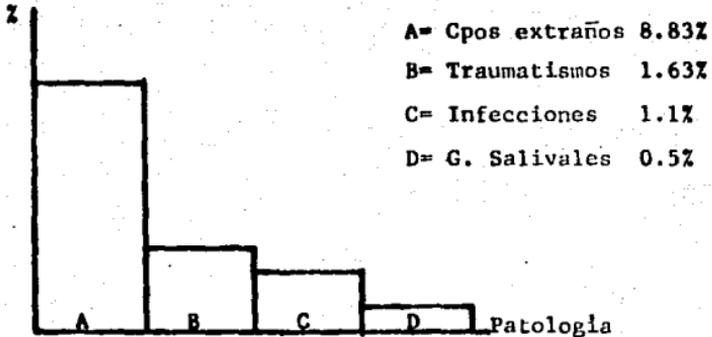
Para los litos que se encuentren dentro de la espesura del parenquima glandular, o bien en la porción distal del conducto excretor, cuya expulsión no se puede llevar a cabo por medio de la canalización del conducto o por medio de asa, la cirugía de elección es la escisión total de la glándula, cuando se trata de las glándulas sublingual y submaxilar; y la parotidectomía subtotal o total, según las porciones involucradas en la glándula parótida.

Se recomienda la escisión en bloque cuando están involucradas las glándulas salivales menores. (10, 11).

Una consideración importante dentro del tratamiento quirúrgico, es que cuando se lleve a cabo éste, se diseque al máximo el conducto principal del sistema de drenaje hacia su desembocadura en el piso de la boca para evitar la inflamación y/o infección del mismo posteriormente.

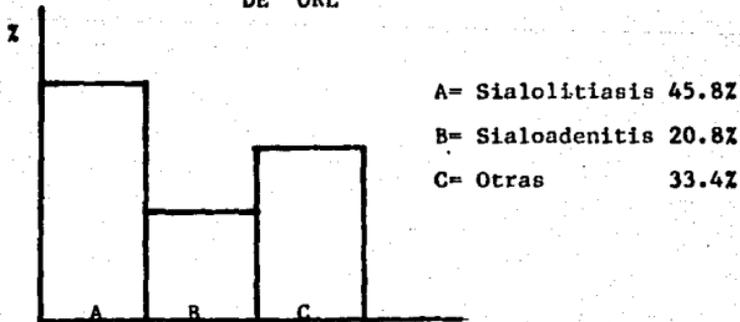
Es de vital importancia proteger al máximo las estructuras adyacentes como son el nervio lingual, el nervio facial, el mandibular (rama del facial), entre otros para evitar el menor número de complicaciones y secuelas trans y postquirúrgicas.

**RELACION DE PATOLOGIA ESTOMATOLOGICA
EN URGENCIAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA**



Gráfica No.1

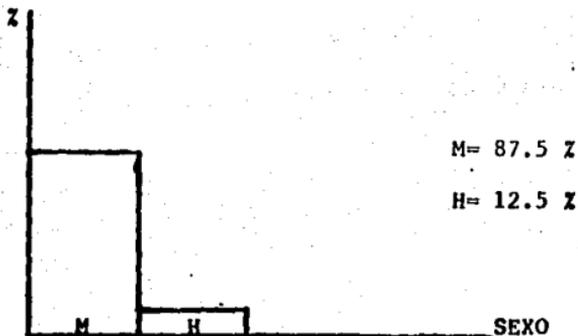
**RELACION DE PATOLOGIA BENIGNA DE
GLANDULAS SALIVALES EN EL SERVICIO
DE ORL**



Gráfica No.2

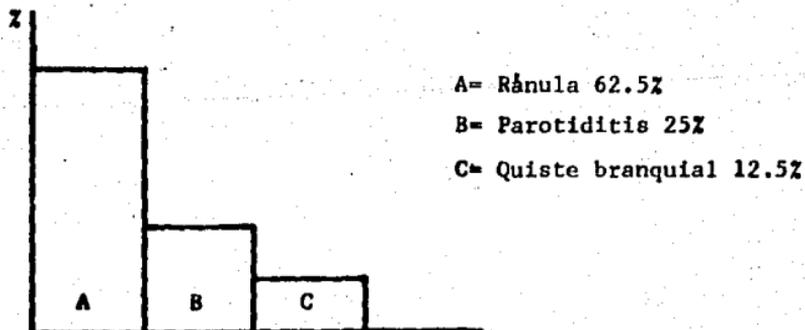
PATOLOGIA BENIGNA DE GLANDULASSALIVALES

FRECUENCIA SEGUN EL SEXO



Gráfica No.3

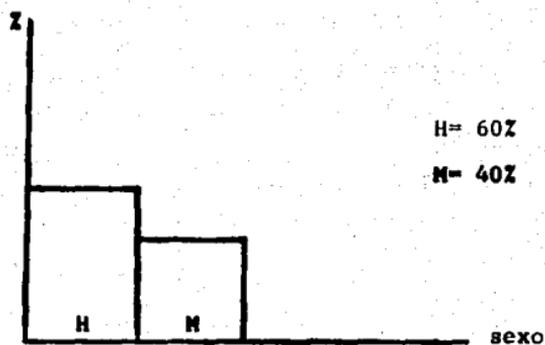
TIPO DE PATOLOGIA



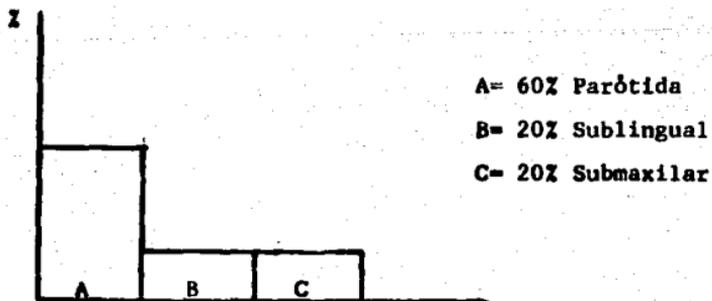
Gráfica No.4

SIALOADENITIS

FRECUENCIA SEGUN EL SEXO



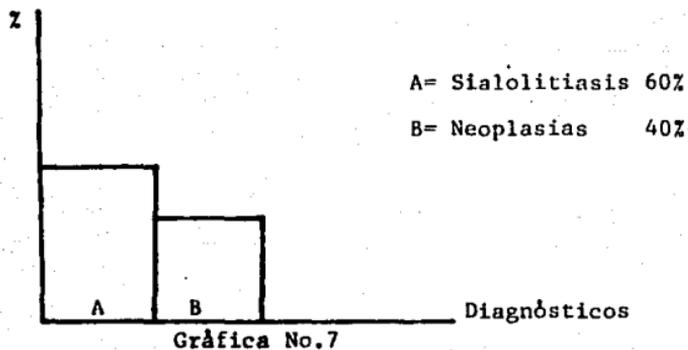
Gráfica No.5

RELACION DE LA FRECUENCIA DE
GLANDULA AFECTADA

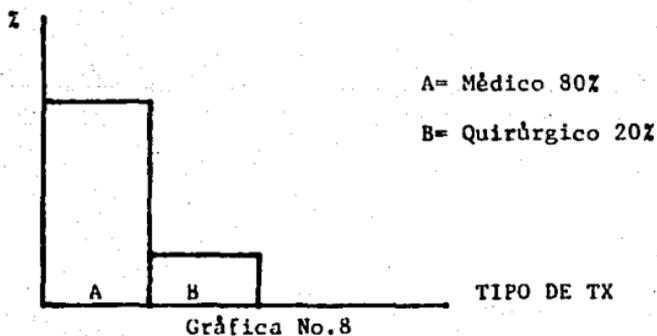
Gráfica No.6

SIALOADENITIS

RELACION DE DIAGNOSTICOS DE INGRESO

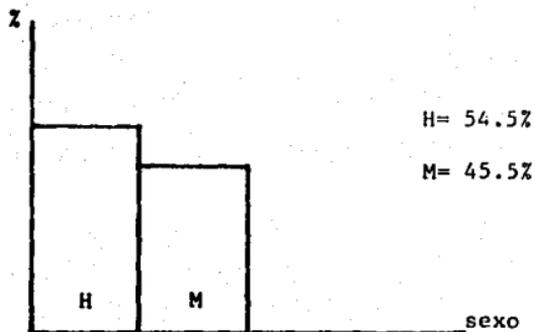


RELACION DE TIPOS DE TRATAMIENTO



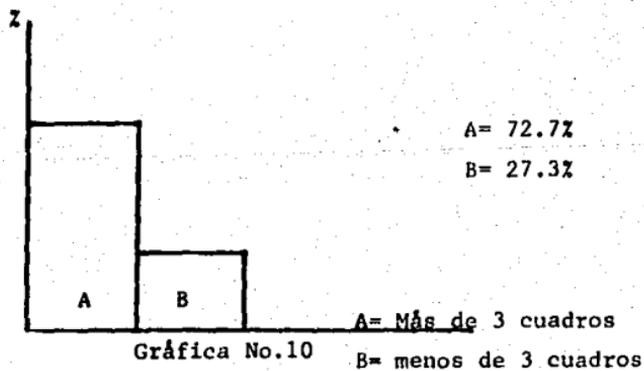
SIALOLITIASIS

RELACION SEGUN EL SEXO



Gráfica No.9

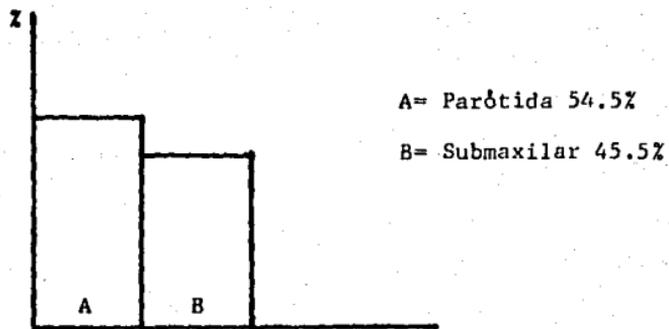
FRECUENCIA DE CUADROS AGUDOS



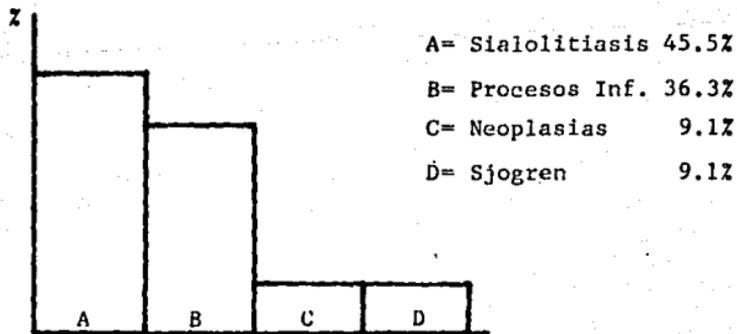
Gráfica No.10

SIALOLITIASIS

RELACION DE GLANDULAS AFECTADAS



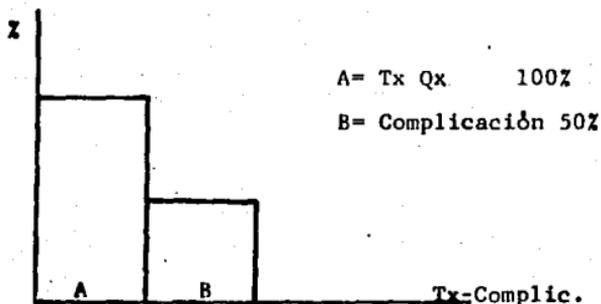
Gráfica No.11

RELACION DE DIAGNOSTICOS DE
INGRESO

Gráfica No.12

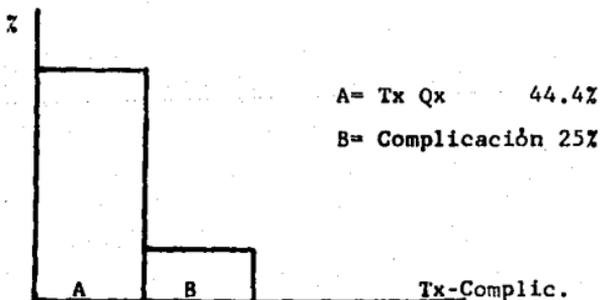
SIALOLITIASIS

RELACION DE TRATAMIENTO-COMPLICACIONES
(ESTUDIO RETROSPECTIVO)



Gráfica No.13

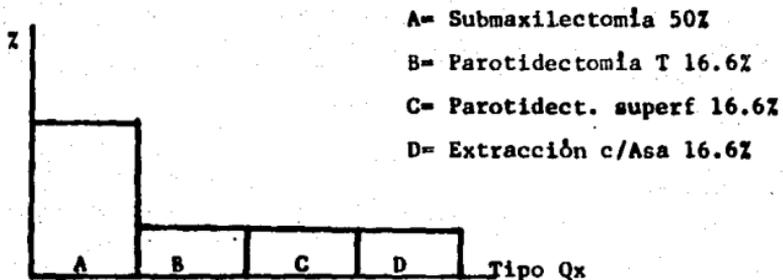
RELACION DE TRATAMIENTO-COMPLICACIONES
(ESTUDIO PROSPECTIVO)



Gráfica No.14

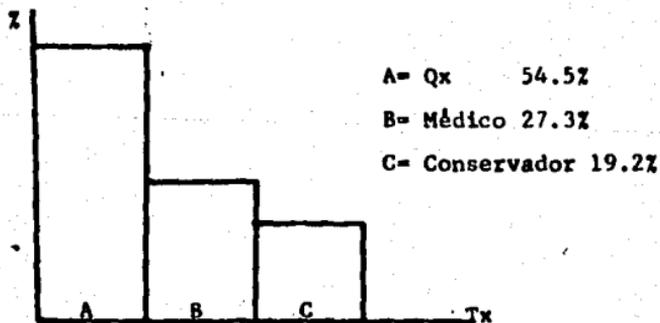
SIALOLITIASIS

RELACION DE TIPOS DE CIRUGIA



Gráfica No.15

RELACION DE TIPOS DE TRATAMIENTO



Gráfica No.16

Material y Métodos.

Se revisarán los expedientes clasificados dentro de patologías benignas de glándulas salivales del periodo comprendido de Enero de 1987 a Diciembre de 1988, del archivo del hospital general del centro médico la Raza, sitio donde se realizará la investigación. Así mismo se captarán a los pacientes que se presenten por primera vez al servicio de otorrinolaringología (urgencia u ordinario) con patología de glándulas salivales del periodo de Enero de 1989 a Noviembre de 1990, los cuales deberán someterse a protocolo de estudio: Historia clínica completa con o sin tratamiento médico inmediato, dependiendo de la ausencia o presencia de cuadro infeccioso agregado, solicitud de estudios de imagen y/o sialografía si no hay o ha habido cuadro infeccioso actual o reciente. Descartar por medio de biopsia por punción con aguja fina patología tumoral, sobre todo en ansianos o en cuadros de difícil control en quienes se sospeche dicho diagnóstico.

Criterios de inclusión:

Pacientes y expedientes de sujetos con patología benigna de glándulas salivales, mayores de 15 años debido a -- que esta patología suele presentarse en adultos jóvenes -- mayores de 20 años, de cualquier sexo, con antecedentes de cuadros infecciosos previos y con o sin infección aguda - al momento de captar al paciente, con diagnóstico de sialolitiasis mediante sospecha clínica.

Criterios de exclusión:

Pacientes o expedientes clínicos de sujetos menores de

15 años ya que la patología encontrada es por lo general, de tipo viral u obstructiva alitiásica, con patología tumoral. Pacientes que por cualquier motivo abandonan el -- protocolo de estudio, pacientes de alto riesgo, que no -- puedan someterse a cirugía, pérdida de expedientes clínicos o expedientes con información incompleta y en casos - de defunción.

Variables.

Cualitativas: Sexo de los sujetos, presencia o no de complicaciones, diagnósticos de ingreso y de egreso.

Cuantitativas: Edad de los sujetos, número de cuadros infecciosos previos, tipos de tratamiento, - cirugías y procedimientos alternativos.

Pruebas estadísticas:

Para las variables cualitativas obtener el medio, la mediana o el modo, las proporciones se compararán por medio de la X^2 para dos grupos.

Para las cuantitativas: Promedios comparados por medio de la T de student para un grupo menor de 30 elementos y por medio de barras simples y/o histogramas de frecuencias hacer la representación gráfica.

Resultados.

Se revisaron los expedientes clínicos comprendidos en el período de Enero de 1987 a Diciembre de 1988, en el archivo -- del Hospital General del Centro Médico la Raza, encontrando únicamente tres expedientes con patología de glándulas salivales. Dos de éstos con diagnóstico de sialolitiasis y uno de sialoadenitis.

Del período de Enero de 1989 a Noviembre de 1990 captamos a 21 pacientes con patología de glándulas salivales, de los -- cuales, nueve con diagnóstico de sialolitiasis, 4 con sialoadenitis y ocho con otras patologías.

Entre el período comprendido de Enero de 1990 a Octubre -- del mismo año, se dieron 1778 consultas en el servicio de urgencias de otorrinolaringología de ésta institución, siendo -- 178 casos (11.69%) urgencias estomatológicas, de las cuales, -- los casos más comunes fueron: Cuerpos extraños 8.83%, traumatismos 1.63%, infecciones 1.1% excluyendo los casos de absceso periamigdalino, y patología de glándulas salivales el 0.5%.

De los 24 pacientes estudiados en ambos grupos con patología de glándulas salivales, la frecuencia de sialolitiasis fue del 45.8%, sialoadenitis 20.8% y otras patologías 33.4%.

En el grupo retrospectivo, no encontramos expedientes de otras patologías benignas de glándulas salivales. En el grupo prospectivo encontramos 8 casos, siete correspondieron al sexo femenino (87.5%) y uno del sexo masculino (12.5%). La edad -- promedio fue de 4 años. Los diagnósticos obtenidos correspondieron a: 5 casos de ránula (62.5%), 2 casos de parotiditis --

(25%) y 1 caso de quiste branquial (12.5%). Todos los casos de ránula se trataron con marsupialización, las parotiditis con medidas generales y el quiste branquial con resección.

El total de pacientes con diagnóstico de sialoadenitis en ambos grupos fue de 5 casos. Tres correspondieron al sexo masculino (60%) y 2 al sexo femenino (40%). La relación de glándulas afectadas fue de 3 casos en la parótida (60%) 1 en la glándula submaxilar (20%) y 1 en la sublingual (20%). Los rangos de edades en estos pacientes fueron de 2 a 42 años con media de 11.6 años. En 3 pacientes el diagnóstico de ingreso fue de sialolitiasis (60%), y dos con diagnóstico de probable neoplasia (40%). En los 3 casos con sospecha de sialolitiasis se realizaron sialografias parotídeas, visualizandose conductos de drenaje con aspecto normal en el 100% de los casos. Los 5 pacientes se presentaron en su primer cuadro agudo. El 80% de los casos fue tratado exclusivamente con antibióticos, y el 20% (un caso) con cirugía y antibioticoterapia combinada.

De los 11 pacientes con diagnóstico de sialolitiasis, 2 de éstos pertenecen al grupo retrospectivo y los 9 restantes al prospectivo. De los 11 pacientes, 6 pertenecen al sexo masculino (54.5%) y 5 al femenino (45.5%). El rango de edad varía de 15 a 65 años, con media de 32 años. 8 de los pacientes presentaron dentro de su evolución al momento de su primer consulta más de 3 cuadros agudos (72.7%) y 3 pacientes con menos de 3 cuadros agudos (27.3%). La relación de las glándulas afectadas fue de: 6 en parótida (54.5%), y 5 en submaxilar (45.5%). Los probables diagnósticos de ingreso correspondieron a: 5 casos de sialolitiasis (45.5%), 4 con proceso infeccioso (36.3%)

1 con probable neoplasia (9.1%) y 1 con síndrome de Sjogren -- (9.1). Con el diagnóstico de egreso de sialolitiasis dos pacientes se asociaron con síndrome de Sjogren. Se realizaron solamente 6 estudios radiográficos (54.5%) de éstos 2 fueron estudios simples y 4 sialografías, siendo todas diagnósticas. En el estudio retrospectivo los dos pacientes (100%) ameritaron tratamiento quirúrgico, una submaxilectomía y una parotidectomía total, esta última se complicó con paresia del nervio facial resuelta con tratamiento médico. En el grupo prospectivo 4 de los nueve pacientes ameritaron tratamiento quirúrgico -- (44.4%), que consistieron en: Una extracción con asa bajo anestesia local, una parotidectomía superficial y dos submaxilectomías, una de éstas presentó complicación transoperatoria por sangrado de la arteria lingual. De los 11 pacientes, 6 ameritaron tratamiento quirúrgico (54.5%), de éstos a 3 pacientes se les administró tratamiento con antibióticos. 3 casos fueron manejados médicamente con antibióticos, secretagogos (cloruro de potasio) y antiinflamatorios no esteroideos (27.3%). 2 pacientes (18.8%) manejados con tratamiento conservador a base de secretagogos exclusivamente. De los pacientes manejados -- quirúrgicamente presentaron complicaciones dos de ellos (33.3%). Todos los pacientes cursaron con buena evolución.

Discusión.

La finalidad de este estudio era la comparación de los datos obtenidos del período de Enero de 1987 a Diciembre de 1988 - (retrospectivo) y del período de Enero de 1989 a Noviembre de 1990 (prospectivo, pero debido a que en el período retrospectivo solamente encontramos tres expedientes clínicos por 21 del período prospectivo, la comparación entre ambos grupos, no es estadísticamente significativa, por lo que tomamos como base el período prospectivo para el análisis del estudio.

Debemos hacer notar que en el servicio de urgencias de otorrinolaringología de esta institución, poco más del 10% de los pacientes presentan sintomatología estomatológica, siendo los cuerpos extraños la entidad más frecuente y en menor grado una gran diversidad de patologías, en las que se incluyen la patología de las glándulas salivales. Todos estos pacientes son manejados por nuestro servicio, demostrando que el otorrinolaringólogo está abarcando mayor campo dentro de la patología estomatológica y de cabeza y cuello.

Excluyendo las neoplasias de glándulas salivales, que también son tratadas por el otorrinolaringólogo, vemos que la sialolitiasis ocupa la patología más frecuente, seguida por la sialodentitis y en menor frecuencia y en menor frecuencia por otras enfermedades diversas. Esto concuerda con lo reportado en la literatura médica. (1, 2, 7, 13).

En el grupo de otras patologías que afectan las glándulas salivales, no se encontraron expedientes para el estudio retrospectivo. En el grupo prospectivo se captaron 8 pacientes, obser

vándose predominio del sexo femenino y todos en edad pediátrica. La patología más frecuente fue la rínula, continuando en orden decreciente la parotiditis, ya que en estos pacientes fue necesario descartar tumoración en glándula parótida. Se presentó un solo caso de patología congénita (Quiste branquial).

Sabemos que la entidad más frecuente en la edad pediátrica es la parotiditis epidémica, pero debido a que éste es un hospital de tercer nivel de atención captamos exclusivamente casos -- complicados o en los que existe duda diagnóstica. Por lo tanto la sialoadenitis es la patología más frecuentemente manejada por nuestro servicio en este grupo de edad.

Con el diagnóstico de sialadenitis captamos 5 pacientes, uno corresponde al grupo retrospectivo, al no ser estadísticamente significativa la comparación entre ambos grupos, decidimos englobar los dos estudios y aportar un solo dato estadístico de mayor significancia.

Encontramos una ligera predominancia del sexo masculino, todos los pacientes pertenecieron a la edad pediátrica a excepción de un solo caso. (1, 10, 11, 14).

En nuestro estudio la glándula parótida fue la más afectada (8, 10, 11).

Nunca se tuvo presente la sialoadenitis como diagnóstico inicial, siendo la sialolitiasis y las neoplasias la primer sospecha diagnóstica. Todos los pacientes fueron captados durante su primer cuadro agudo y debido a las manifestaciones clínicas presentadas, ameritaron internamiento para tratamiento y/o estudio.

Se realizaron 3 sialografías en los 3 pacientes con glándula parótida afectada. No se realizaron sialografías en los otros

dos pacientes debido a la dificultad técnica para la canalización del conducto. Estos estudios radiológicos contrastados descartaron la sospecha inicial de dos diagnósticos de sialolitiasis y uno de neoplasia, sabemos que este estudio no es el de elección para descartar este último diagnóstico. (1, 10, 11, 14).

Para el tratamiento observamos que en el 80% de los casos, grupo prospectivo, se utilizaron antibióticos y medidas generales, teniendo una evolución satisfactoria, concordando con la literatura. (10, 11).

El único paciente operado (período retrospectivo), en el que se sospechaba proceso neoplásico, se le realizó una submaxilectomía sin complicaciones. El resultado histopatológico dió el diagnóstico definitivo de sialoadenitis.

Con respecto a la sialolitiasis, se captaron unicamente 2 pacientes para el estudio retrospectivo por 9 del estudio prospectivo.

En forma global podemos concluir que la diferencia entre sexos es similar, con ligera predominancia en hombres. Vemos que la media de edad es de 32 años, semejante a lo reportado por otros autores. (1, 2, 7, 13).

Un dato que nos llamó la atención es el número de pacientes captados que durante la evolución natural del padecimiento habían presentado más de 3 agudizaciones, muy probablemente debido a un mal manejo médico inicial o por abandono del tratamiento por el mismo paciente.

En el estudio encontramos que la glándula parótida se afectó más que la submaxilar por un corto margen. Esto es contrario

a lo referido en la literatura, esto lo explicamos por los pocos pacientes captados hasta ahora por nuestro servicio.

Por lo que se refiere al diagnóstico de ingreso, se logró hacer el diagnóstico certero en casi la mitad de los casos. Un tercio de los pacientes ingresó con diagnóstico de proceso infeccioso de glándulas salivales, ya que presentaban datos de toxicidad como complicación de la sialolitiasis.

Un paciente se ingresó con diagnóstico de neoplasia parotídea, sometido a cirugía donde se llegó al diagnóstico definitivo de sialolitiasis.

Un paciente presentó como diagnóstico inicial síndrome de Sjogren, se le efectuó parotidectomía superficial donde se corrobora dicha patología asociada con sialolitiasis. Llama la atención que en 2 pacientes se asocia la sialolitiasis parotídea con síndrome de Sjogren. Esto se puede explicar por la deshidratación y desfacelación del conducto y de esta manera favorecer la formación de un cálculo.

Vemos que para el diagnóstico de esta entidad se tomaron en cuenta los diagnósticos diferenciales más frecuentemente descritos en la literatura. (3, 6, 10).

Como apoyo diagnóstico se realizaron estudios radiológicos en poco más de la mitad de los pacientes (grupo prospectivo). Se realizaron dos estudios simples pues los pacientes presentaban en dicho momento agudización del cuadro, siendo éstos diagnósticos ya que permitieron la visualización de cálculos radiopacos. En 4 pacientes se realizaron sialografías al no presentar cuadro agudo, siendo el resultado positivo para el diagnóstico final de sialolitiasis. De nuevo observamos que es más sencillo hacer es-

te estudio en la glándula parótida que en la submaxilar, pues la relación fue de 3:1. (1, 10, 11, 13, 14).

Para el tratamiento de esta entidad en los dos pacientes -- estudiados antes de Enero de 1989, se les realizó cirugía. Una submaxilectomía, sin complicaciones y una parotidectomía total -- complicada con paresia del nervio facial, frecuentemente en este tipo de cirugía existe manipulación importante de esta estructura, el caso se resolvió adecuadamente a base de esteroides.

En el grupo prospectivo se realizaron 4 cirugías. Dos submaxilectomías, una parotidectomía superficial, y una extracción con asa del cálculo del conducto de Warthon con anestesia local. Este último, es un procedimiento de bajo riesgo en cálculos cercanos a la desembocadura del conducto. (10, 11).

Una de las submaxilectomías se complicó transoperatoriamente con sangrado de la arteria lingual, controlándose en el mismo tiempo quirúrgico. La evolución fue satisfactoria en todos los casos.

Es de notar la disminución de complicaciones quirúrgicas de un grupo a otro debido a la adquisición de mayor experiencia en las técnicas quirúrgicas.

En casi una tercera parte de los pacientes, el manejo con antibiótico-terapia para el control del cuadro agudo y posteriormente en forma conservadora, nos dió un adecuado control del padecimiento. Aproximadamente el 20% de los pacientes se controlaron con tratamiento conservador exclusivamente.

Es interesante mencionar que de estos 5 últimos pacientes, con tratamiento médico y/o conservador, uno sólo ameritó control

médico intrahospitalario. Los restantes, se han manejado en forma ambulatoria con excelentes resultados.

En la literatura no hay reportes que indiquen el porcentaje de eficacia del tratamiento médico o quirúrgico en la sialolitiasis.

A cada uno de los pacientes se les explicó ampliamente, según sus manifestaciones clínicas, los diferentes tipos de tratamientos que podían ofrecerle, así como las probables complicaciones que podrían presentarse con o sin tratamiento, con la finalidad de que lo aceptara o rechazara bajo su propia responsabilidad.

Conclusiones.

La sialolitiasis es la enfermedad no neoplásica más frecuente en el adulto joven. No hay predominio de un sexo a otro. Los pacientes acuden al médico al presentar un cuadro agudo severo y generalmente ocurre después de tres agudizaciones leves.

Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son los procesos infecciosos y tumorales de las glándulas salivales. Existe asociación de sialolitiasis con síndrome de Sjogren.

Los estudios radiológicos son útiles. Hacer estudios simples en la presencia de agudización o infección agregada. Realizar sialografía una vez controlado el cuadro agudo y sin evidencia de inflamación.

Si no hay cuadro activo manejar conservadoramente. En la agudización leve agregar antibiótico-terapia y antiinflamatorios no esteroideos en forma ambulatoria. En la agudización severa y o infección con datos de toxemia optar por el manejo antibiótico intrahospitalario.

En la glándula submaxilar frecuentemente el tratamiento es quirúrgico. En los cálculos cercanos a la desembocadura del conducto, intentar extracción con asa.

Resecar la glándula afectada en los siguientes casos :

- a) Si el paciente cursa con infección agregada que no cede con antibióticos adecuados después de 5 días.
- b) Infección agregada con evidencia de complicación o septic-

mia.

c) En forma electiva, si el paciente ha presentado 3 o más cuadros agudos severos.

Debido a que el otorrinolaringólogo anteriormente se confinaba a su campo, desconocía la patología de las estructuras vecinas a su especialidad, por lo que no tenía experiencia en las enfermedades de cabeza y cuello, cavidad oral y sus anexos, inclusive de vías digestivas altas y parte de vías aéreas bajas. Gracias al interés de las sociedades de otorrinolaringología, instituciones de salud, maestros y residentes en general; el otorrinolaringólogo adquiere mejores conocimientos y experiencias en estas áreas, como lo observamos en nuestra vida profesional diaria.

Con respecto al estudio realizado, observamos que debido a los pocos pacientes captados antes de Enero de 1989, no pudimos hacer una comparación estadísticamente significativa de la sialolitiasis con el grupo prospectivo.

Es así como en los últimos 23 meses se ha observado una mayor captación de esta patología por nuestro servicio, aplicando tratamientos adecuados y disminuyendo las complicaciones.

Hemos obtenido datos de valor que enriquecen nuestra experiencia y dejan la inquietud para la posterior realización de estudios complementarios y así poder mejorar la atención a nuestros pacientes.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Haug. R.H. Bradrick J.P., Indresano a.t. Xeroradiography in the diagnosis of radiopaque sialoliths. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. Feb 1989. 67 (2): P 146-8.
- 2.- Walsh. S.S., Robson. W.J. Spontaneous passage of submandibular salivary calculus in a child. Journal laringolotology. Nov. 1988, 102 (11). P. 1052-3.
- 3.- Segerberg-Konttinen. M. Focus score sialolithiasis. A pit fall in differential diagnosis of Sjogren's syndrome. Scand J Rheumatol. 1988. 17(2), P. 87-90.
- 4.- Isada N. et al. Sialolithiasis of blandin's gland duct -- Int J. Oral Maxillofac Surg. Abril 1988, 17(2). P. 78-80.
- 5.- Kondratowichz G.M. Smallman L.A. Morgan D.W. Clinicopathological study of mioepithelial sialadenitis and chronic sialadenitis (sialolithiasis). J. Clinical pathol. Abril 1988, - - 41(4). P. 403-9.
- 6.- Segerberg-Konttinen M. Konttinen Y.T., Bergroth V. Focus score in the diagnosis of Sjogren syndrome. Scand J. Reumatol suppl. 1986, 61. P. 47-51.
- 7.- Mela F, Berrone S., Giordano M. Clinico statistical considerations of submandibular sialolithiasis. Minerva stomatol. Enero 1986. 35(6) P. 571-3.

- 8.- Salder R.M., Curran T., Pryse-Phillips W.E. Numbness of half of the tongue. *Can J. Neurol Sci.* Mayo 1986. 13(2). - - P. 107-8.
- 9.- Azab S., Taalat S. Sialolithiasis of a labial salivary gland. *J. Oral Maxillofacial Surg.* Feb 1986 44(2) P. 145-6.
- 10.- Paparella, Shumrick. *Otorrinolaringología. Segunda edición.* Editorial Panamericana P. 221-24.
- 11.- Sterling R. Schow. *Diseases of salivary glands. Tercera Edición.* P. 455-68.
- 12.- Epivatianos A. et al. Ultrastructural and histochemical microcalculi in chronic submandibular sialadenitis. *J. Oral Pathol.* Nov 1987, 16(10). P. 514-7.
- 13.- Rontal M., et al. The use of sialodochoplasty in the treatment of benign inflammatory obstructive submandibular gland disease. *Laryngoscope.* Dic 1987, 97(12) P. 1417-21.
- 14.- Krosils S.O. et al. Sialolithiasis of the minor salivary glands. *Ear nose and Throat J.* April 1988, 67(4). P. 296-8.