Caso Autores (115) Sialoadenitis submandibular aguda litiásica

Nadia Serrano Ramon, Naranjo E, Grande P, Gutiérrez M,

Cuadrado M, Pruna X

Centro

Hospital General De Granollers

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 42 años que consulta a nuestro centro por tumoración submandibular izquierda de 24 horas de evolución, asociada a odinofagia y sensación distérmica. Refería un episodio similar de menor intensidad dos semanas antes que se autolimitó en 7 días.

A la exploración física la paciente estaba afebril y presentaba una tumoración latero-cervical izquierda de 3 cm de diámetro, móvil y dolorosa a la palpación; eritema faríngeo y amigdalar de predominio izquierdo con secreción pultácea amigdalar izquierda. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia, linfopenia, proteína C reactiva normal y anticuerpos heterófilos en suero negativos. Ante la sospecha de amigdalitis aguda bacteriana se inició tratamiento antiinflamatorio y antibiótico sin mejoría en 24 horas, motivo por el cual se realizó TC de cuello. La TC mostraba una glándula submaxilar izquierda aumentada de tamaño e hipercaptante, con aumento de la densidad de las partes blandas adyacentes y dos cálculos obstructivos en el conducto de Wharton, que causaban dilatación de todo el conducto excretor así como de los ductos intraglandulares.

La paciente realizó expulsión espontánea de la litiasis con mejoría clínica posterior. La ecografía realizada un mes después no mostró alteraciones en la glándula submandibular izquierda ni en el conducto de Wharton.

DISCUSIÓN

La sialoadenitis se presenta como una tumefacción dolorosa glandular y las causas pueden ser víricas, bacterianas, litiásicas o por estenosis de los conductos glandulares. El 80-90 % de los cálculos salivares se sitúan en la glándula submandibular, más frecuentemente en el conducto de Wharton, al ser éste más largo en diámetro, tener un trayecto ascendente y presentar un contenido más mucinoso y alcalino; el 10-20 % se localizan en la parótida y sólo el 1-7 % en las glándulas sublinguales. Afectan más frecuentemente a hombres entre los 50-80 años, es infrecuente en niños y en un 25 % pueden ser múltiples.

La TC con contraste es la prueba diagnóstica de elección ya que muestra hipercaptación y agrandamiento de la glándula salival, dilatación del conducto secundario a un cálculo y cambios inflamatorios en la grasa, así como signos de miositis adyacente y adenopatías reactivas regionales.

Generalmente no se recurre a RM en el cuadro agudo y la ecografía puede mostrar la dilatación del conducto en una glándula de mayor tamaño, pero la visualización del cálculo es en ocasiones difícil y explorador dependiente.

El tratamiento se realiza con secretagogos y la extirpación de los cálculos se reserva para los cálculos más distales.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con las infecciones dentales, el carcinoma de glándula submaxilar y las adenopatías submandibulares.

En el caso presentado surgía la duda de infección amigdalar complicada (absceso) y la TC con contraste realizado en urgencias mostró todos los hallazgos típicos de una sialoadenitis submandibular litiásica con cálculos visibles, lo que permitió realizar un tratamiento correcto.

CONCLUSIÓN

La sialoadenitis litiásica de la glándula submandibular es un diagnóstico de sospecha ante un cuadro clínico de tumoración dolorosa submandibular, siendo la TC con contraste la mejor prueba diagnóstica en urgencias ya que permite identificar con seguridad cálculos, la dilatación asociada del conducto excretor, visualizar la hipercaptación y el aumento glandular, así como los cambios inflamatorios adyacentes, permitiendo a su vez excluir posibles abscesos.

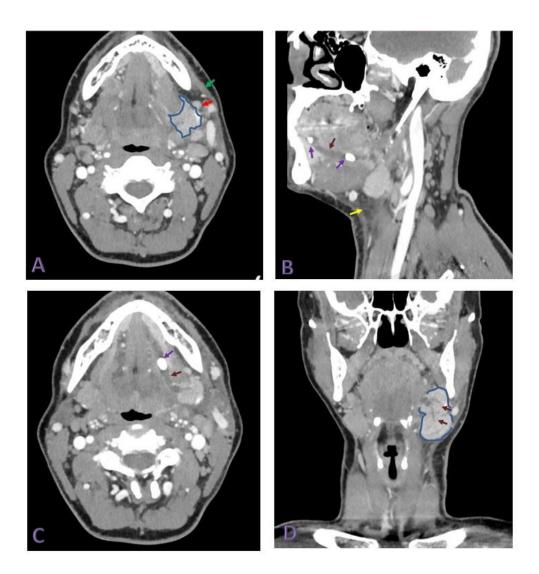


Fig 1. A. Corte axial que muestra aumento del tamaño e hipercaptación de la glándula submandibular izquierda (trazado azul), adenopatías reactivas (flecha roja) y engrosamiento del musculo platisma (flecha verde). B. Corte sagital que muestra la dilatación del conducto de Wharton (flecha marrón) secundaria a litiasis proximal y distal (flecha violeta) y la trabeculación de la grasa adyacente (flecha amarilla). C. Corte axial con dilatación del conducto de Wharton (flecha marrón) y litiasis proximal (flecha violeta). D. Corte coronal mostrando signos de adenitis (trazado azul) con dilatación ductal intraglandular (flecha marrón).

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Erin Frankie Capps, James J. Kinsella, Manu Gupta. Emergency Imaging Assessment of Acute, Nontraumatic Conditions of the Head and Neck. Radiographics. 2010; 5: 1335-1352. https://doi.org/10.1148/rg.305105040
- 2. David M. Yousem, MD Michael A. Kraut, MD, PhD Ara A. Chalian, MD. Major Salivary Gland Imaging. Radiology 2000; 216:19-29. https://doi.org/10.1148/radiology.216.1.r00jl4519.
- 3. Richard K. Gurgel MD y H. Ric Harnsberger MD. Submandibular Gland Sialadenitis. Imaging in Otolaryngology. First edition. Canada. Elsevier; 2018. P. 169-169.