

CASUÍSTICA DE LITIASIS DE LAS GLANDULAS SALIVARES (*)

por el

DR. PEDRO RUIZ DE TEMIÑO ALVAREZ

de la Casa de Salud Valdecilla

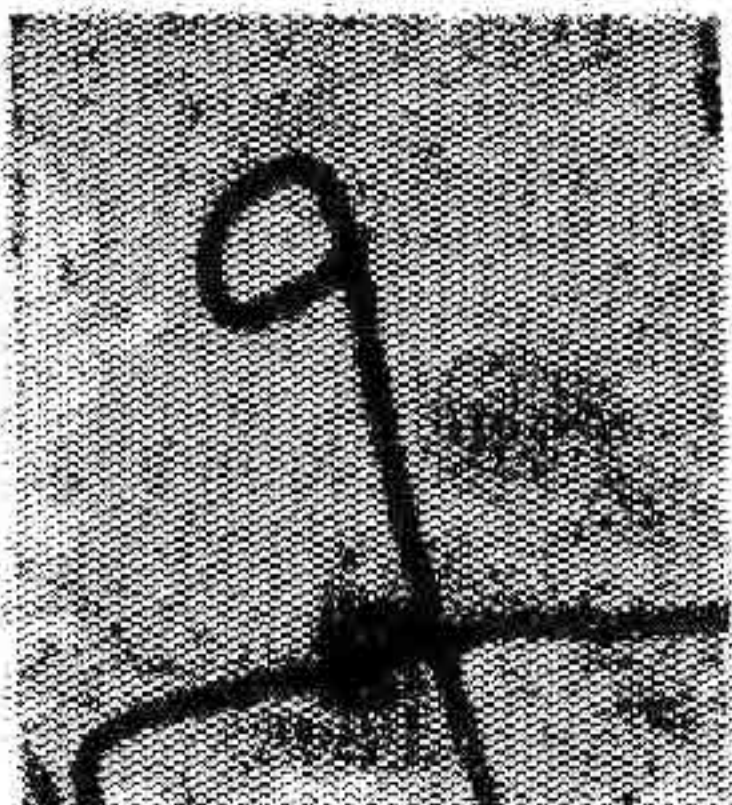
Jefe del Servicio de Estomatología

II

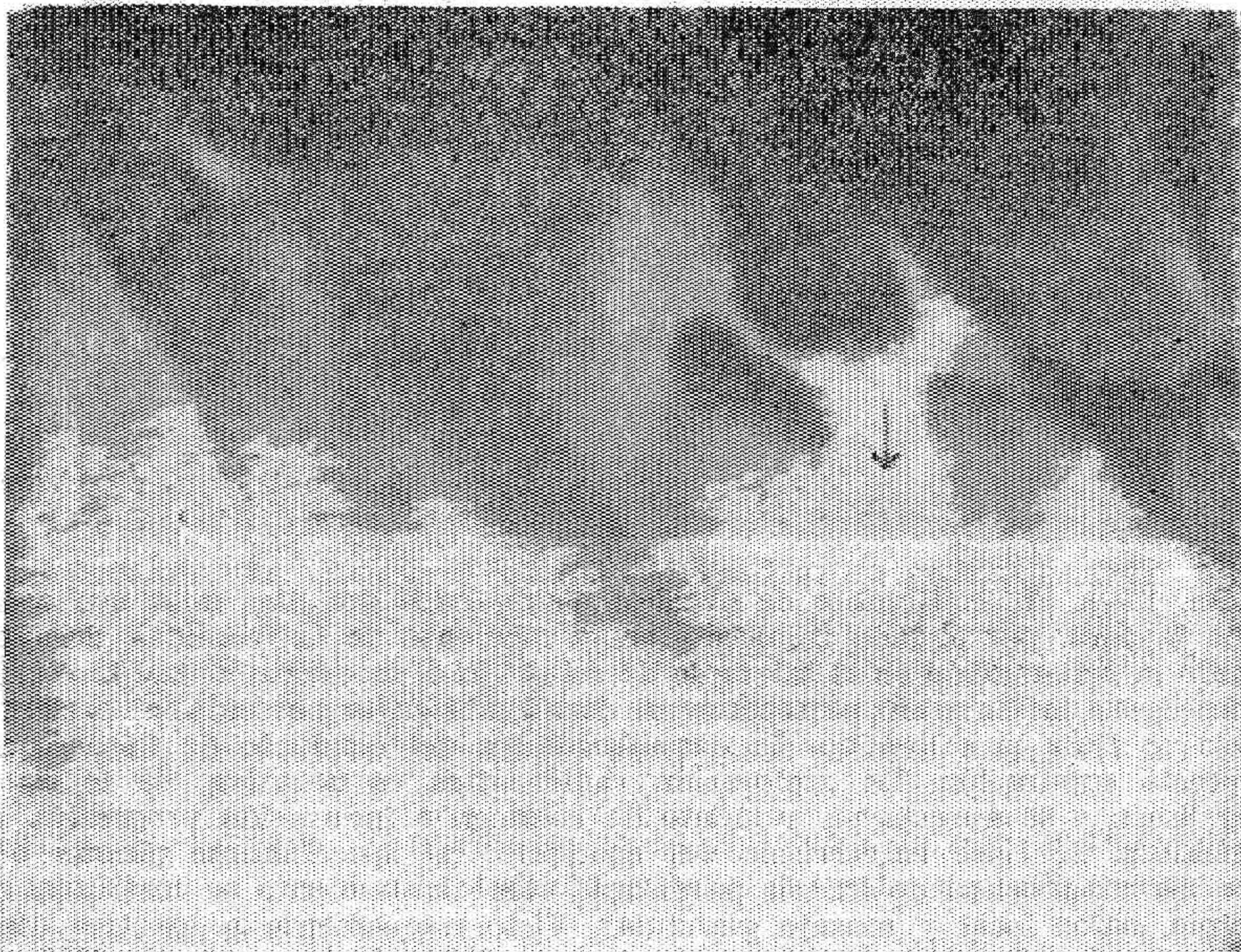


Núm. 1.—A. A. Z. Hombre de 41 años, desde hace dos días nota que se le hincha la cara, por el lado izquierdo, en el momento de las comidas, desapareciendo la inflamación en el intervalo de éstas. En el momento actual se observa una ligera inflamación perfectamente localizada en la parótida, al exprimir ésta se ve fluir la saliva por la desembocadura del conducto de Stenon, no se aprecia supuración. La exploración radiográfica es negativa. Se le da a comer limón y se aprecia un aumento de volumen e induración progresiva de la glándula. Se hace cateterismo del conducto, no apreciándose ningún obstáculo. Se diagnostica de litiasis parotídea; como tratamiento se instituye, en principio, calor local y masaje glandular. Visto nuevamente a los tres días, manifiesta el enfermo la desaparición brusca de la inflamación desde hace 48 horas. Visto ocho días después se encuentra bien, por lo que suponemos expulsó algún pequeño cálculo no visible en la exploración radiográfica.

(*) Ver la primera parte en la página 129.

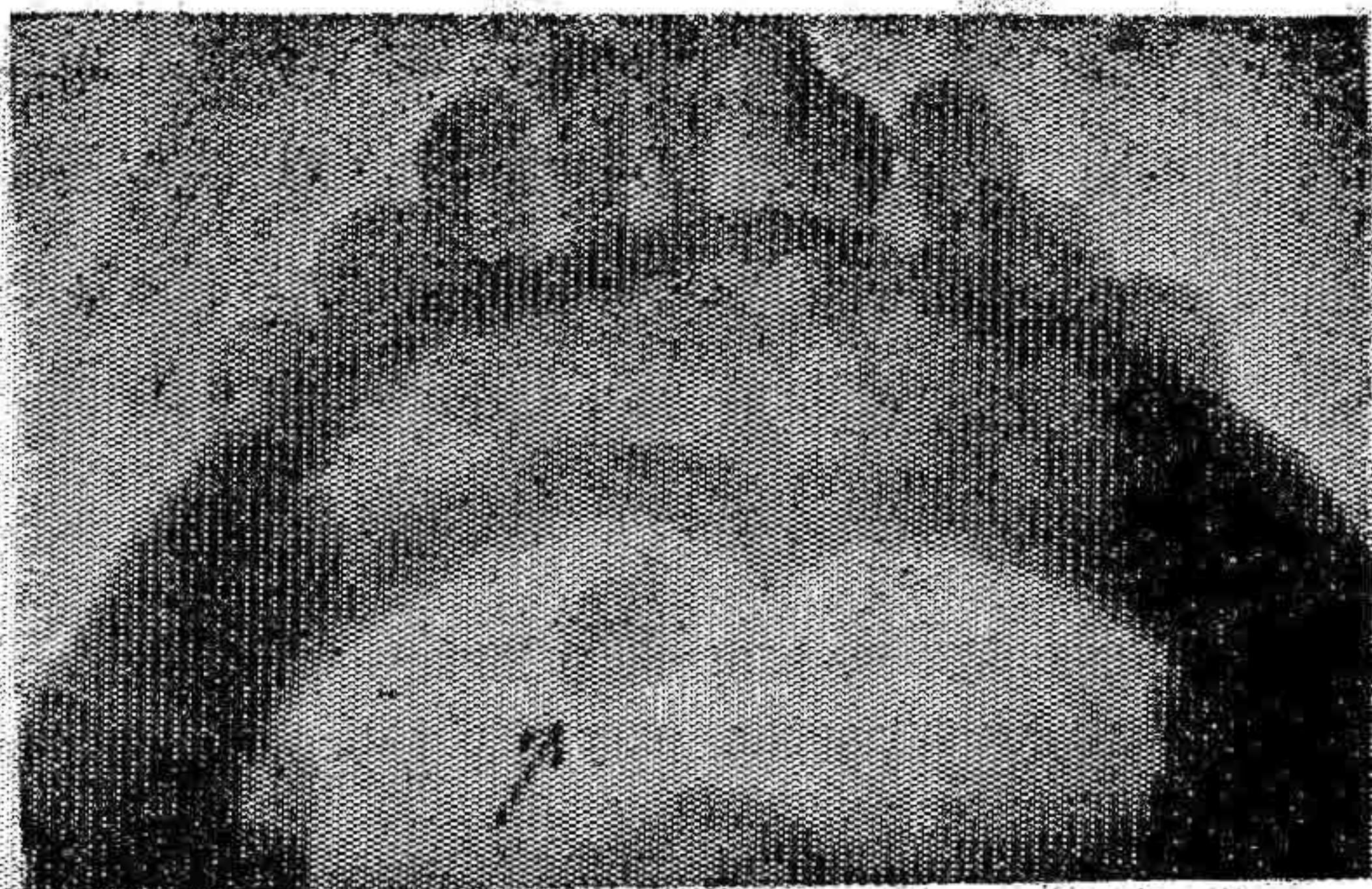


Núm. 2.—B. R. R. Hombre de 52 años. La misma sintomatología del caso anterior, pero con una historia que data de dos años, durante los cuales ha tenido pausas sin molestia que han durado algunos meses. En la exploración radiográfica se aprecia un cálculo extraordinariamente radioopaco en el conducto de Stenon, que también se aprecia al tacto por cateterismo. Se hace otra radiografía con hilos metálicos para precisar la localización. Previa anestesia local y por vía intrabucal se extrae el cálculo quirúrgicamente con facilidad. Alta por curación a los pocos días.

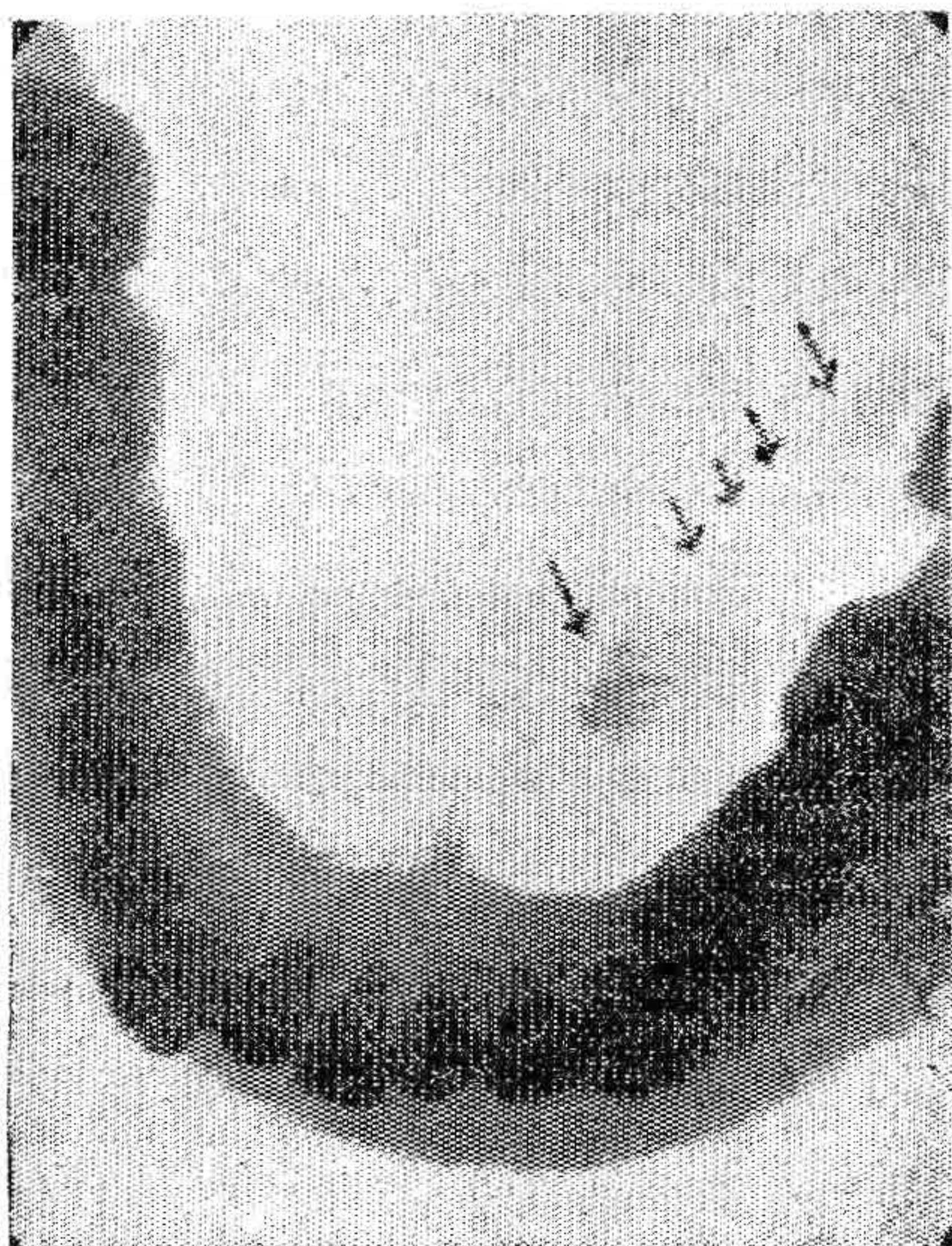


Núm. 3.—I. C. Hombre de 45 años. Historia similar a los anteriores. Cálculo del conducto de Stenon menos radioopaco que el anterior. Igualmente extracción quirúrgica por vía intrabucal, con desaparición de toda la sintomatología.

Núm. 4.—P. R. H. Hombre de 25 años. Manifiesta que desde hace años sin poder precisar cuántos, tenía pequeños dolores en región sublingual, principalmente durante y después de las comidas. Desde hace 48 horas, dolor intenso. Se apreciaba una tu-

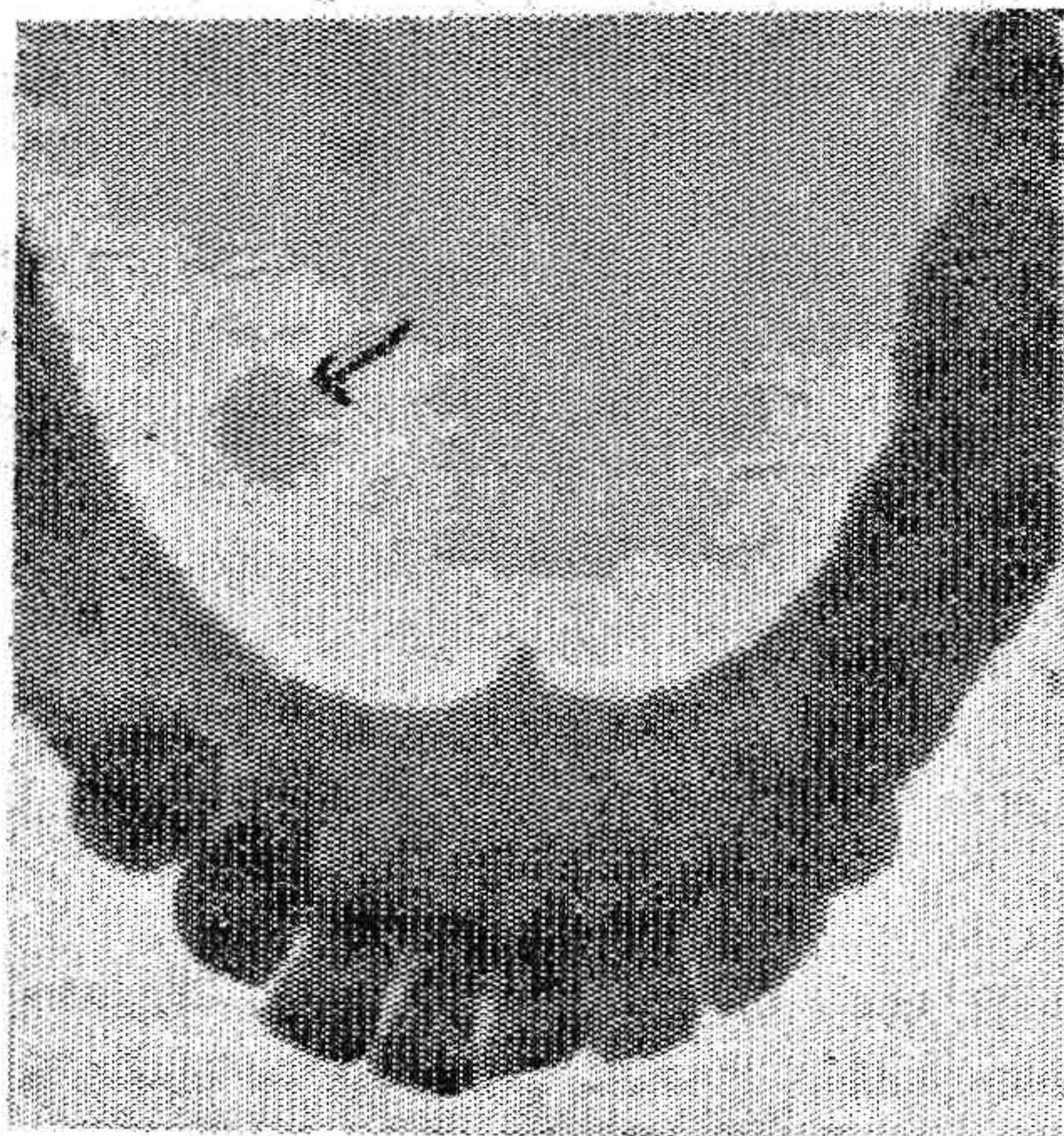
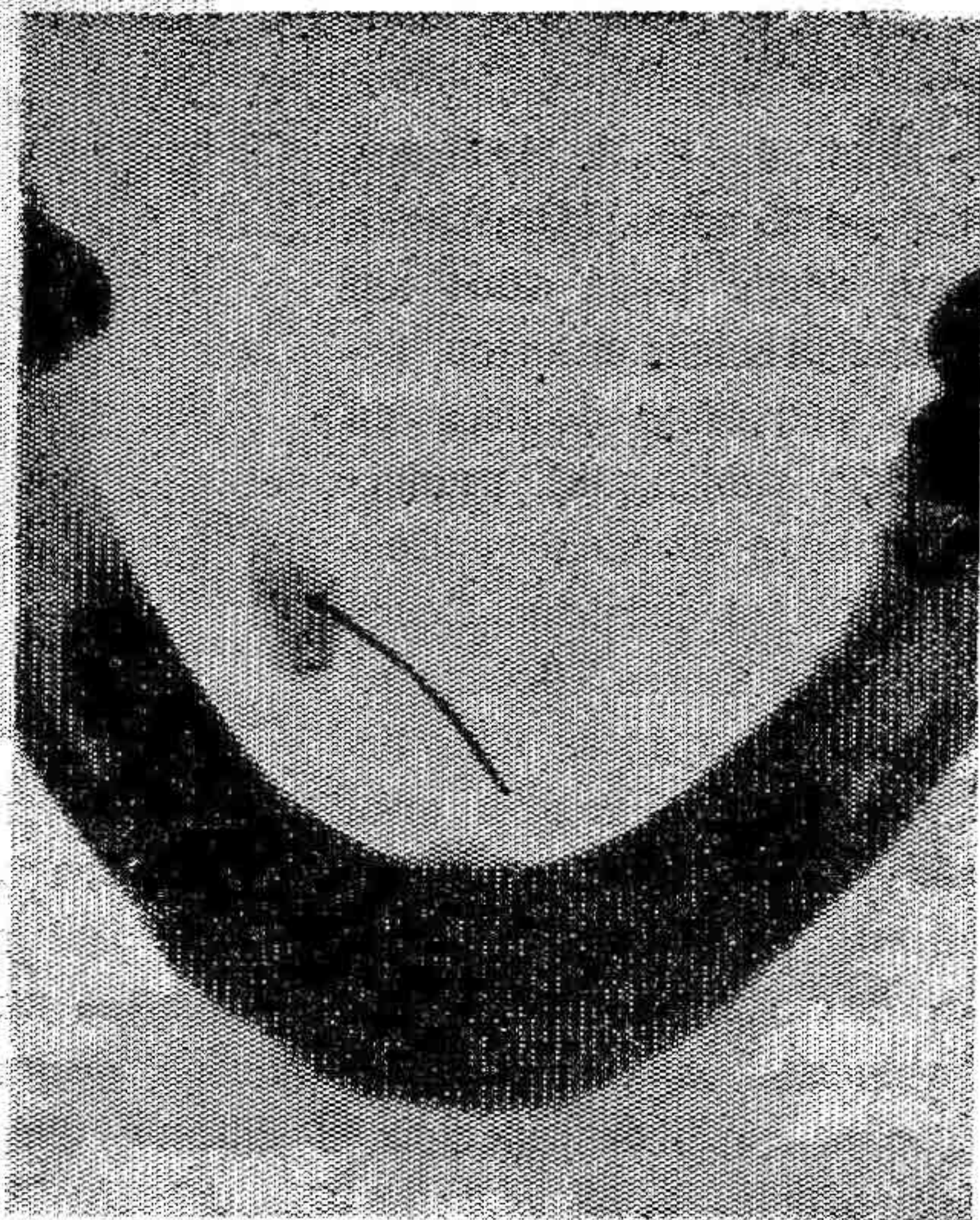


moración en región sublingual con fluctuación. La exploración radiográfica pone de manifiesto una sombra de un tamaño de un guisante cerca de la línea media y muy próxima al borde del maxilar. Previa anestesia troncular del dentario y lingual bilateral, se hace una incisión con intención de evacuar de momento la colección purulenta, saliendo el pus en gran cantidad a la vez que se expulsa también el cálculo. La desaparición de todas las molestias es inmediata.



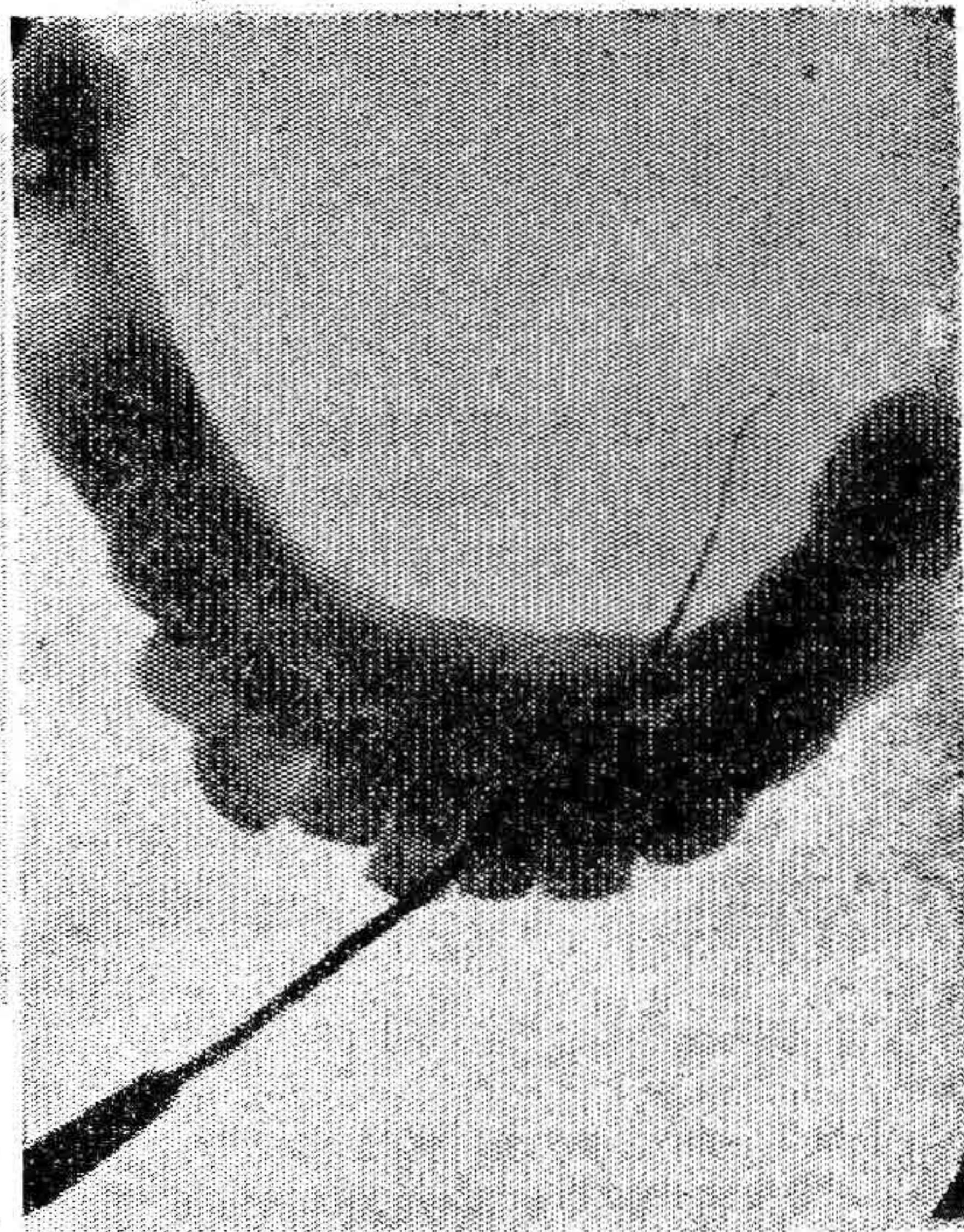
Núm. 5.—C. M. G. Hombre de 55 años. Múltiples cálculos del conducto de Wharton, extraídos quirúrgicamente por vía bucal, previa anestesia troncular.

Núm. 6.—F. F. Mujer de 30 años.
Cálculo de Wharton extraído qui-
rúrgicamente por vía bucal.



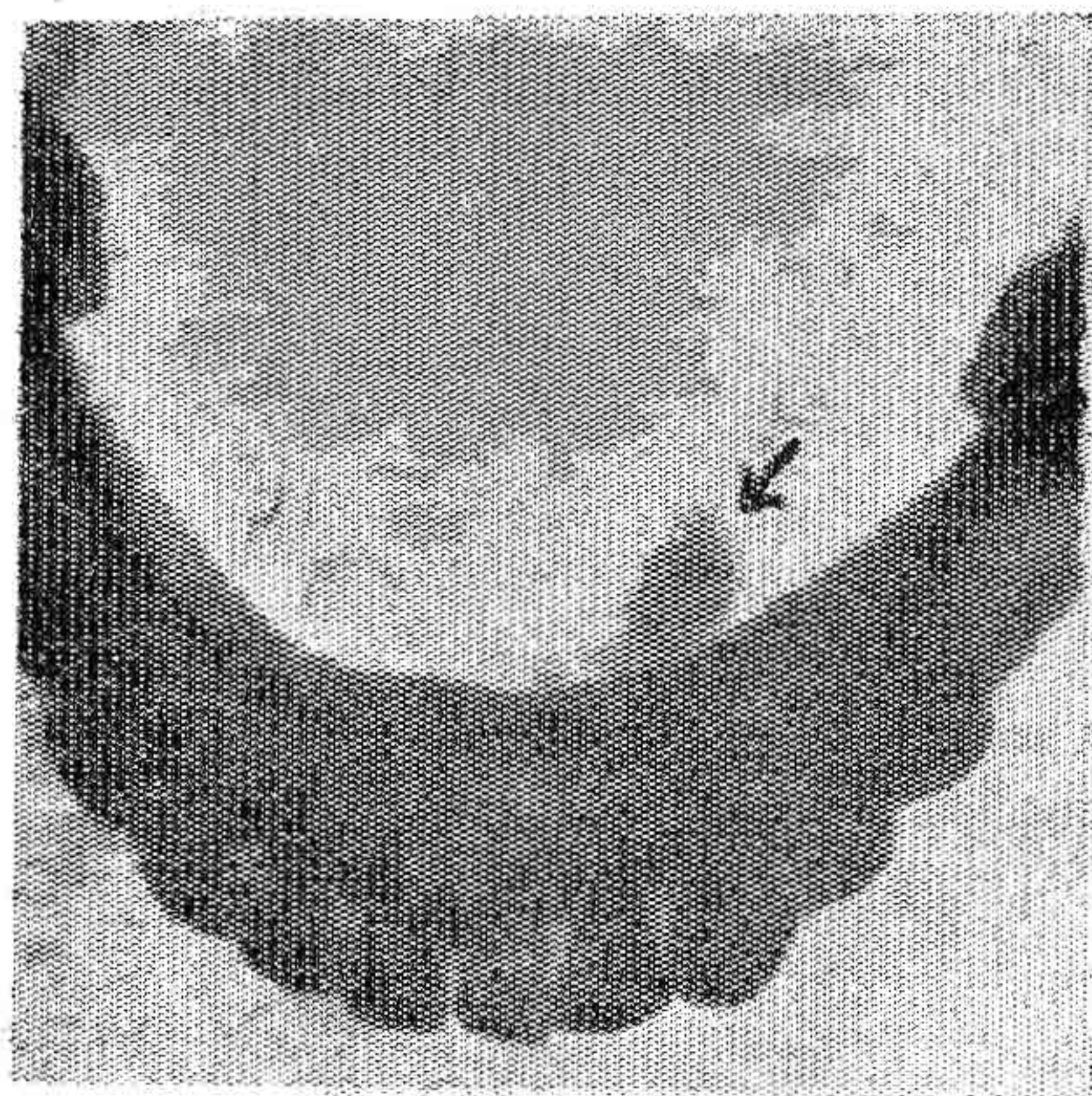
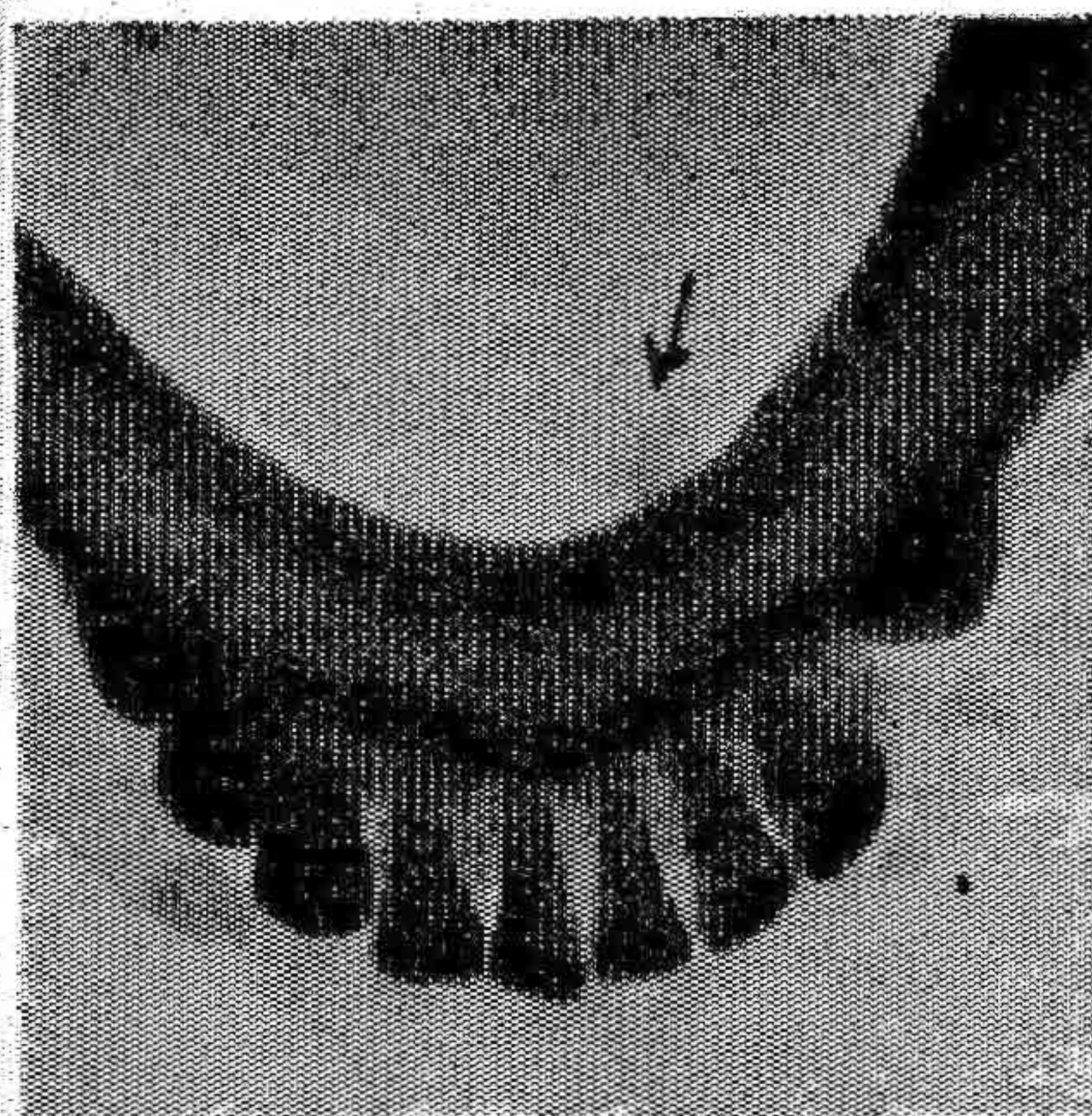
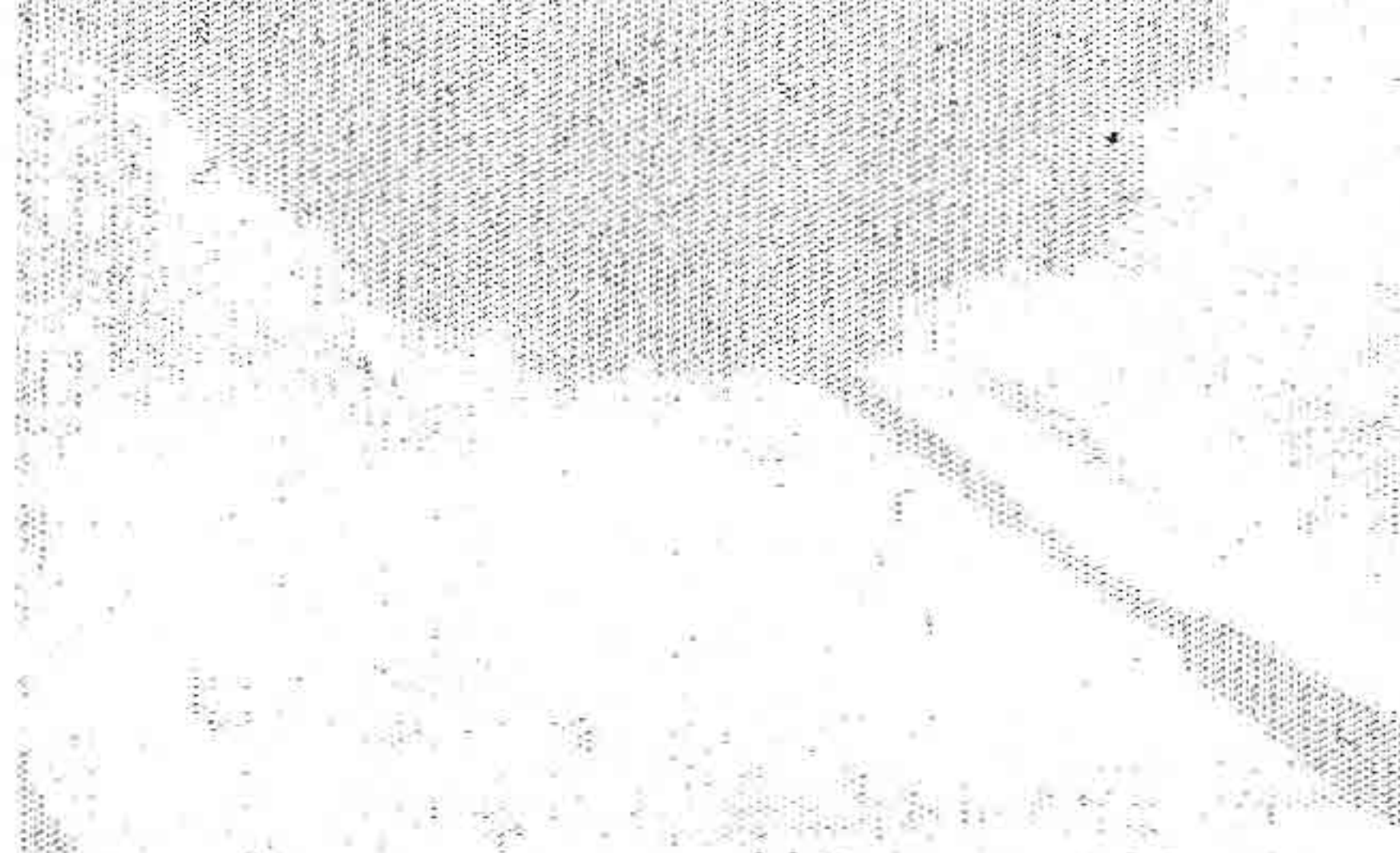
Núm. 7.—R. C. R. Mujer de 32
años. Cálculo de glándula subma-
xilar próximo al comienzo del con-
ducto, extracción quirúrgica por vía
bucal.

Núm. 8.—M. C. E. Mujer de 45 años. Cálculo del conducto de Wharton. extracción quirúrgica por vía intrabucal.



Núm. 9.—C. A. R. Hombre de 40 años. Cálculo submaxilar, extracción laboriosa por vía intrabucal.

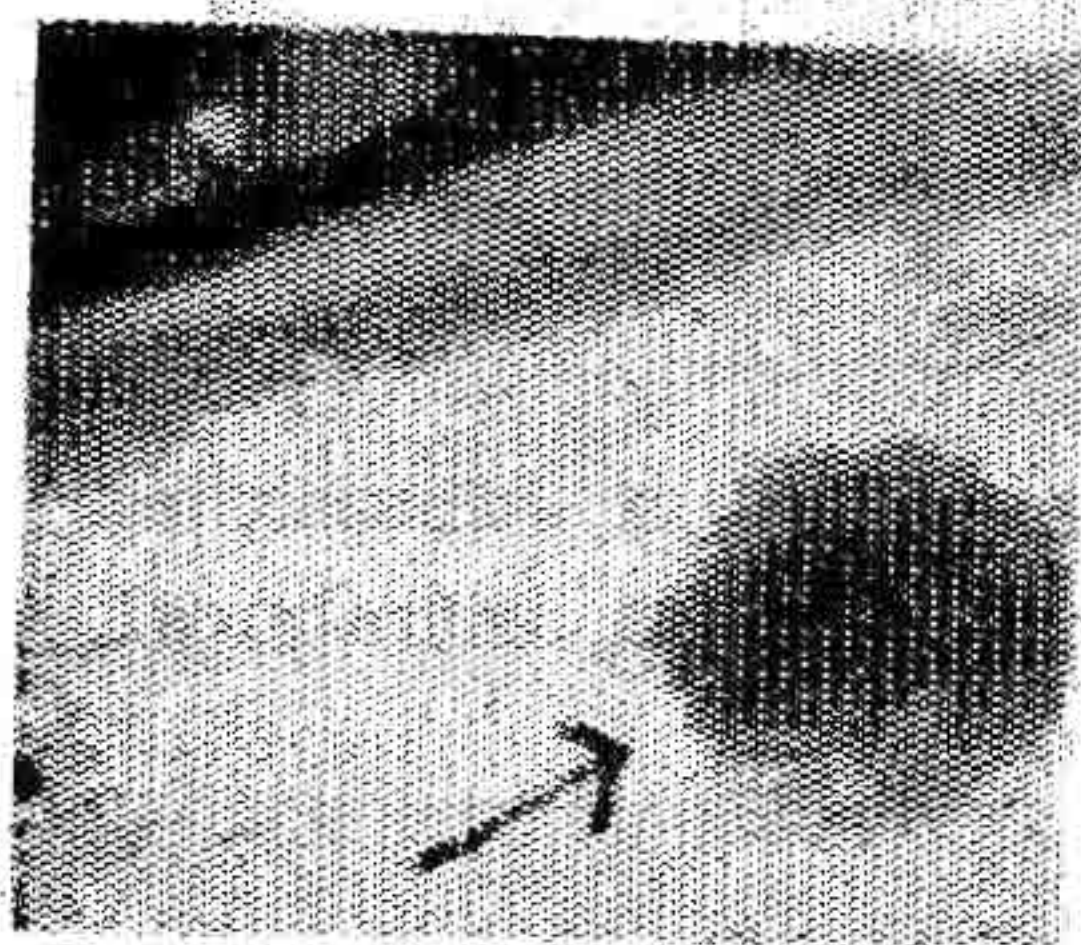
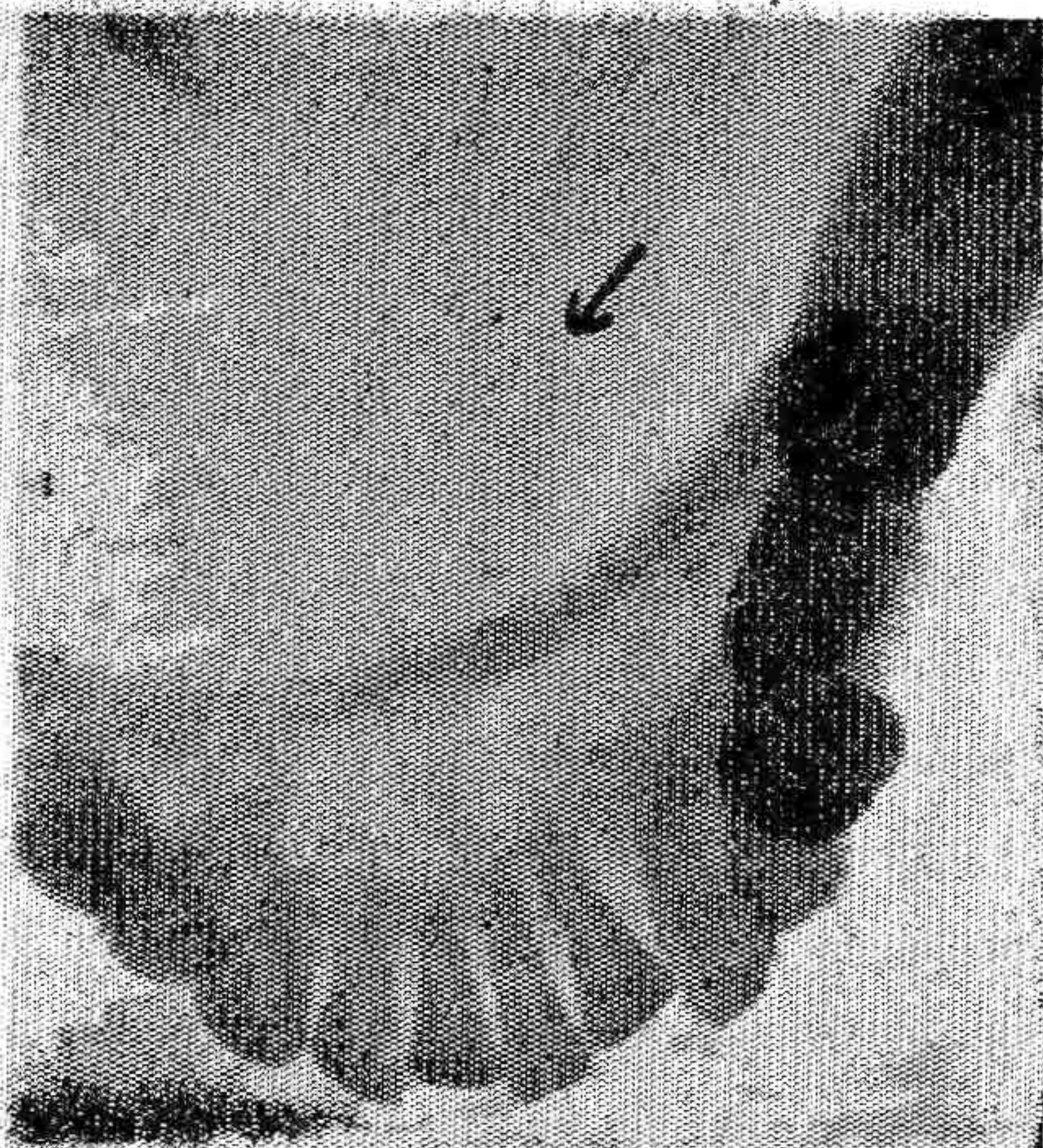
Núm. 10.—C. A. T. Mujer de 33 años. Cálculo del conducto Wharton, extracción quirúrgica por vía intrabucal.



Núm. 11.—L. G. F. Mujer de 47 años. Cálculo del conducto de Wharton, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

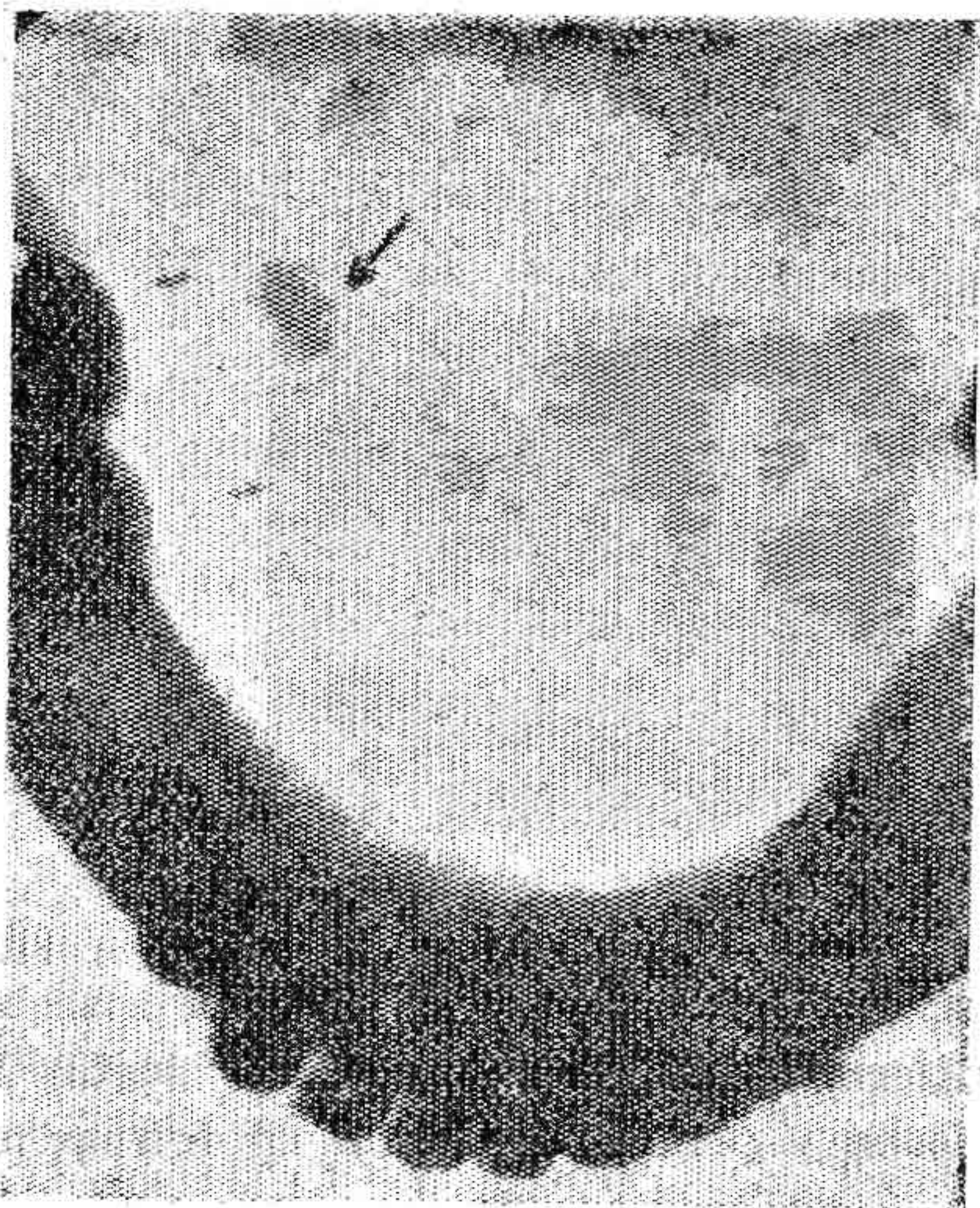


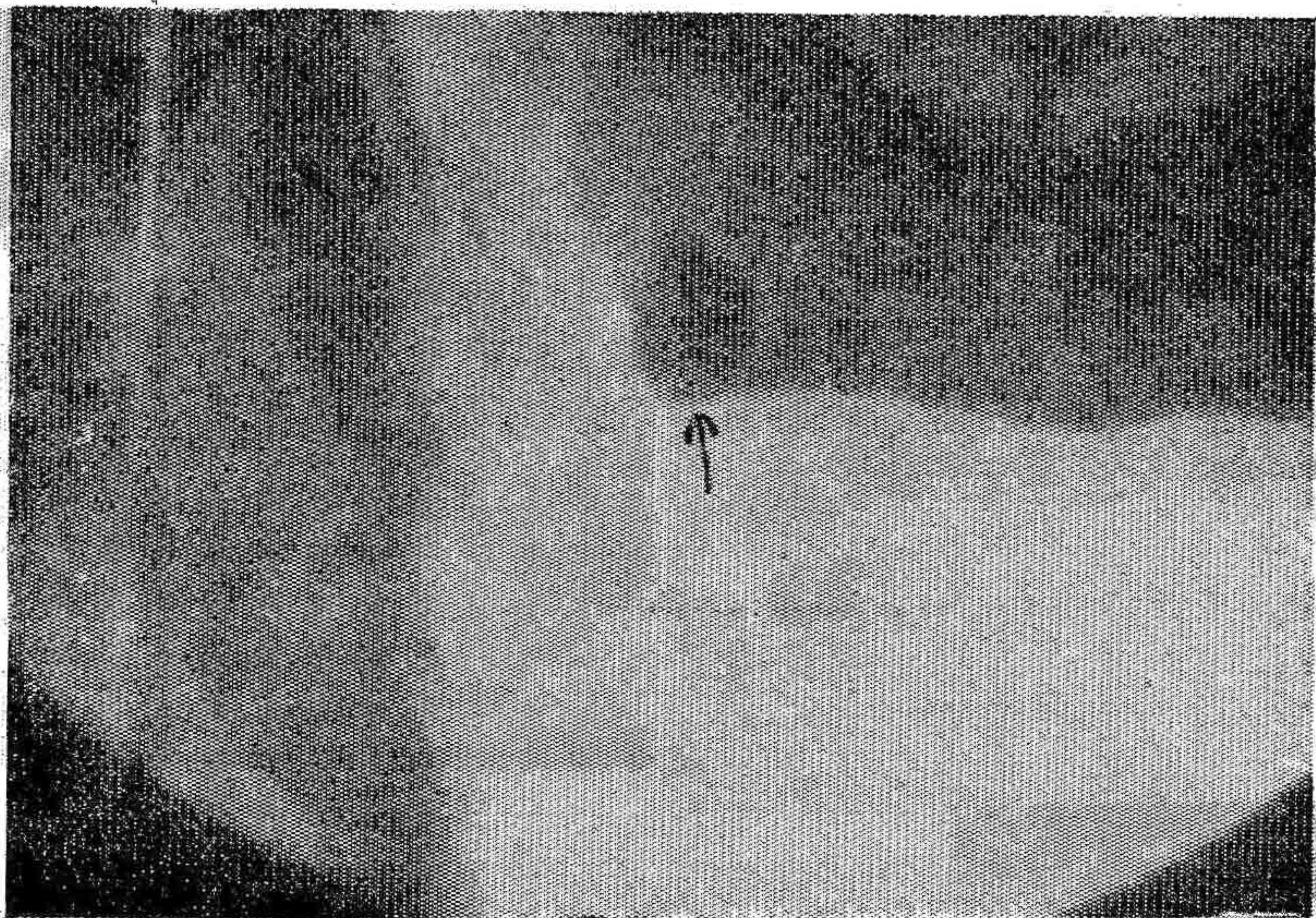
Núm. 12.—A. N. P. Hombre de 30 años. Cálculo del conducto de Wharton, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.



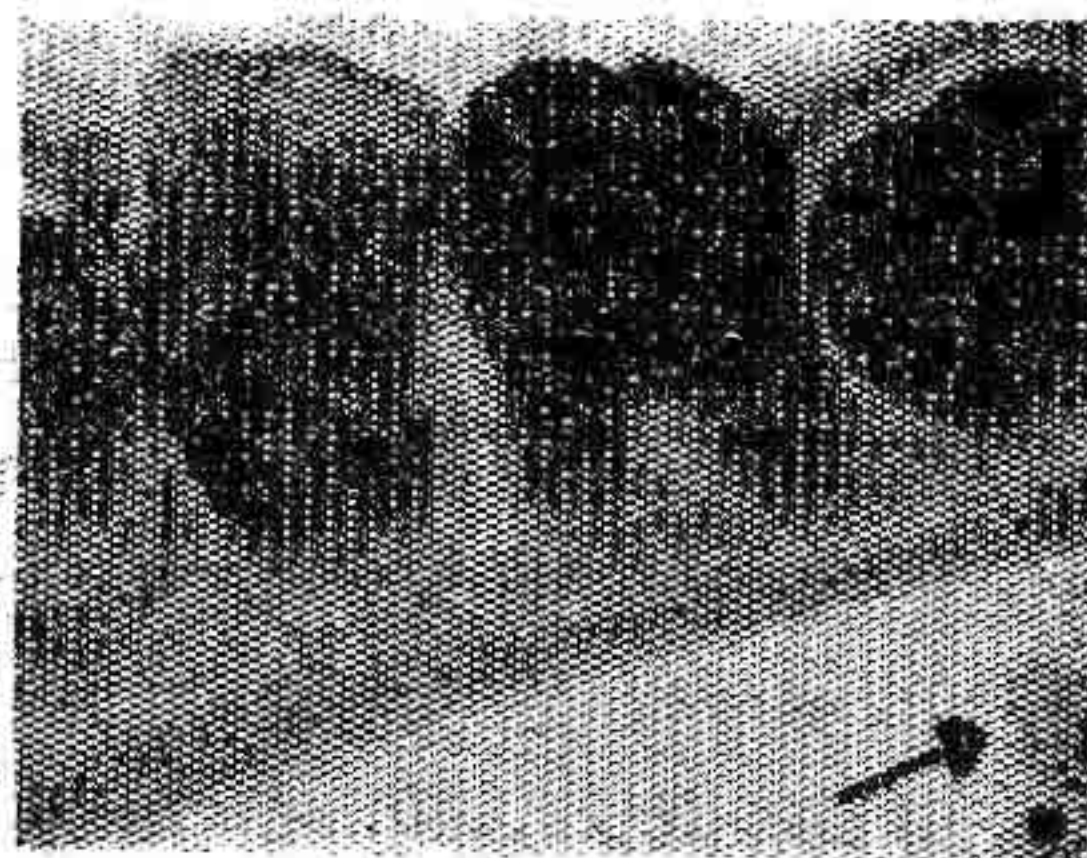
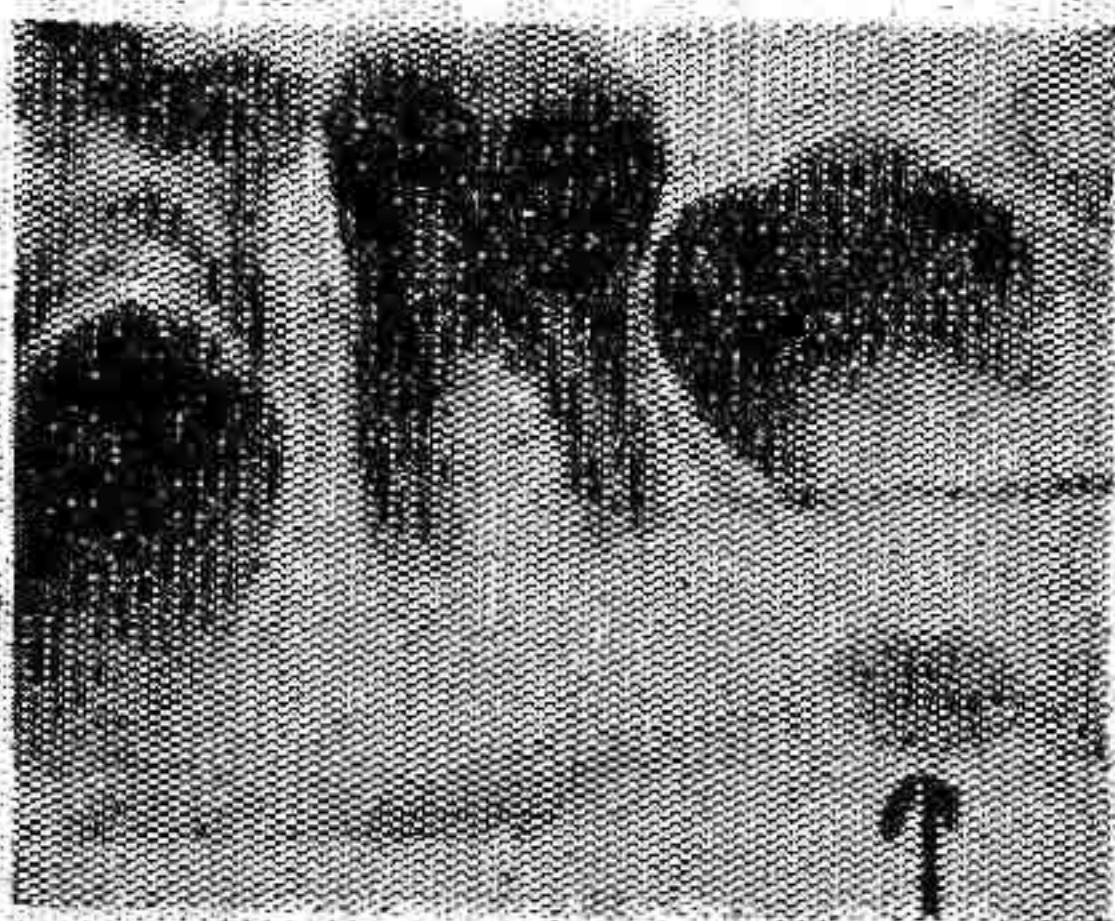
Núm. 13.—E. D. C. Hombre de 50 años. Voluminoso cálculo de glándula submaxilar próximo al conducto. A pesar de su gran tamaño, muy poca sintomatología. Se extrajo quirúrgicamente por vía intrabucal con relativa facilidad, pues se localizaba perfectamente al tacto.

Núm. 14.—Mujer de 28 años. Cálculo del conducto de Wharton, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

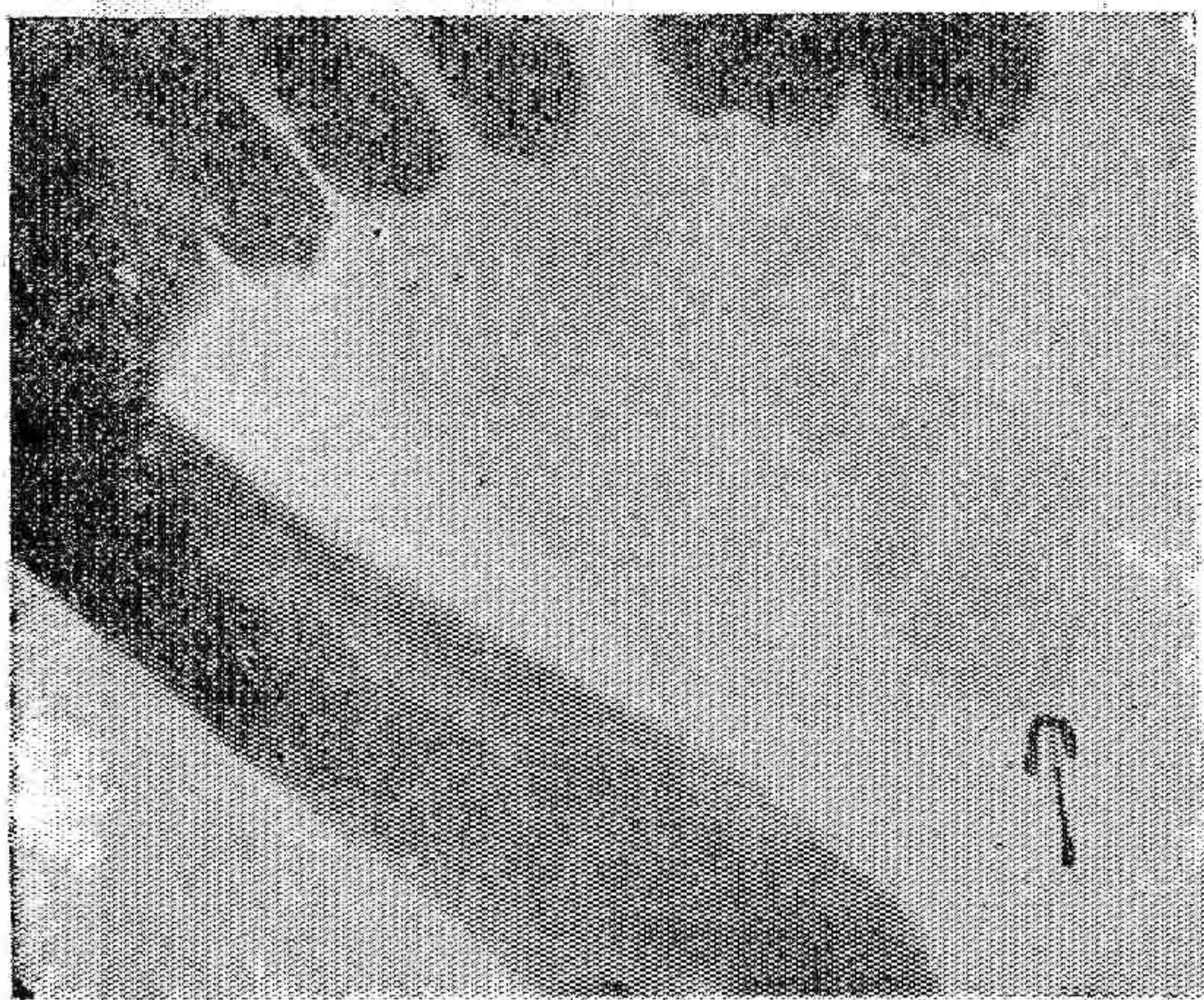
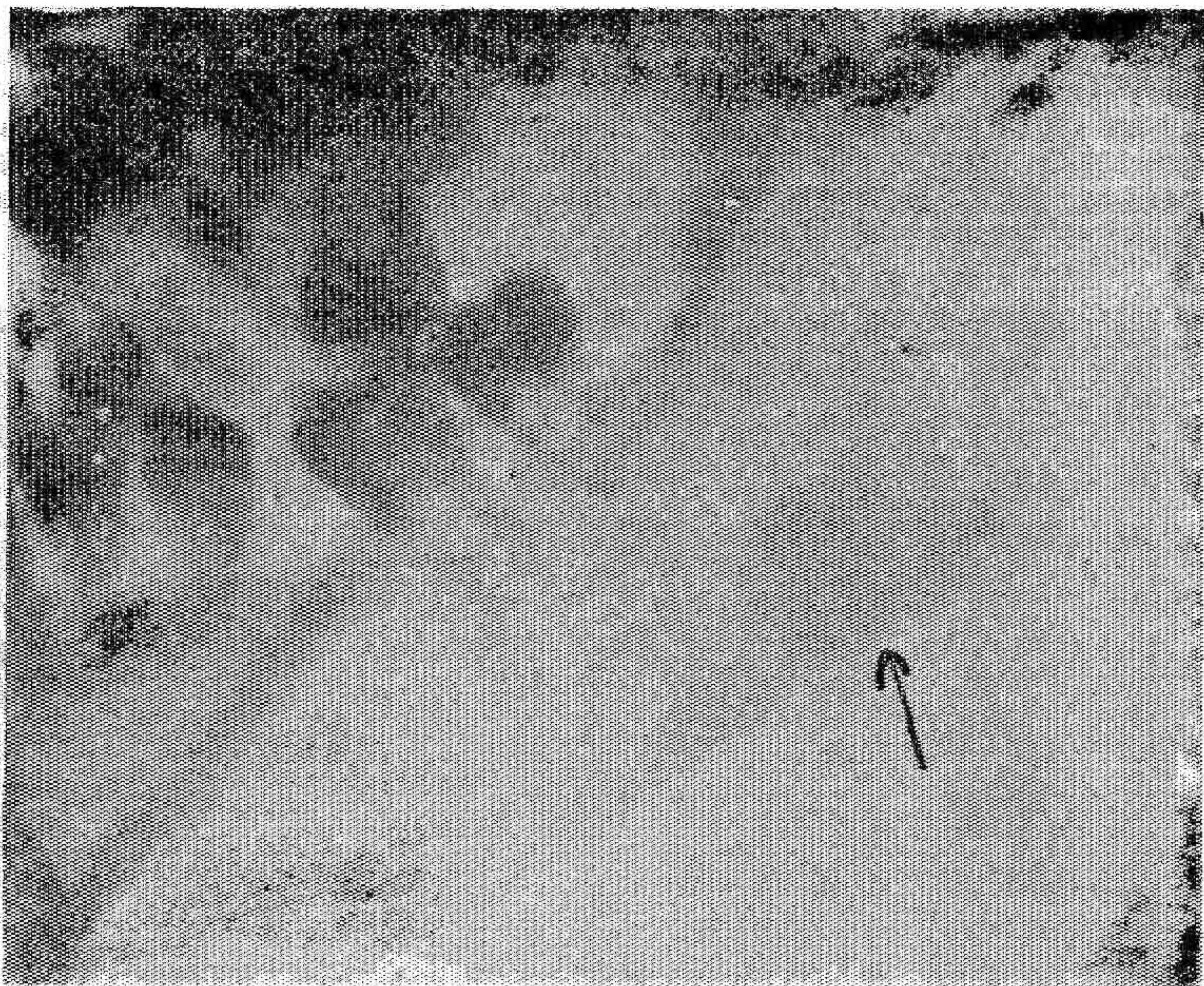




Núm. 15.—A. F. V. Hombre de 42 años. Cálculo de glándula submaxilar extraordinariamente radiopaco, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.



Núm. 16.—M. P. L. Niño de 11 años. Cálculo de glándula submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal. Obsérvense en las radiografías los diferentes lugares del cálculo según la proyección, así como los molares de leche y permanentes aun en formación.



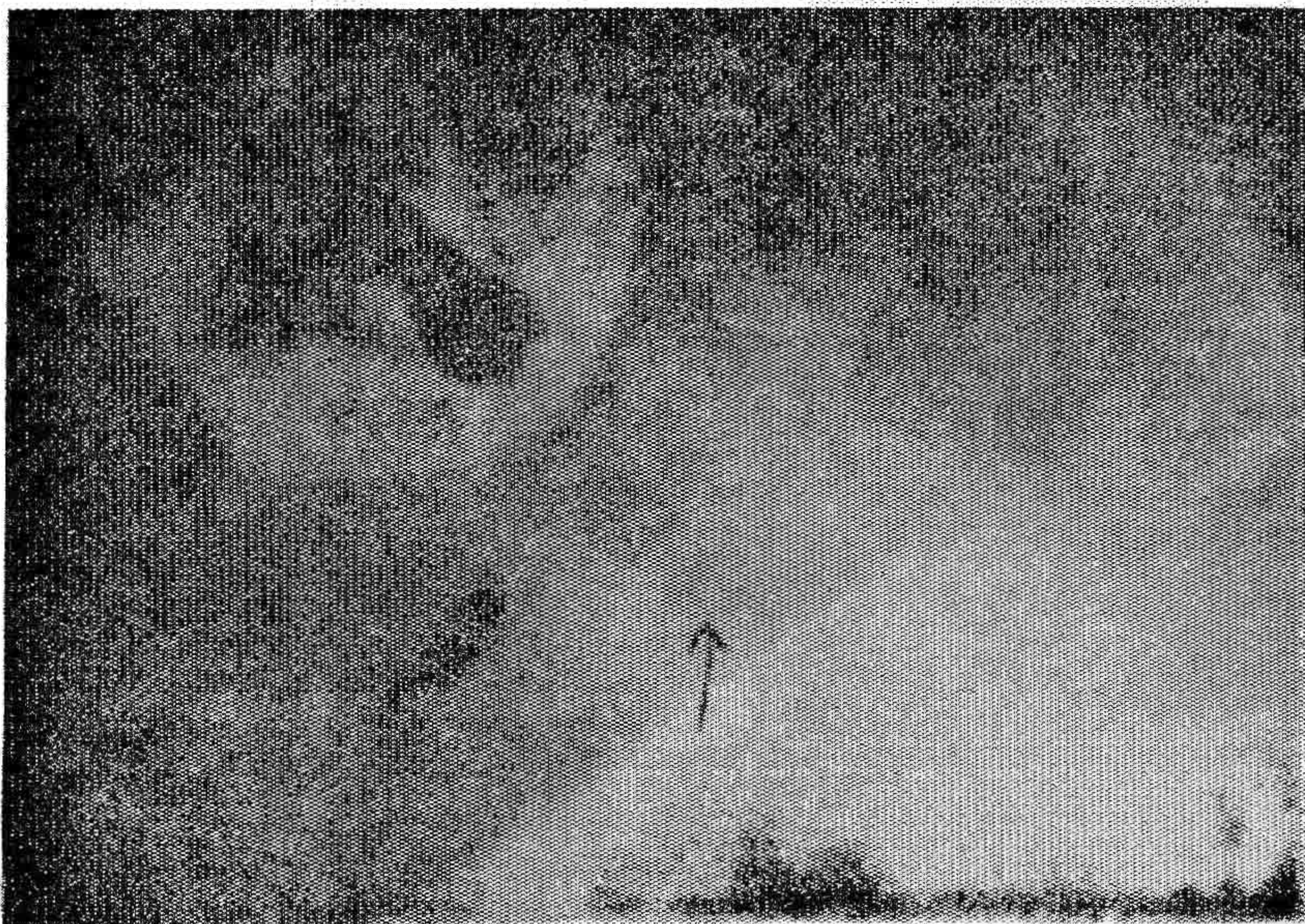
Num. 17.—J. R. B. Hombre de 33 años. Desde hace dos años inflamación indolora en región submaxilar, principalmente durante las comidas, que se vacía totalmente o parcialmente en el intervalo de las mismas. Desde hace diez días inflamación con gran dolor y fiebre, se aprecia una tumoración del tamaño de un huevo de gallina, existe una fistula en el interior de la cavidad bucal. En la exploración radiográfica puede apreciarse un cálculo de gran tamaño. Previa anestesia troncular se intenta la extracción por vía intrabucal.

al no conseguirse en esta primera intervención decidimos extirpar la glándula submaxilar por vía cutánea, después de hecha la incisión de piel y dejar al descubierto la glándula; al manipular sobre ésta, el enfermo manifiesta tener una piedra en la boca, nos encontramos con el cálculo, que ha salido por la incisión practicada con anterioridad por vía bucal, en vista de lo cual cerramos ambas heridas, siendo el curso posoperatorio bueno y dado de alta a los ocho días curado y sin ninguna molestia.

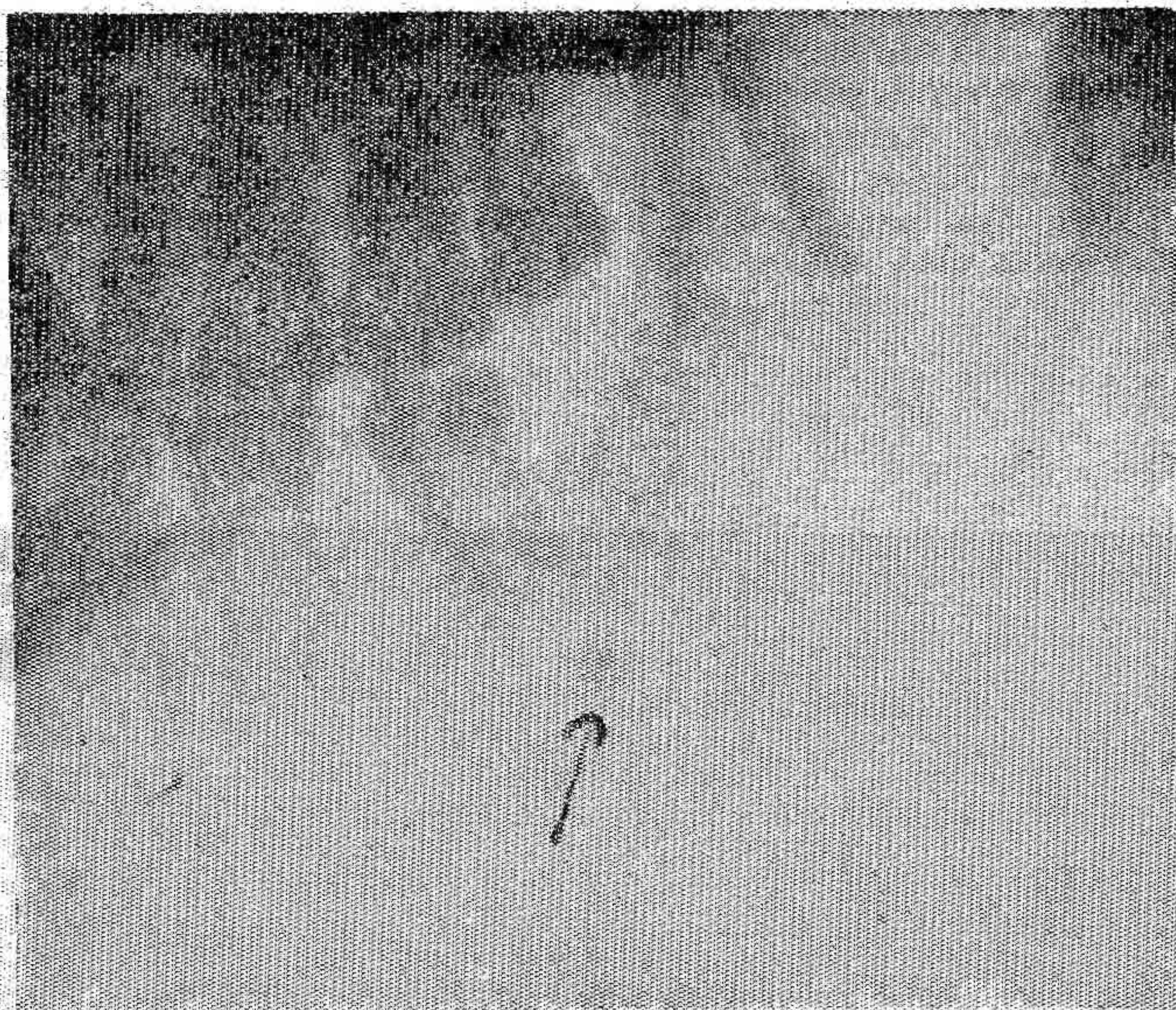


Núm. 13.—D. R. E. Hombre de 36 años. Con anterioridad a ser visto por nosotros ha sufrido varios cólicos salivales, que no han sido diagnosticados

correctamente por creer se trataba de un absceso perimandibular de origen dentario; le extrajeron en dos ocasiones varios molares y premolares del lado afectado. Cuando es visto por nosotros presenta un típico cólico salival. En la exploración radiográfica puede verse el cálculo en dos proyecciones distintas. Es intervenido quirúrgicamente, no consiguiendo la extracción en una primera intervención, lo que conseguimos en una segunda, en la que hemos levantado un puente que llevaba, para facilitar las manipulaciones operativas. Alta por curación a los pocos días.

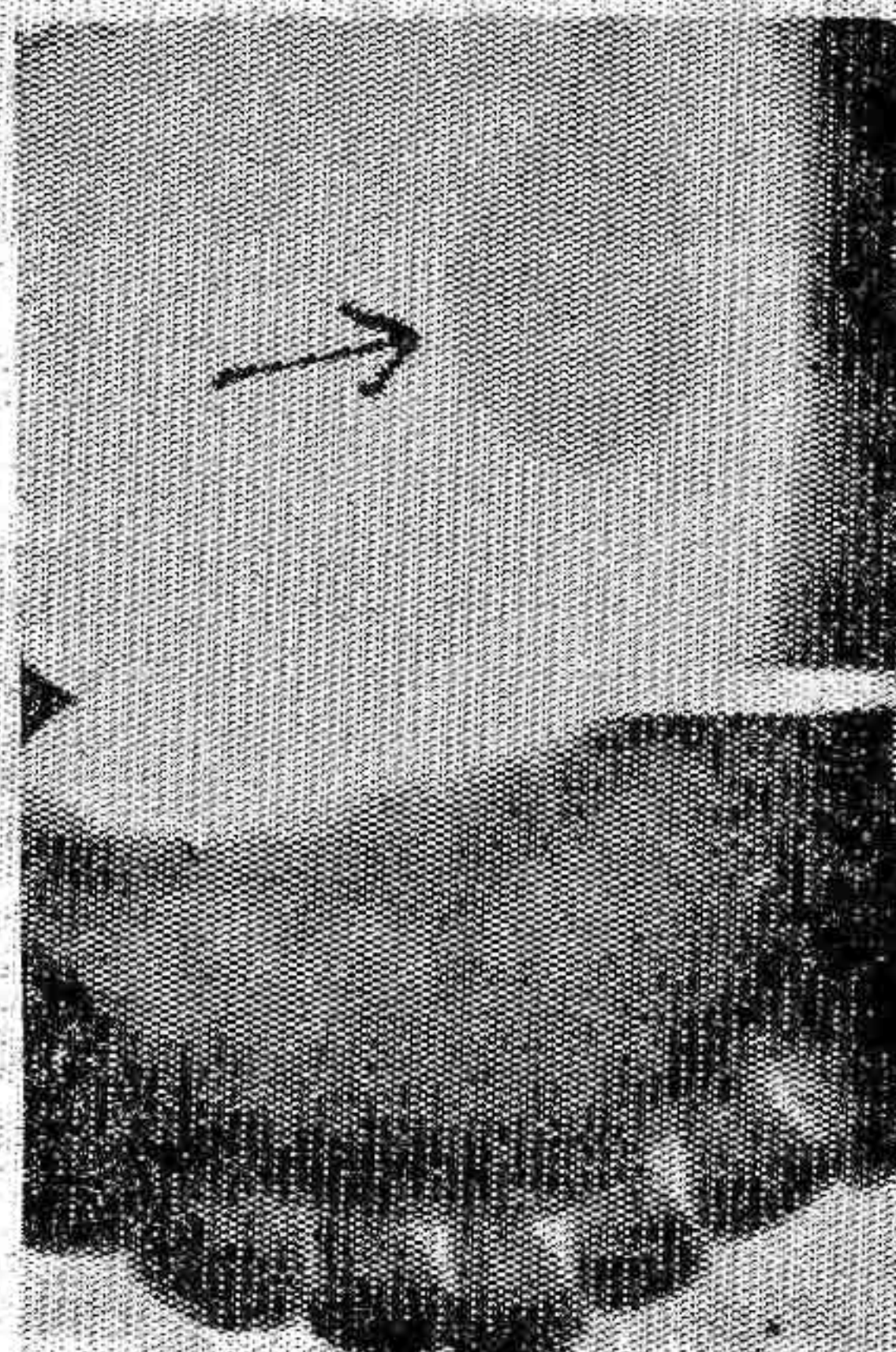


Núm. 19.—E. F. T. Hombre de 50 años. Cálculo de glándula submaxilar. Exploración radiográfica en dos proyecciones. Extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

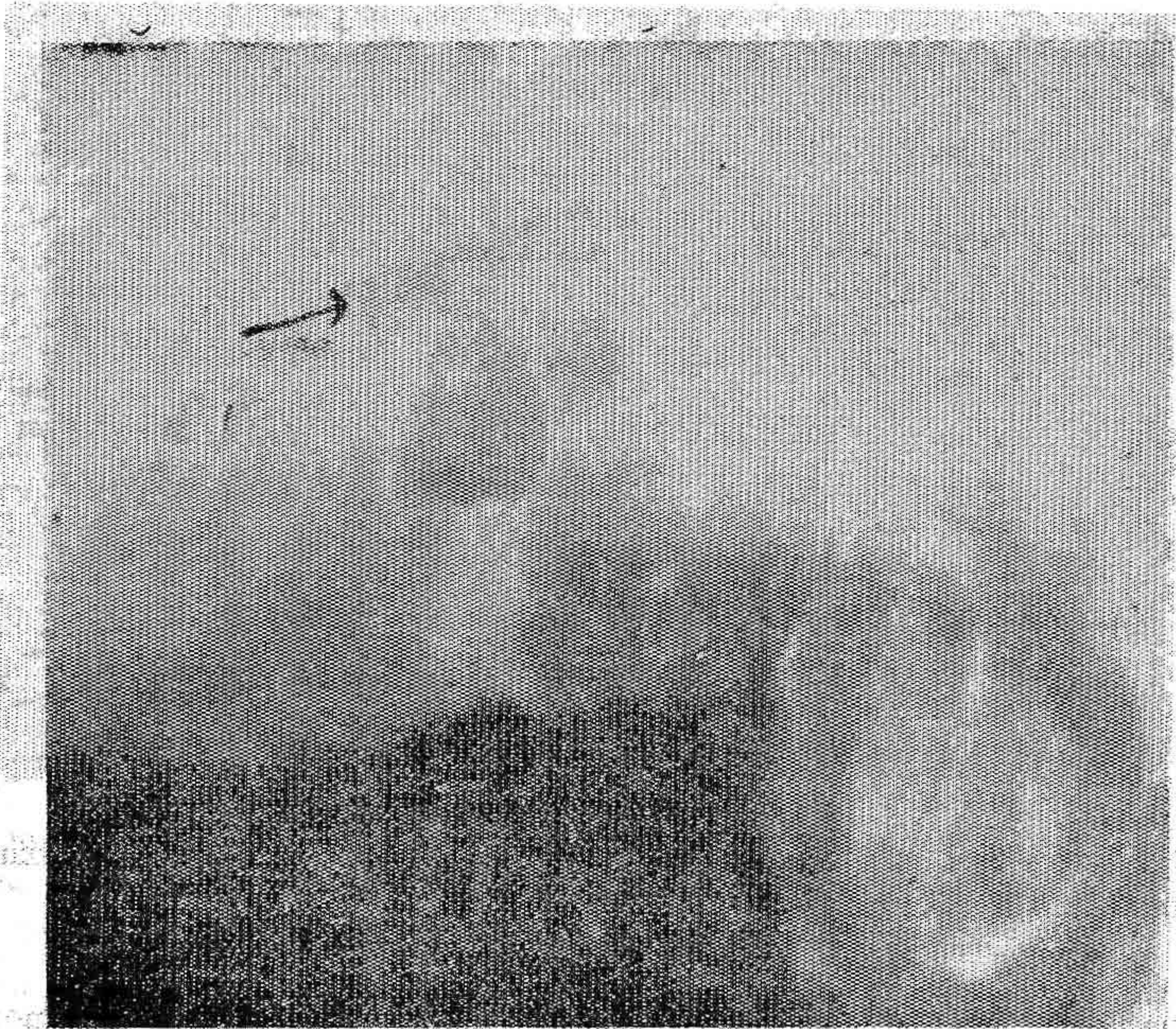
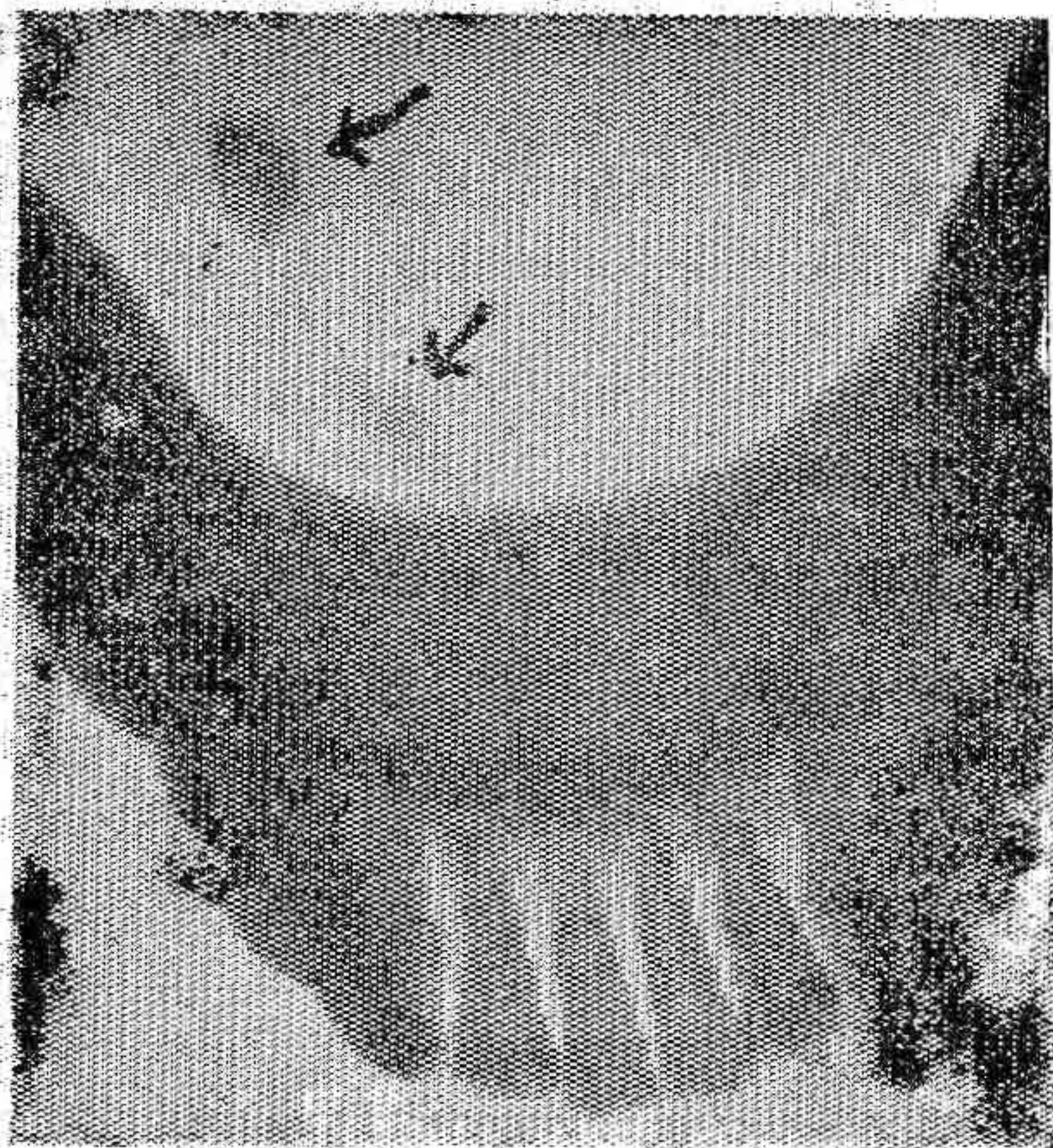


Núm. 20.—F. J. L. Hombre de 28 años. Cálculo de glándula submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

Núm. 21.—E. M. I. Hombre de 46 años. Cálculo de glándula submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.



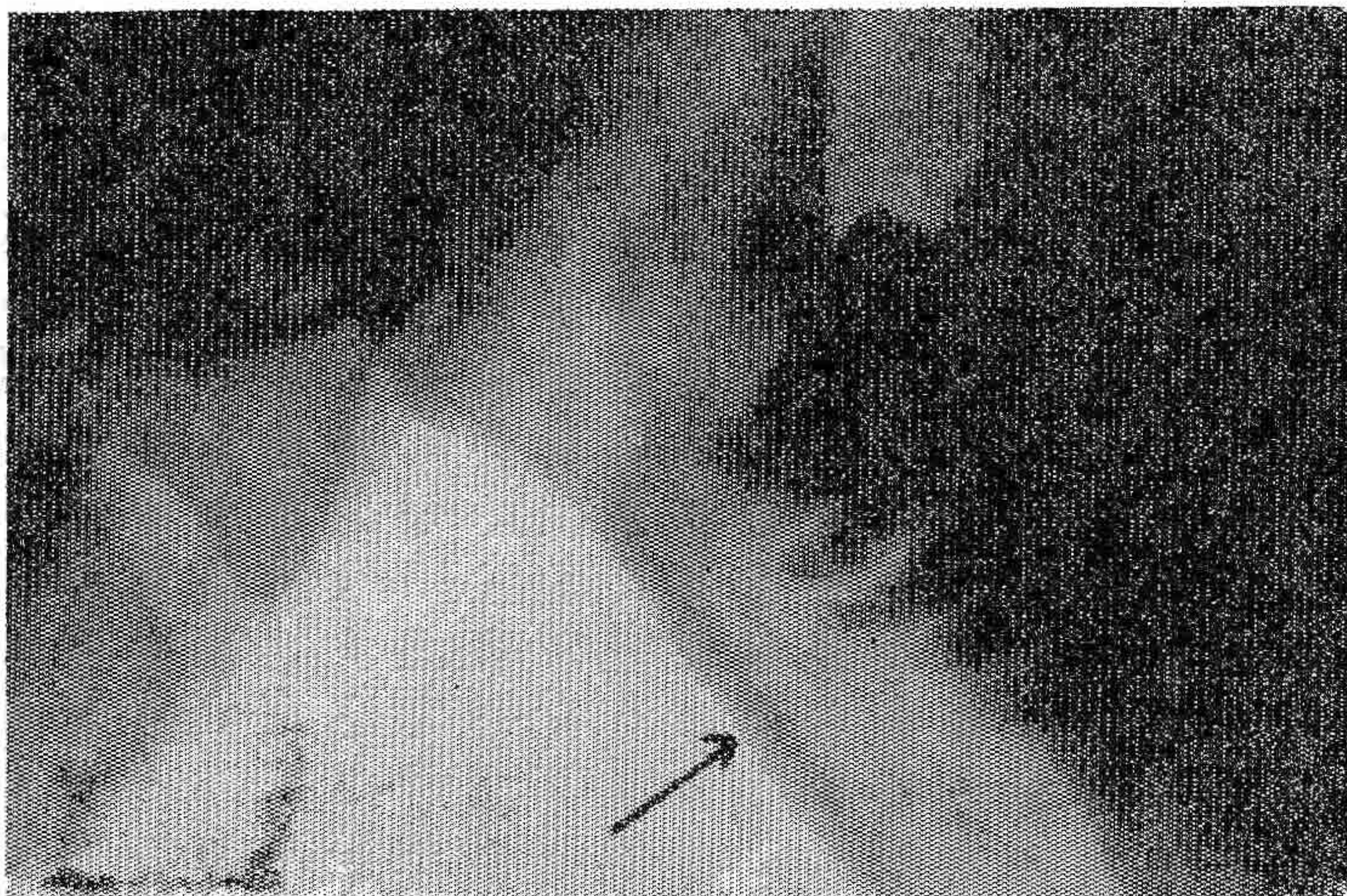
Num. 22.—A. F. I. Mujer de 46 años. Presenta dos cálculos, uno de conducto y otro de glándula submaxilar. El primero se extrae fácilmente, en el segundo la intervención es más laboriosa. En esta enferma la vuelta a la normalidad no se consigue hasta pasados tres meses; durante este tiempo ha habido ligeras molestias y persistió la induración de la glándula, que cedió lentamente, hasta desaparecer por completo transcurrido el tiempo señalado de tres meses.



Num. 23.—P. L. L. Hombre de 47 años. Cálculo salival del conducto de Wharton extracción quirúrgica por vía intrabucal.

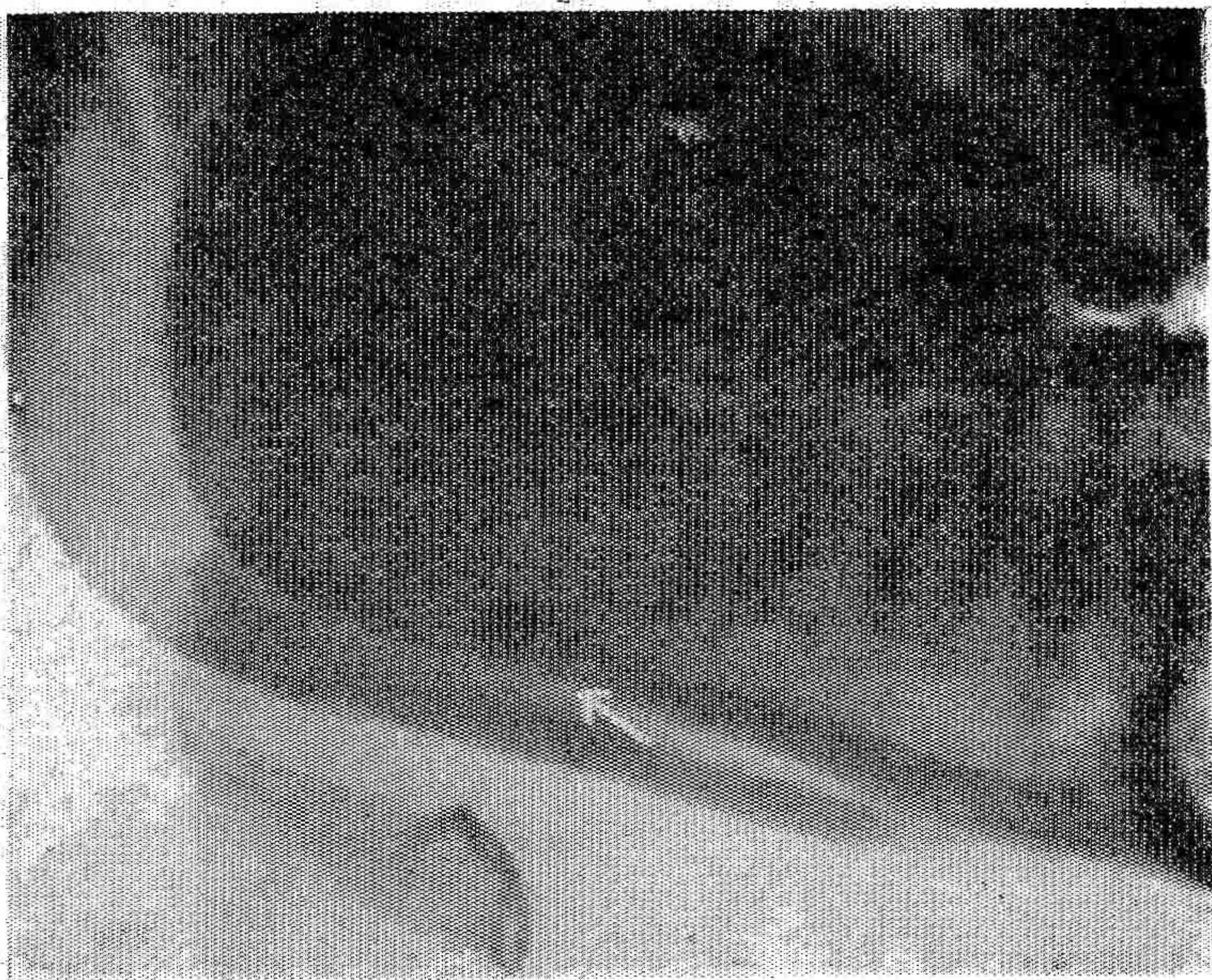
Núm. 24.—F. C. Hombre de 32 años. Desde hace diez días dolor e inflamación en la región submaxilar, que se acentúa durante las comidas. La exploración radiográfica es negativa. En la zona correspondiente al comienzo del conducto se aprecia al tacto una zona rugosa. Quirúrgicamente se extraen dos pequeños cálculos, desapareciendo todas las molestias y siendo dado de alta a los pocos días.

Núm. 25.—A. M. L. Hombre de 35 años. Cálculo de la glándula submaxilar, no visible en las numerosas radiografías. Al tacto se aprecia una zona indurada por dentro de la boca sobre la glándula, por donde se incinden hasta conseguir localizar el cálculo en el interior de la glándula, no consiguiendo la extirpación en esta primera intervención; se deja un drenaje y unos días después en un segundo intento se consigue la extracción del cálculo. Este tenía el tamaño de un garbanzo, con mucha materia orgánica y pocas sales, se desmorona espontáneamente hasta casi desaparecer en el mismo recipiente en donde le conservamos. Las molestias e inflamación desaparecieron en muy pocos días.



Núm. 26.—V. G. H. Hombre de 49 años. Cálculo de glándula submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

Núm. 27.—F. C. P. Hombre de 30 años. Exploración radiográfica negativa. Al hacer presiones exploratorias sobre la glándula expulsa un pequeño cálculo, que suponemos se hallaba alojado en el conducto, desapareciendo a continuación las molestias que aquejaban.



Núm. 28.—L. M. S. Hombre de 32 años. Desde hace diez días, molestias e inflamación en la región submaxilar derecha, que le desaparecían espontáneamente, teniendo temporadas de normalidad. Hace cuatro años le apareció un bulto debajo de la lengua, que también desapareció espontáneamente. Desde hace dos meses los síntomas se han agudizado y desde hace uno el dolor y la inflamación no han desaparecido. En la exploración radiográfica se aprecia un cálculo del tamaño de un guisante colocado intraglandularmente. Se interviene por vía intrabucal previa anestesia troncular, no consiguiéndose la extracción del mismo por encontrarse situado en la parte inferior de la glándula, aunque sí su localización, pues llega a tocarse con una sonda. Días después se procede a una segunda intervención bajo anestesia general con pentotal y éter intubándose por vía nasal. Las dificultades para la extirpación son insuperables. La glándula está dura con una consistencia acartonada, se decide la extirpación de la submaxilar por vía cutánea, a la que procedemos a continuación. La operación es normal. Las molestias posoperatorias son grandes; es dado de alta a los quince días, curado, persistiendo el trismus y alguna insensibilidad en la lengua que tiende a desaparecer. Dos semanas después se le forma un pequeño absceso por vía cutánea que cierra espontáneamente, sin que hayamos vuelto a tener noticias de este enfermo.

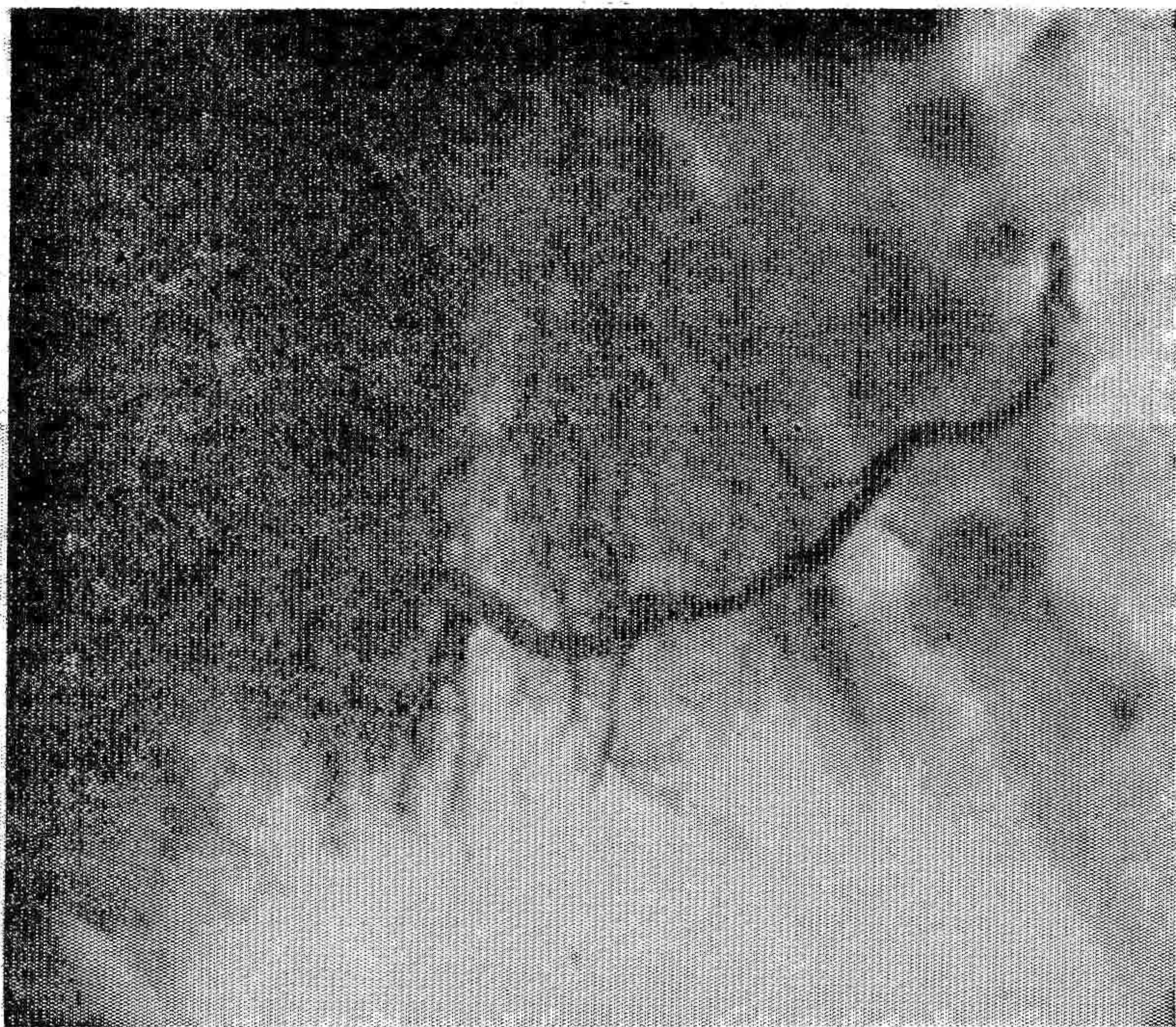
El cálculo aparecía fuertemente enclavado en la glándula, costándonos algún trabajo separarle de la pieza por las adherencias que le sujetaban y las rugosidades que presentaba la concreción.



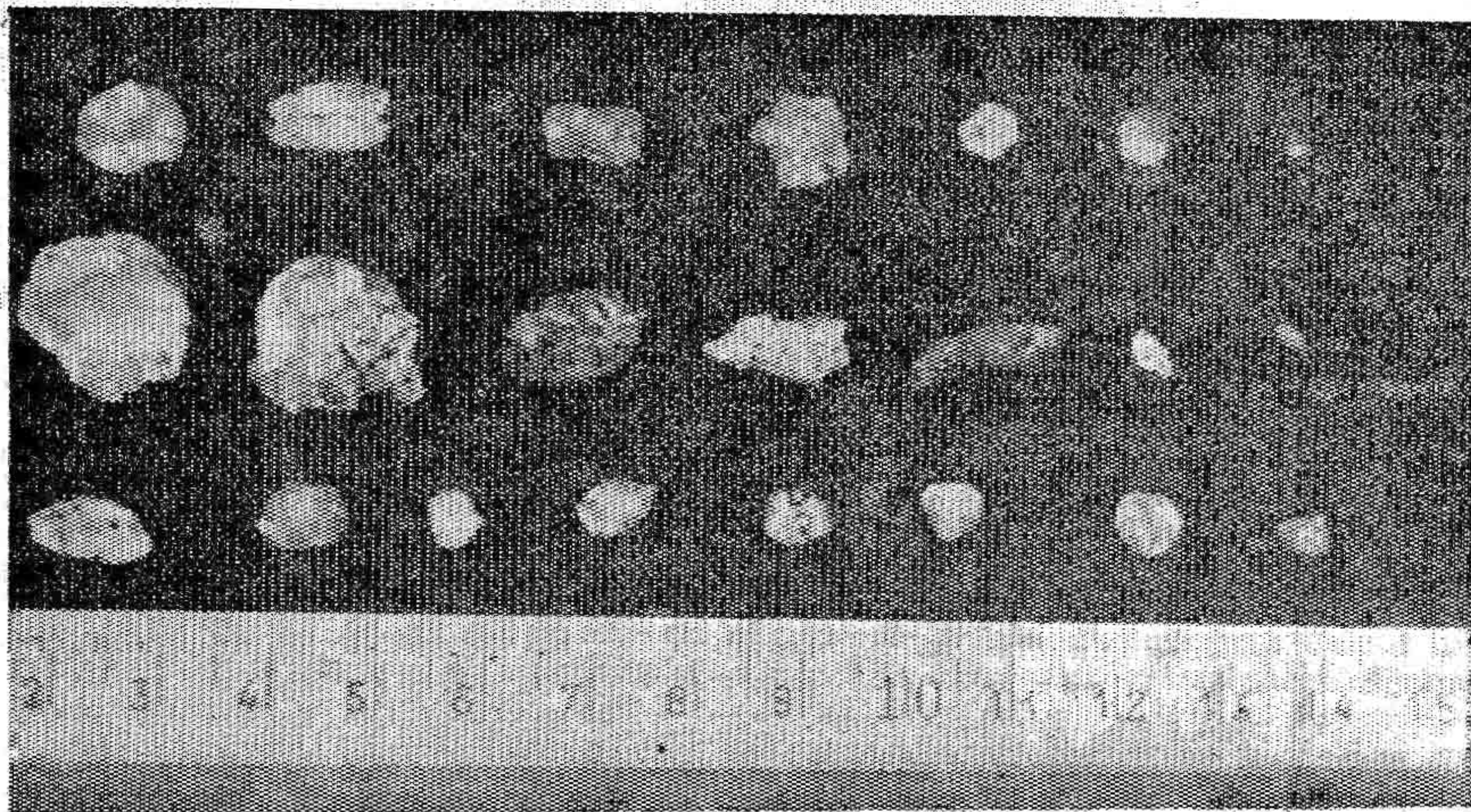
Num. 29.—F. H. P. Hombre de 25 años. Cálculo de conducto submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

De los restantes casos no poseemos exploraciones radiográficas. La sintomatología era de litiasis submaxilar. Pensamos en una expulsión espontánea o en desaparición de las molestias momentáneamente, pues son historias recientes y no han vuelto por la Consulta.

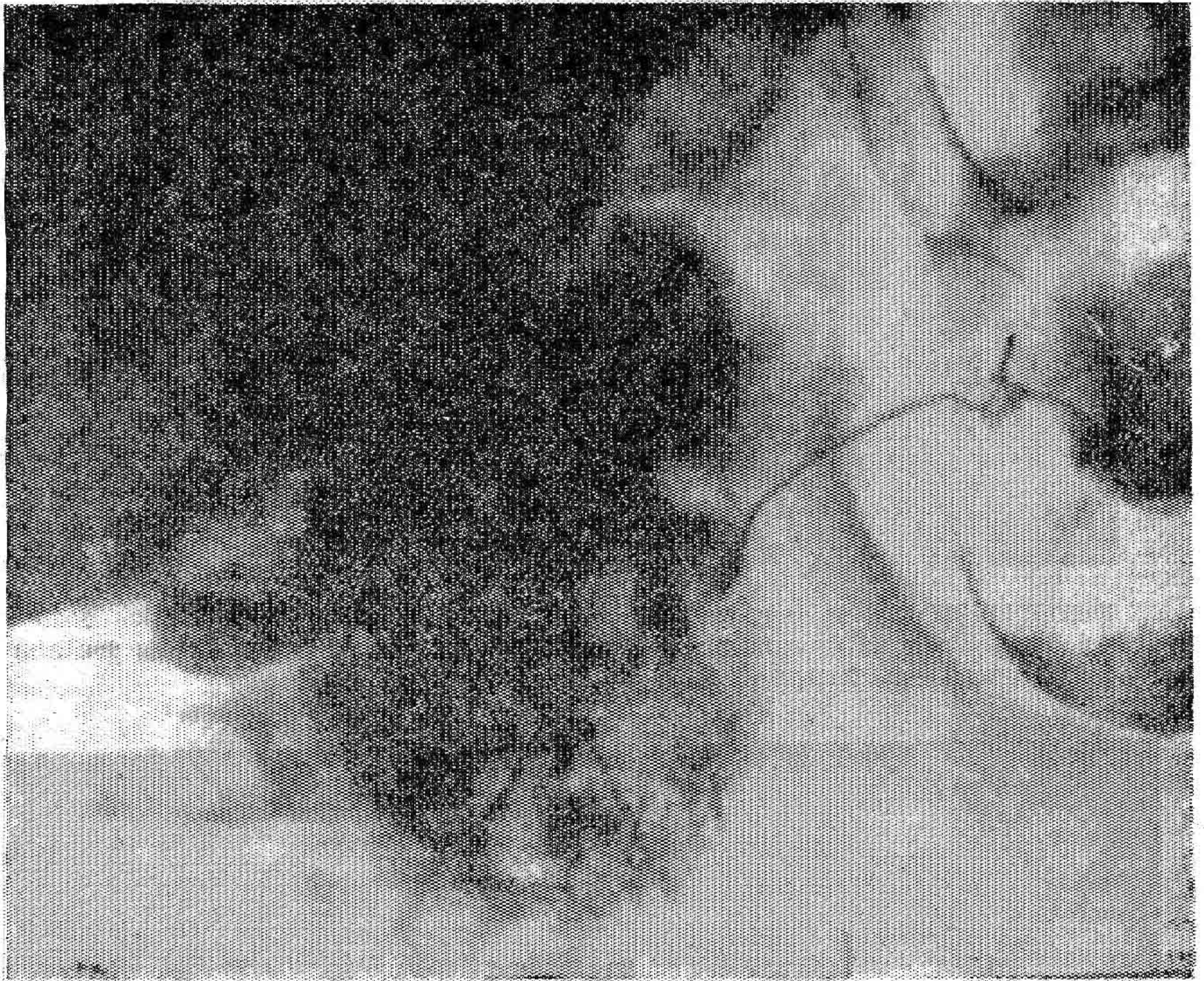
Presentamos a continuación dos sialografías hechas por nosotros en dos casos, en los que parecía se trataba de una litiasis de la glándula parótida.



Núms. 30-31.—En la primera la sialografía es normal, las molestias cedieron a los pocos días de practicada la sialografía, y en la segunda se trataba de un mixosarcoma encapsulado.



Núm. 32.—Algunos de los cálculos extraídos.



BIBLIOGRAFIA

ALCAZAR, Dr. F. del.—Un caso de cálculo del conducto de Wharton. *Anales Esp. de Odontoestomat.* Vol. III, 1944, pág. 180; per *Medicina y Cirugia de Guerra*, núm. 49, año 1942.

ALLING, C. C.—Sialolithiasis. *Oral Surg.* 1955, 8: 595-597, June.

BALLON, H. C., and D. H.—Salivary calculy. *Surg. Gynec. & Obst.*, 1937, 64: 226-228, Feb., 1.

BARANGER.—Cálculo salival en un niño de 14 años. *Bull et Memoires de la Societé Anat. de Paris*; per *la Odontologia*, nov., 1924, pág. 578.

BARRIGA, A.—Dos clasos clinicos de cálculos salivales. *Boletin de Odontologia de Bogotá, Colombia*.

BERGER, A., and BERKE, J. D.—Calculus of the submaxillary gland. *J. Am. Dental Assoc.*, 1936, 23: 1397-1418, Aug.

BLACK, D., and GODLOVE, L.—Bilateral salivary calculus. *Brit. M. J.*, 1933, 1: 15, Jan., 7.

BLASHILL, J. B.—Submaxillary stones; case report. *J. Michigan M. Soc.*, 1939, 38: 46, Jan.

BOYER, M. J.—The report of a number of cases of salivary calculus (sialolithiasis). *Am. J. Orthodontics*, 1941, 27: 435-447, Aug.

CHILDREY, J. H.—Phlegmon and fistula from calculus of submaxillary gland. *Arch. Otolaryng.*, 1938, 27: 204-207, Feb.

FURSTENBERG, A. C.—Diseases of the salivary glands. *J. A. M. A.*, 1948, 136: 1-4, Jan., 3.

GILMORE, G. B.—Calculi in the submaxillary gland and Wharton's duct. *Laryngoscope*, 1940, 50: 270-274, March.

GREELEY, P. W.—Sialolithiasis. *J. A. M. A.*, 1934, 102: 2078-81, June, 23.

GREENFIELD, S. D.—Salivary calculy. Report of 31 cases. *Laryngoscope*, 1942, 52: 629-623, Aug.

HARRISON, G. R.—Calculi of the salivary glands and ducts. *Surg. & Obst.*, 1926, 43: 431-435, Oct.

HAVENS, F. Z.—Removal of calculi from the submaxillary ducts;... *S. Clin. N. Am.*, 1935, 15: 1227-32, Oct.

HUSTED, E.—Sialolithiasis. *Act. Chir. Scandinav.*, 1953, 105: 161-171.

IVY, R. H., and CURTIS, L.—Salivary calculi. *Ann. Surg.*, 1932, 96: 979-986, Dec.

JONAS, E., et al.—Lipocalcinogranulomatosis whit recurrent salivary calculi. *Illinois M. J.*, 1939, 75: 344-346, April.

JONES, W. I.—Salivary calculi. *J. Am. Dent. Assoc.*, 1941, 28: 1477-78, Sept.

JORDAN, L. E.—Calculus expelled from the parotid gland. *Oral Surg.*, 1951, 4: 309-312, March.

LACRONIQUE et BEAR.—Un cas de lithiase sous-maxillaire pris pour un adenophlegmon. *Rev. de St.*, pág. 90, 1944.

LASSERRE, Ch.—Cinq cas de lithiase salivaire. *La Revue de Stomatologie*, 1932, pág. 115.

LEROUX, L.; CHEVALIER, A., et MONMIGNAULT.—La sialographie. *Jour. de Radiol. et d'Electrologie*. Tome 20, 3-4, 1944-1945.

MALTETE.—Litiasis salivare sous-maxillaire. Avulsion d'un gros calcul intragandulaire. *Societé d'Odonto-stomatologie de Bordeaux et sudouest*. Séance du 4 may. 1950.

MARONNEAUD, P.—Sur un cas de lithiase salivare. *Rev. Sto.*, pág. 73, añ. 1947.

MELANT, J. H.—Salivary gland and duct calcul. *A. M. A. Arch. Otolaryng.* 1952, 55: 389-90, March.

MINIERE.—Ulceration gingivale par calcul salivaire. Société Médecine de Rouen, Juillet 37.

NEW, G. B., and HARPER, F. R.—Chronic inflammation of the salivary glands with or without calculi. Surg. Gynec. & Obst., 1931, 53: 456-60, Oct.

NOEHREN, A. H.—Multiple calculi in Strenon's duct, report of an unusual case. J. A. M. A., 1923, 80: 25.

PILCHER, J. A., Jr.—Salivary calculus containing a foreign body. Arch. Otolaryng., 1937, 26: 531-33, Nov.

PLANCKE, J.—Contribution a l'étude de la lithiase sublinguale. Thèse Médecine, Paris, 1950, dactylographiée.

PORTALIER, BENOIS et RUZIE.—Un cas de lithiase sous-maxillaire chez un enfant de 9 ans. Rev. Stm., pag. 91, 7, 1951.

PUTNEY JOHNSON and SHAPIRO MURON.—Arch. of Otolaryngs. Vol. 51, pag. 526-34, April 1950.

RICE, A. H.—Calculus major. Arch. Otolaryng., 1949, 49: 331, March.

RICHARD, M.; CERNEA et HENNION.—La rétention lipiodolée après Sialographie symptôme d'obstruction canaliculaire. Rev. d'Oto., pag. 195, 1942.

RIES CENTENO.—Revista de la Asoc. Odontol. Argent. Vol. 43. núm. 8, Ago. 1955. Casos de Cir., pag. 304.

RITCHIE, T. J.—Submaxillary calculus: spontaneous cure. M. J. Australia, 1947, 2: 335, Sep. 13.

ROBERTS, W. E.—A new technique for demonstrating calculi in the parotid gland. Southern Med. & Surg., 1943, 104: 373, Aug.

ROY, M.—Une observation de calcul salivaire. Revue de Stomatologie, pag. 299, 1937.

RUPPE, C. H.—Lates et Mme. Voisin. A propos de 5 cas de lithiase parotidienne. La Revue de Stomatologie, 1934, pag. 764.

SCHROPP, R. C.—Surg. lesions of the salivary glands. Surg. Staff Meetings, VA Center, Des Moines, La., 1951, 5: No. 4, Nov. 1.

SMITH, H. B., and COON, E. H.—Salivary calculi, with report of a case of stone in Stenon's duct in a boy aged eleven years. M. Times & Long Island M. J., 1934, 62: 215, July.

SOLDUGA, Dr.—Un caso de litiasis salival. Anal. Esp. de Odontoestomat. Vol. III, 1944, pag. 77; per Farmacología y Terapéutica, núm. 31. Julio 1942.

SPECTOR, S.—Submaxillary duct calculi. A. M. A. Arch. Otolaryng. 1955, 62: 287-91, Sept.

STOUT, P. S.—Dry mouth, vile taste, calculus in submaxillary gland. Laryngoscope, 1935, 45: 962, Dec.

TENEMBAUNN, B., y KARSHAN, M.—Concepción y formación de los cálculos salivales. Anal. Esp. de Odontoestomat. Vol. V, año 1946, pag. 1095; per Rev. Dent. de Chile. Vol. XXXVIII.

THEODORESCU, Dan.—Lithiase salivaire. Rapport présenté au 7 Congrès Roumain du Chirurgie. Ref. Revue de Stomatologie, 1937.

THOLEN, E.—Calculus of the salivary glands. Arch. Otolaryng., 1942, 35: 761-765, May.

VILLAR PEREZ, F.—Cálculo salival en el conducto de Wharton. Anal. Esp. de Odontoestomat. Vol. I, pag. 343, 1942.

WALTERS, C. H. A.—Sialolithiasis. Canad. M. A. J., 1934, 30: 533-35, May.

ZIEGELMAN, E. F.—Calculi in the submaxillary and sublingual glands and their ducts. Arch. Otolaryng., 1934, 19: 318-325, March.