

424/1122 - DOCTORA, ME DUELE EL CUELLO

V. Cascales Saéz¹, R. Romera Martínez², J. López Marín³ y M. Martínez Ferri¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Algar. Cartagena. Murcia. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 65 años con hipertensión arterial, sin otros antecedentes de interés. Acudió a consulta de Atención Primaria por febrícula, odinofagia y tumoración submandibular derecha intensamente dolorosa desde hace 3 días. Negaba catarro o faringoamigdalitis aguda previos. Tras realizar amnesias dirigida, describió cuadros intermitentes de dolor y cierta inflamación en la misma zona desde hace 1 año aproximadamente, que empeoraba antes y durante las comidas. Estos episodios cedían con tratamiento analgésico habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Orofaringe: no trismus. Faringe hiperémica con amígdalas hipertróficas sin exudados. Se palpaba posible sialolito en suelo de la boca, próximo a conducto de Wharton derecho. Cuello: glándula submaxilar derecha aumentada de tamaño, dolorosa e indurada a la palpación bimanual.

Orientación diagnóstica: Con sospecha de sialoadenitis de glándula submaxilar derecha secundaria a sialolitiasis, se remitió a Urgencias. Allí fue valorado por otorrinolaringólogo de guardia, quien realizó extracción del sialolito tras incisión en conducto de Wharton derecho bajo anestesia local.

Diagnóstico diferencial: Linfadenitis. Tumor de glándula salival. Sialadenitis por infección bacteriana, viral o fúngica. Inflamación no infecciosa de glándula salival (síndrome de Sjögren, sarcoidosis, linfoma). Estenosis del conducto salival. Absceso dental.

Comentario final: La sialolitiasis aparece con más frecuencia en la glándula submandibular (80%). Cursa con dolor posprandial y edema local con curso intermitente. Su causa aún no es totalmente conocida. Generalmente no es necesario realizar exploraciones complementarias, pero con la tomografía computarizada sin contraste podemos localizar casi la totalidad de los cálculos independientemente del tamaño, mientras que con la ecografía se pueden detectar la mayoría de los sialolitos > 2 mm. También se dispone de la sialografía, pero es una técnica más invasiva. La sialolitiasis puede complicarse con una sialadenitis. El tratamiento conservador es de primera línea: compresas calientes, masaje, hidratación y antibióticos. Los cálculos localizados distalmente en el conducto y palpables, pueden extirparse transoralmente bajo anestesia local (como en nuestro caso), mientras que para los más proximales puede ser necesaria la extracción de la glándula.

Bibliografía

1. Wilson KF, Meier JD, Ward PD. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician*. 2014;89(11):882-8.
2. Fazio SB, Emerick K. Salivary gland stones. UpToDate; 2018.

Palabras clave: Sialadenitis. Sialolitiasis. Glándula submandibular.