

Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"

Litiasis del conducto de Wharton en la glándula submaxilar derecha

Dr. Carlos Luis Carreras Martorell,¹ Dra. Raquel Bibiana Comas Mirabent,² Dr. Felipe Segundo Fernández Pérez,³ Dra. Belkis Juan Rodríguez¹ y Dra. Sara María Legrá Matos⁴

Las glándulas salivales pueden ser dañadas por tumores, quistes, sialolitos, procesos sépticos, estenosis, atrofias por déficit de vitaminas e infiltración linfática, entre otras;¹ pero una de las alteraciones más comunes es la formación de cálculos, que pueden estar situados en el conducto excretor o en las glándulas salivales mayores o menores de labios, carrillos y paladar, aunque menos comúnmente.²

Los cálculos salivales se forman con depósitos de sales de calcio alrededor de un nido central constituido por células epiteliales descamadas y microorganismos derivados de la descomposición bacteriana, los cuales atraen esas sales para que se depositen concéntricamente en torno al citado nido.²⁻⁴ Los cálculos aparecen en cualesquiera glándulas salivales de la cavidad bucal, pero son más frecuentes en las submaxilares o en su conducto, debido a la viscosidad de la saliva mucosa por mayor concentración de sales de calcio, pH más alcalino y posición antigravitacional de la glándula y el conducto, que es al mismo tiempo angosto y tortuoso.^{1,4,5}

Para algunos autores, los cálculos predominan en la glándula submaxilar hasta en 80⁶ y 92%.⁴ Los primeros síntomas de un cálculo son: inflamación del conducto y su orificio de salida; abultamiento de la glándula antes y durante las comidas. A causa de la estenosis,¹⁻³ sensibilidad marcada y dolor de tipo cólico, que es más intenso cuando el cálculo se halla en el conducto que en el interior de la glándula.^{7,8}

En algunas ocasiones puede haber pus a la salida del conducto, atribuible a la infección de la mucosa lesionada por el cálculo, o desarrollarse y provocar inflamación o celulitis de los tejidos vecinos.⁸

Los cálculos son grandes y redondeados en las glándulas y a veces pueden palparse de forma bimanual como una masa dura; sin embargo, en el conducto resultan más pequeños, alargados, delgados o redondeados e incluso múltiples y se palpan como masas de consistencia duropétreas en los conductos de las glándulas.^{2,4,8} En sentido general presentan coloración parda o amarillenta -- más oscura cuando han evolucionado por más tiempo --, con superficie lisa o nodular.⁴

En la literatura médica se plantea que los cálculos son duros en 80%⁴ y blandos en 20% en la glándula submaxilar y 60 y 40%, respectivamente, en la parótida. Los duros se ven perfectamente en las imágenes radiográficas como masas radiopacas, sobre todo a través de rayos x periapicales y oclusales en la cavidad bucal, así como de técnicas extraorales (laterales oblicuas de mandíbula y comparativa de arco cigomático);¹⁻³ pero no así los blandos, que deben ser detectados mediante procedimientos especiales como la hialografía;⁹ ahora bien, algunos autores⁸ estiman que no ha de usarse cuando se sospecha la presencia de cálculos, por el peligro de empujarlos hacia adentro de la glándula.

Actualmente, la imagenología emplea nuevas técnicas como el ultrasonido, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear y la tomografía axial con contraste.⁴ El tratamiento de la litiasis de las glándulas salivales depende de la ubicación y tamaño de estas.

Cuando son grandes y se encuentran dentro de las glándulas, está indicada su exéresis quirúrgica; pero cuando son pequeñas y se hallan ubicadas en la parte anterior del conducto, pueden ser extraídas mediante dilatación y manipulación del conducto excretor con sondas apropiadas o masajes, calor, sialogogos, relajantes y abundantes líquidos.^{1,4,6} Se han publicado artículos donde se afirma que estos cálculos pequeños han sido eliminarlos con varias secciones terapéuticas, por medio de succión con máquinas aspiradoras del conducto de la glándula afectada.⁹

Cuando por el volumen del cálculo o por su posición muy posterior en el conducto no es posible extraerlo con las maniobras descritas, se impone incidir el conducto encima del cálculo, ligándolo previamente en la parte posterior de este último para evitar el deslizamiento del cálculo. Hoy se ha

utilizado láser de CO₂ para disminuir el tiempo quirúrgico, facilitar la hemostasia, reducir el edema y mitigar el dolor posoperatorio.¹⁰

Caso clínico

Paciente de 65 años de edad, presumiblemente sano, que acudió a consulta por haber experimentado aumento de volumen de la glándula submaxilar derecha durante el horario del almuerzo, que le causó un dolor intenso e intermitente, que se extendió al oído y fue cediendo de forma paulatina al pasar la tarde, pero le repitió durante la comida y así sucesivamente cada vez que iba a ingerir alimentos, lo cual le hizo rechazarlos por temor a las molestias.

En el examen físico extrabucal se observó un ligero incremento de volumen de la glándula situada en la región submaxilar derecha (de consistencia blanda), moderadamente dolorosa a la palpación, movable, no fija a planos profundos ni superficiales.

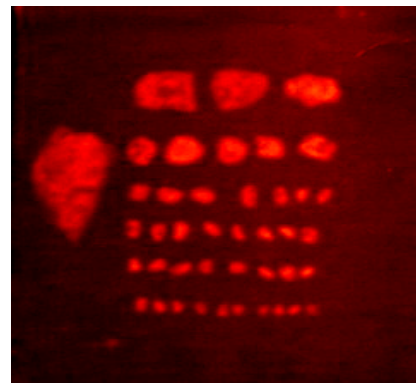
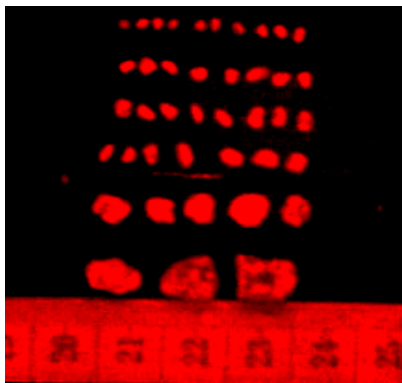
El reconocimiento intrabucal reveló un acentuado aumento del conducto de Wharton derecho, que había enrojecido y alcanzado el nivel oclusal de los dientes posteriores. A la palpación resultaba doloroso, blando en su tercio anterior, pero duro en la parte media. No se obtuvo secreción salival al estimular la glándula.

La radiografía con la técnica oclusal mostró una masa radiopaca alargada en el suelo de la boca.

A través de los datos obtenidos en el interrogatorio, el examen físico y las imágenes radiográficas se planteó el diagnóstico de litiasis del conducto de Wharton de la glándula submaxilar derecha.

Según el tamaño del cálculo, su ubicación y la falta de salivación al estimular la glándula se concluyó que no sería evacuado por dilatación y manipulación, sino operado, para lo cual le indicamos los análisis complementarios establecidos.

Aseptizada la zona quirúrgica, se colocó el paño hendido y se anestesió el nervio lingual para no deformar el área operatoria; luego se pasó y anudó el hilo de sutura por detrás del cálculo, se incidió linealmente sobre el conducto donde se proyectaba la litiasis y se realizó disección roma, la cual permitió ver una masa de color amarillento y consistencia dura, de aproximadamente un centímetro, que fue extraída con pinzas hemostáticas, acompañada de una pequeña cantidad de pus. Lavada la cavidad, retirado el hilo de sutura y estimulada la glándula, se constató que había otro cálculo de más o menos 0,8 cm, que también se extrajo de igual forma, sucedido por un tercero de similar tamaño, seguido de una profusa secreción purulenta y una masa mucosa contentiva de numerosos cálculos más pequeños (**figuras 1 y 2**). Se estimuló la glándula hasta que salió todo el pus y la saliva se tornó clara, se lavó la región con suero fisiológico y se dejó la herida abierta para evitar la estenosis del conducto.



Figuras 1 y 2. Vista panorámica de los cálculos extraídos del conducto de Wharton y su comparación con una escala milimetrada.

El paciente evolucionó favorablemente y la glándula no presentó más alteraciones. En un seguimiento clínico por 3 años, además de la ausencia de complicaciones, los resultados de las radiografías de control fueron negativos.

Comentarios

Se atendió a un paciente en consulta, que presentaba las características típicas de las litiasis salivales citadas por diferentes autores.^{1-3,7} En nuestro caso, la glándula afectada fue la submaxilar con su conducto, que según Jaitt,⁶ es lo que predomina hasta en 80 % de las casuísticas, debido fundamentalmente a la tortuosidad de su conducto, a su posición antigraavitacional y a la mucosidad de la saliva que excreta.^{1,4,5}

El tratamiento empleado fue el tradicional, pues se incidió la mucosa donde se proyectaba el cálculo para evitar su desplazamiento posterior y se estimuló luego la glándula para evacuar su contenido, como también han procedido Archer,¹ Thomas² y Paz Arredondo.⁴

Referencias bibliográficas

1. Archer H. Cirugía bucal. 2 ed. La Habana: Editorial Panamericana, 1968; t 2: 631-3.
2. Thomas K. Patología bucal. 2 ed. México, DF: UTEHA, 1946; t 2: 1052-6.
3. Eversole LR. Patología bucal. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986: 113-64;263.
4. Paz Arredondo M, González C. Patología de las glándulas salivales. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2004:1-4.
5. Silva Neto JM. Cálculo salival. Rev Bras Cienc Saúde 2003; 7(3):289-94.
6. Jaitt JC. Litiasis de glándulas salivales: Diagnóstico y tratamiento. Rev Asoc Odontol Argent 2000; 88 (6):573-7.
7. Alves CA. Sialolitiasis. Relato de un caso. Rev Odontol Univ St Amaro 2006; 5 (2): 64-8.
8. Ospena AM. Inflamación de las glándulas salivales. Revisión bibliográfica. Rev Fac Antioquia 2004;15 (1):18-30.
9. Ilzarbe LM, Pérez Poveda FJ, Martínez Abreu J. Cura no quirúrgica de una litiasis parotídea mediante succión en Stenon. Solución ideada a propósito de un caso [biblioteca virtual en línea]. <<http://www.lcqmed.com/ilz.htm>> [consulta: 26 agosto 2006].
10. López Álvarez P. Tratamiento de la litiasis con láser de CO₂. Anales Pediatr 2004;53(1):22-4.

Dr. Carlos Luís Carreras Martorell. Anacaona No.121, Terrazas de Vista Alegre, Santiago de Cuba
Dirección electrónica: carlosmaxilo5@yahoo.com

¹ **Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente**

² **Especialista de I Grado en Ortodoncia. Profesora Asistente**

³ **Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor**

⁴ **Especialista de I Grado en Estomatología General Integral Instructora**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Carreras Martorell CL, Comas Mirabent RB, Fernández Pérez FS, Juan Rodríguez B, Legrá Matos SM. Litiasis del conducto de Wharton en la glándula submaxilar derecha [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(esp).<[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_\(esp\)_06/san07\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san07(esp)06.htm)> [consulta: fecha de acceso].