



## Clínica cotidiana

### Sialolitiasis parotídea

Ana M. García-Rodríguez<sup>a</sup>, Miguel J. Sánchez-Velasco<sup>b</sup>, Joana Martín Escudero<sup>c</sup>, Yolanda Sampedro Martín<sup>d</sup>, Noelia Martín Salvador<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Análisis Clínicos; Centro de Salud de Portillo (Valladolid), <sup>b</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Legal y Forense; Gerencia de Emergencias de Castilla y León, UME de Medina del Campo (Valladolid), <sup>c</sup> Especialista en Odontología; Centro de Salud de Portillo (Valladolid). <sup>d</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Centro de Salud de Portillo (Valladolid), <sup>e</sup> Residente de 2º año, UD MFYC Valladolid Este. Ana María García Rodríguez.

Correspondencia:

Email: [anmagar67@hotmail.com](mailto:anmagar67@hotmail.com)

#### INFORMACION DEL ARTICULO

On-line el 15 de Octubre de 2020

Palabras clave:  
 Sialolitiasis parotídea, Ecografía.

#### RESUMEN

La litiasis salival es una afectación consistente en la obstrucción mecánica de una glándula salival o de su conducto excretor secundario a la formación de concreciones calcáreas lo que determina una ectasia salival. La sialolitiasis supone el 30% de la patología salival y afecta a la glándula parotídea entre al 4-10% de los casos. Puede ser diagnosticada tras sospecha clínica y confirmación ecográfica de imagen hiperecogénica que deja sombra acústica posterior. A continuación, presentamos un caso de Sialolitiasis parotídea.

©Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia  
 Publicado por Ecosemg Galicia.

### Parotid sialolithiasis

#### ABSTRACT

Keywords:  
 Parotid sialolithiasis.

Salivary lithiasis is a condition consisting of mechanical obstruction of a salivary gland or its excretory duct secondary to the formation of calcareous concretions, which determines salivary ectasia. Sialolithiasis accounts for 30% of salivary pathology and affects the parotid gland in 4-10% of cases. It can be diagnosed after clinical suspicion and ultrasound confirmation of a hyperechogenic image that leaves a posterior acoustic shadow. Below we present a case of parotid sialolithiasis.

Varón de 46 años que acude a urgencias de Centro de Salud rural por dolor mandibular de unos días de duración que aumenta con la masticación, sin más sintomatología acompañante. Ningún antecedente personal de interés.

A la exploración leve tumefacción parotídea derecha con aumento de dolor al roce local. Se observan signos inflamatorios en la mucosa yugal circundante a ostium de drenaje de conducto de Stenon con focos de liquen plano (figura 1). En la zona se palpa dureza pétreo subcentimétrica que sugiere lito.

Al aplicar la sonda lineal (7,5 MHz) de ecógrafo

portátil, de bolsillo, se observa una imagen hiperecogénica ovalada en interior de conducto de Stenon de unos 2,1 mm de diámetro, que deja sombra acústica posterior, compatible con sialolitiasis parotídea (vídeo 1).



Figura 1.

Se pauta tratamiento antiinflamatorio, espasmolítico con recomendaciones de masaje y aplicación de calor local, abundante hidratación y dieta rica en proteínas y ácidos para aumentar la salivación. A continuación se deriva a consulta de odontoestomatología para valoración y se solicita ortopantomografía. Tras dos semanas de evolución el paciente se encuentra asintomático, con conducto de Stenon sin signos inflamatorios y salida de saliva abundante y clara a la palpación. El sialolito en radiología resulta radiotransparente (figura 2)



Figura 2 .

## DISCUSIÓN

Se estima afectación de sialolitiasis en 12 de cada 1000 pacientes en la edad adulta. Si bien,

sólo el 4-10% suceden en glándula parotídea, siendo mayor la incidencia en varones (ratio hombre:mujer 2:1) y >40 años, rara en niños.<sup>1</sup>

Hasta el 17% cursan sin dolor. El proceso suele ser unilateral, localización ductal y tamaño subcentrímetro.

Los sialolitos son la causa más común de infecciones agudas y crónicas de las glándulas salivales. La estasis salival resultante a la formación del cálculo facilita el ascenso bacteriano, de forma más usual cuando la localización acontece en glándula submandibular.<sup>1,2</sup>

Suelen estar formados de una matriz inorgánica, rica en fosfatos de calcio, carbono y mínimas cantidades de magnesio, hierro, cobre, zinc, potasio y amonio. A la que se suma un componente orgánico, que agrega un 20% de peso seco (colágeno, glicoproteínas, lípidos, mucopolisacáridos). Al conjunto también pueden amalgamarse residuos celulares necróticos, células epiteliales y microorganismos.<sup>2</sup>

En la etiología se han barajado varias hipótesis, como la composición bioquímica de la saliva (más alcalina, viscosa, rica en mucina y con mayor contenido en fosfato de calcio), así como variaciones anatómicas de los ductos, pólipos, cuerpos extraños, soluciones de continuidad por traumatismos, bridas inflamatorias y paredes irregulares por inflamaciones frecuentes. La estasis o disminución del flujo salival o su desaceleración, también facilitan la concreción por precipitación de cristales en la glándula salival.<sup>1,2</sup>

El diagnóstico diferencial del agrandamiento unilateral y discreto de la glándula incluye la sialoadenitis, linfadenitis, quistes preauriculares, quiste sebáceo, hiperplasia linfoidea o tumor extraparotídeo.

Si se localiza una masa hay que pensar en una neoplasia, adenopatía intraparotídea o hamartoma.

El agrandamiento bilateral incluye el síndrome de Mikulicz (lesión linfoepitelial benigna), síndrome de Sjögren, Sarcoidosis, hiperparatiroidismo secundario a la insuficiencia renal crónica, gota, tumor de Whartin y la sialoadenosis por alcoholismo o por toma crónica de algunos medicamentos como anticolinérgicos, antisialo-

gogos, antihipertensivos, diuréticos, yodo y metales pesados.<sup>1,2</sup>

Otros agrandamientos bilaterales dolorosos se dan en la sialoadenitis vírica o tras radioterapia.

Asimismo, deben incluirse en el diagnóstico deferencial la hipertrofia del músculo masetero, la osteomielitis de la rama mandibular o las alteraciones de la articulación témporomandibular.

Como dato diferenciador señalar que las calcificaciones de los ganglios linfáticos no son dolorosas.

Los síntomas clínicos principales son el dolor (presente en el 50%) y la tumefacción, ésta última consecuencia del bloqueo mecánico y la dilatación ductal subsecuente ocasionada por la retención salivar, lo que se deriva en un aumento de la presión intraglandular. Si la obstrucción es incompleta, la saliva puede filtrarse alrededor del sialolito y cursar de modo asintomático, pudiendo constituir hallazgos casuales en radiografía. Hasta en el 90 % la infección de la glándula está presente y en el 12-18% hay secreción purulenta (lo cual no ha ocurrido en el caso que presentamos).<sup>1</sup>

El cólico salival se origina por retención total y aguda de saliva y espasmo del canal. El dolor suele persistir durante horas, seguido de periodos de remisión de semanas o meses. La duración media de los síntomas varía de los 6 meses a los 5 años (que en el caso de nuestro paciente ha sido precoz).<sup>2</sup>

Según aumenta la masa del sialolito disminuye la tasa de flujo salival. Se ha estimado una tasa de crecimiento anual del cálculo salival en torno a los 1 a 1,5 mm/año. Una tumefacción persistente fruto de una obstrucción crónica por conductos bloqueados conduce a una destrucción de la glándula con formación de tejido conectivo, generando fibrosis periductal e interlobular, atrofia acinar e infiltración linfocitaria.<sup>1,2</sup>

Hasta el 59% adquieren un tamaño entre 2 y 10 mm y sólo el 7,6% son >15 mm. Estas últimos suelen alojarse en parénquima, no en conducto. Las localizaciones de los sialolitos por orden de mayor frecuencia son en conducto distal (64%, como es el caso que presentamos), y en menor proporción en hilio (13%) y parénquima (23%), lo

cual condiciona su morfología.

Para el diagnóstico, las pruebas de imagen incluyen la radiografía convencional, ultrasonografía (visualiza tamaños  $\geq 2$  mm) y sialografía (sobre todo en los litos parotídeos, que en el presente caso no se ha precisado). Las radiografías extraorales a veces no son útiles por superposición de estructuras óseas o dientes, por lo que las radiografías oclusales mejoran la tasa de detección. La tomografía axial computarizada (TAC) detecta aquellos no observados en radiografía (la glándula parótida es difícil de visualizar y los cálculos que aloja suelen ser radiolúcidos hasta alcanzar al menos un 60% de calcificación, aunque en ocasiones también son proteináceos; en general, se apunta entre el 43 y el 60% de los sialolitos en parótida radiopacos). La sialoendoscopia, por otra parte, es una técnica mínimamente invasiva que permite la visualización del conducto salival, generalmente bajo anestesia general.<sup>3</sup>

Con respecto al tratamiento, la actitud conservadora tiene mayor tasa de éxito con sialolitos pequeños intraductales.<sup>4</sup>

En general para tamaños <2 mm el tratamiento suele ser conservador, no quirúrgico. Si el resultado es infructuosos hay que recurrir a la dilatación del conducto o abordaje quirúrgico. Aunque el proceso puede evolucionar a la expulsión espontánea del lito (como ha sido el caso que presentamos), la mayoría se resuelven tras abordaje intraoral con anestesia local.

Otros procedimientos incluyen la litotricia extracorpórea con ondas de choque, la sialoendoscopia o extracción quirúrgica, los cuales constituyen procedimientos invasivos que consiguen una tasa de recuperación de secreción salival del 75 %, con respecto a la glándula contralateral.<sup>4</sup>

Tratamientos más agresivos como la resección total o parcial de la glándula se plantearán en casos extremos en los que las medidas anteriores no resulten exitosas.<sup>5,6</sup>

## COMENTARIO

La sialolitiasis parotídea es la menos frecuente de las localizaciones de las glándulas salivales.<sup>1,2,4</sup> La ecografía con visualización de imagen hiperecogénica generadora de sombra acústica, de un

sialolito calcificado, constituye una importante ayuda al diagnóstico ya desde la consulta de AP.<sup>3,7</sup> Lo cual permite una actitud terapéutica precoz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Torres Lagares D, Barranco Piedra B, Serrera Figallo MA, Hita Iglesias P, Martínez-Sahuquillo Márquez A, José Luis Gutiérrez Pérez JL. Sialolitiasis parotídea del conducto de Stensen. Med. oral patol. oral cir.bucal [Internet]. 2006 [citado el 2 de Feb de 2019]; Vol 11 (1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1698-69462006000100018](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000100018)
2. Kraaij S, Karagozoglu KH, Forouzanfar T, Veerman EC, Brand HS. Salivary stones: symptoms, aetiology, biochemical composition and treatment. Br Dent J [Internet]. 2014 [Citado el 5 de marzo 2019]; 217(11). Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25476659](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25476659)
3. Szalma J, Olasz L, Tóth M, Acs P, Szabó G. Diagnostic value of radiographic and ultrasonic examinations in patients with sialoadenitis and sialolithiasis] Fogorv Sz 2007;100(2):53-8.
4. Swapnil M, Ajay P, Shaji T, Preeti P N. Parotid sialolithiasis. BMJ [Internet]. 2012 [Citado 2 de Febr 2019]. Disponible en: [:www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4543829/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4543829/)
5. Palacios Vivar DE, Miranda Villasana JE, Alvarado Cordero AL, Trillo Medina VG, Calderón Lumbreras AS. Patología calcificante de las glándulas salivales. Presentación de dos casos clínicos. Revista ADM 2018 [Citado 22 de Marzo 2019]; 75 (2): 98-102. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od182g.pdf>
6. Dilatación del conducto de Stenon causando inflamación facial. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista electrónica de Portales Médicos. 2016 [Citado 22 de Marzo 2019]; Disponible en: [portalesmedicos.com/revista-medica/dilatacion-del-conducto-de-stenon/2/](http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/dilatacion-del-conducto-de-stenon/2/)
7. Codina Aróztegui C, Duran Feliubadaló C, Romero Novo I, Abu-Suboh Abadia A, Palaña Palau P, Esteba i Bech de Careda L, et al. Diagnóstico por la imagen de las glándulas salivales en la infancia. SERAM 2012 / S-0797 [Citado 22 de Marzo 2019]. Disponible en: [postereng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing\\_poster&task=viewsection&pi=111435&ti=364402&si=1146&searchkey=](http://postereng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=viewsection&pi=111435&ti=364402&si=1146&searchkey=)