

CASO CLÍNICOOnline ISSN: 2665-0193
Print ISSN: 1315-2823**Sialoadenitis infecciosa crónica producto de una infección odontogénica. Reporte de un caso****Chronic infectious sialoadenitis due to an odontogenic infection. Case report**Bustillos Lorena¹, Sosa Darío², Saba Salami Silvio³

¹Centro de Investigaciones Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. ²Residente del Postgrado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital, Venezuela. ³Clínica Integral del Adulto III. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

bustillo@ula.ve

Recibido 13/05/2020
Aceptado 07/06/2020**Resumen**

Los trastornos de las glándulas salivales incluyen etiologías inflamatorias, bacterianas, víricas y neoplásicas, estas pueden ser agudas, recurrentes o crónicas. Las infecciones de glándulas salivales producidas por bacterias y virus son más frecuentes que las producidas por hongos y protozoarios. La glándula más frecuentemente afectada es la parótida. En este caso se evaluó a una paciente femenina de 63 años quien acude a consulta en la Clínica Integral del Adulto III refiriendo “inflamación constante del lado izquierdo de la cara que coincide e intensifica con la ingesta de alimentos”, muestra ultrasonido, tomografía computarizada (TC) y sialografía de parótida izquierda solicitados por el otorrinolaringólogo tratante, quien había indicado extirpación total de la misma. El ultrasonido indica aumento de tamaño de bordes lisos y regulares, parénquima heterogéneo y eco refringente, concluyendo con un proceso inflamatorio crónico de la glándula, ectasia ductales y quiste simple intraparenquimatoso. La sialografía revela aumento de volumen e hipervascularización, presencia de ganglios intraparenquimatosos densos, señalando proceso inflamatorio difuso, recomendándose TC; que muestra una glándula aumentada de volumen en relación a un proceso inflamatorio de la zona. Al examinar clínicamente se indica Rx periapical (24, 25, 26) por presencia de fistula en tercio medio radicular de la unidad dentaria (U.D.) 25; observándose, lesión a nivel periapical consecuencia de un tratamiento de conducto defectuoso por falsa vía en la curvatura de la raíz, 15 años atrás. Igualmente se indicó un cultivo bacteriano que mostró *Streptococcus* beta hemolítico G. Se diagnosticó una Sialoadenitis infecciosa producto de una infección odontogénica, que tratada con antibioticoterapia y la posterior exodoncia del 25, remitió completamente la sintomatología presentada. Luego de 6 meses la paciente refiere completa normalidad.

Palabras clave: sialoadenitis, glándulas salivales, *Streptococcus* beta hemolítico.

Summary

Salivary gland disorders include inflammatory, bacterial, viral, and neoplastic etiologies, which can be acute, recurrent, or chronic. Salivary gland infections are caused by bacteria and viruses are more frequent than those caused by fungi and protozoa. The most frequently affected gland is the parotid gland. In this case, a 63-year-old female patient was evaluated, who consulted at the Integral Adult Clinic III, referring to “constant inflammation of the left side of the face that coincides and intensifies with food intake”, shows an ultrasound, computerized tomography (CT) and left parotid sialography requested by the treating otolaryngologist, who had indicated total removal of the same. The ultrasound indicates an increase in the size of smooth and regular edges, a heterogeneous parenchyma and a refractive echo, concluding with a chronic inflammatory process of the gland, duct ectasia and a simple intraparenchymal cyst. Sialography revealed increased volume and hypervascularization, presence of dense intraparenchymal nodes, indicating a diffuse inflammatory process, and a CT scan is recommended; showing an enlarged gland in relation to an inflammatory process in the area. When clinically examined, periapical Rx (24, 25, 26) is indicated due to the presence of a fistula in the root medial third of 25; observing, widening of the periodontal ligament consequent with treatment of the defective duct by false route in the curvature of the root, 15 years ago. Likewise, a bacterial culture that showed *Streptococcus* beta hemolytic G was indicated. An infectious sialadenitis due to an odontogenic infection was diagnosed that treated with antibiotic therapy and the subsequent tooth extraction of 25, completely remitted the symptoms presented. After 6 months the patient reports complete normality.

Keywords: sialadenitis, salivary glands, *Streptococcus* beta hemolytic.

Introducción

Las glándulas salivales forman parte de las glándulas exocrinas del sistema digestivo, constituidas por un conjunto de células dispuestas en forma tubuloacinar cuya función es sintetizar la saliva que se vierte en la cavidad oral¹.

Hay 3 pares de glándulas salivales mayores: parótidas, submandibulares y sublinguales y miles de glándulas salivales menores dispersas por toda la mucosa bucal, la mucosa labial, la mucosa lingual, el paladar blando, el piso de la boca y la faringe^{2,3}. La parótida produce secreción serosa y drena al conducto parotídeo. Las glándulas submandibular y sublingual drenan su secreción en el suelo de la boca, siendo esta secreción seromucosa en el caso de la primera y mucosa para la segunda^{3,4}. Entre los trastornos que pueden afectar las glándulas salivales podemos mencionar las obstrucciones dolorosas, las alteraciones inmunológicas, los tumores benignos y malignos^{3,4} y las infecciones, siendo las glándulas parótidas las más afectadas, y en menor medida las glándulas submandibulares.^{1,5}

La sialoadenitis es la afección inflamatoria de las glándulas salivales y puede ser aguda o crónica^{1,4,6-8}. La sialoadenitis crónica puede desarrollarse secundaria a la obstrucción ductal (sialolestenosis, sialolitiasis) o en ciertos trastornos relacionados con el sistema inmune (síndrome de Sjögren y sarcoidosis). En cambio, la sialoadenitis aguda puede ser el resultado de infecciones bacterianas (propagación retrógrada de bacterias secundaria a una disminución del flujo salival) e infecciones virales (parotiditis, citomegalovirus)⁷. En una evaluación clínica a casi 900 pacientes realizada en 2009, las infecciones en glándulas salivales relacionadas a litiasis salivales se ubicaban en un 73.2%, mientras que un 22.6% no estaban relacionadas con sialolitos^{9,8}. Para 2020, otro estudio con

3127 biopsias señala un porcentaje claramente bajo (3,93%) de presencia de sialoadenitis no relacionada a litiasis, por lo que este tipo de sialoadenitis es poco común.^{10,9}

La sialoadenitis bacteriana está condicionada por el estado inmunológico del paciente y por la disminución del flujo salival¹. Tiene una mayor incidencia en las glándulas parótidas y los pacientes pueden llegar a presentar inflamación de la glándula afectada, dolor, eritema, trismo, sensibilidad, fiebre de bajo grado y malestar general^{2,7,8}. El agente causal más común de la sialoadenitis es *Staphylococcus aureus*^{2,3}, además de diferentes especies de estreptococos y *Haemophilus influenzae*.²

Para el diagnóstico de los trastornos de las glándulas salivales se debe iniciar siempre con una historia clínica, seguida por un examen clínico minucioso en búsqueda de inflamación dolorosa o indolora de la glándula, sensación de sequedad de la boca (xerostomía) y síntomas locales o sistémicos de una infección. Aunque en muchos casos el examen clínico por sí solo puede proporcionar un diagnóstico, siempre es importante complementar con estudios imagenológicos (radiografías convencionales, sialografías, sialoendoscopia y resonancia magnética) y con estudios de laboratorio (si se sospecha el síndrome de Sjögren, sarcoidosis o un proceso infeccioso).³

El tratamiento de la sialoadenitis bacteriana requerirá la prescripción de antibióticos (previa realización de cultivo y antibiograma), tratamiento sintomático de los síntomas, aumento de la ingesta de líquidos, buena higiene bucal y en casos extremos, la resección quirúrgica de la glándula afectada.^{2,3,7,8}

En el presente reporte se presenta un caso en donde el diagnóstico correcto combinado con un tratamiento apropiado, le evitaron a la paciente la extirpación quirúrgica de la glándula parótida

izquierda, garantizándole de esta forma menos molestias y una mejor calidad de vida.

Descripción del caso

Paciente femenina de 63 años quien acude a consulta en la Clínica Integral del Adulto III de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, en el mes de Enero de 2019. Previo consentimiento informado se procedió a elaborar la historia clínica. La paciente refiere: “inflamación constante del lado izquierdo de la cara que coincide e intensifica con la ingesta de alimentos”, manifiesta aumento de tamaño de su mejilla del lado izquierdo, dolor relacionado con la ingesta de alimentos con un tiempo de evolución de 2 meses, sin secreción purulenta (Figura 1). No refiere condición sistémica de base ni antecedentes médicos relevantes familiares.



Figura Nro. 1. Fotografía inicial de la paciente. Se observa aumento de volumen en hemicara izquierda.

Al momento de la consulta, no presentaba fiebre ni dificultad para comer o tragar. Refiere haber acudido a su médico, y fue referida al otorrinolaringólogo, el cual le dio como diagnóstico médico: “Inflamación de la glándula

parótida con indicación para extirpación quirúrgica”.

Al momento de la anamnesis la paciente muestra ultrasonidos, TC y sialografía de parótida izquierda solicitados por el otorrinolaringólogo tratante quien había indicado extirpación total de la misma. El ultrasonido indica aumento de tamaño de bordes lisos y regulares, parénquima heterogéneo y eco refringente, concluyendo con un proceso inflamatorio crónico de la glándula, ectasia ductales y quiste simple intraparenquimatoso (Figura 2).

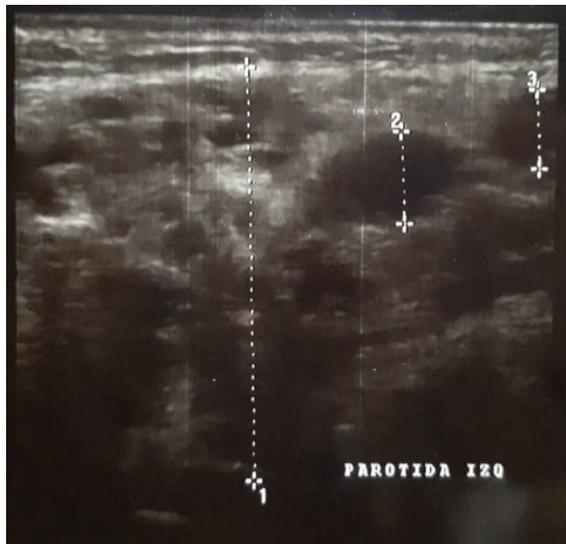


Figura Nro. 2. Ultrasonido de glándula parótida

La sialografía indica aumento de volumen e hipervascularización, presencia de ganglios intraparenquimatosos hipericoicos, señalando un proceso inflamatorio difuso y ductos dilatados (Figura 3).



Figura 3. Sialografía de glándula parótida izquierda.

La tomografía axial computarizada muestra imagen hiperdensa de la glándula afectada con aumento de volumen en relación a un proceso inflamatorio de la zona (Figura 4).

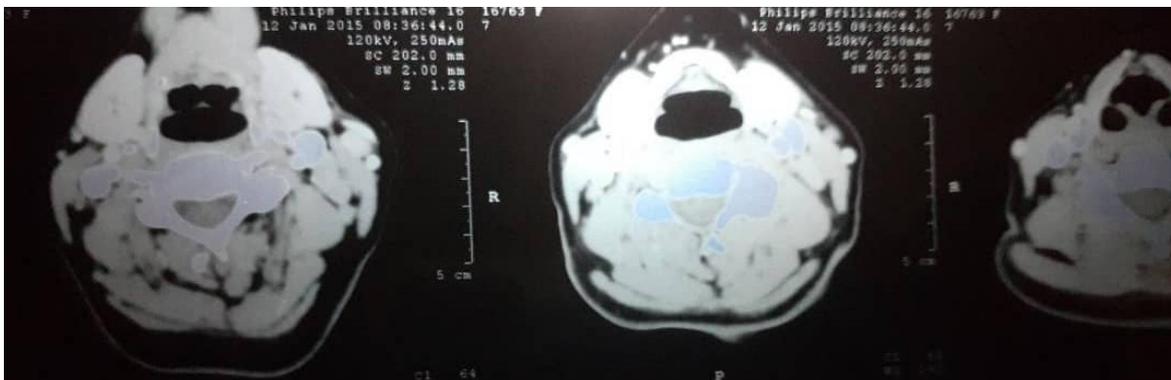


Figura 4. Tomografía axial computarizada. Corte coronal para observar glándula parótida afectada.

En el examen extraoral se observa asimetría del lado izquierdo, superficie lisa, dolor a la palpación, de consistencia suave y gomosa.

En la evaluación intraoral no se observan procesos cariosos, ni presencia de placa bacteriana, buena higiene oral y una fístula en la vertiente vestibular en relación al 25, motivo por el que se indica Rx periapical (Zona 456 superior izquierda) (Figura 5).



Figura Nro. 5. Radiografía periapical zona 24, 25, 26. Se observa una imagen radiolúcida de bordes poco definidos asociada al tercio medio-apical, tanto por mesial como distal de la raíz de U.D. 25, compatible con un proceso periodóntico-apical crónico.

En la radiografía periapical, se observa ensanchamiento del ligamento periodontal consecuente con tratamiento de conducto defectuoso por falsa vía en la curvatura de la raíz, 15 años atrás y una lesión a nivel del tercio medio-apical.

Luego de la valoración clínica y la posterior evaluación de los exámenes radiográficos, se indicó un cultivo de saliva de la glándula afectada cuya muestra se tomó en el conducto parotídeo (Figura 6).

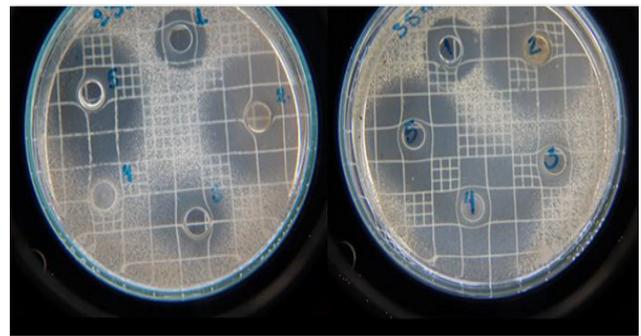


Figura Nro. 6. Antibiograma. Se observan los halos de inhibición

El cultivo determinó la presencia de *Streptococcus* beta hemolítico G. Lo que permitió establecer el diagnóstico de una “Sialoadenitis infecciosa de glándula parótida producto de una infección odontogénica” que fue tratada con antibioticoterapia: Unasyn (Ampicilina+Sulbactam) 750 mg cada 8 horas por 15 días.

Con respecto al tratamiento odontológico se indicó la extracción del 25, y su posterior rehabilitación. La sintomatología remitió completamente. Luego de 6 meses la paciente refiere completa normalidad, sin sintomatología asociada (Figura 7).



Figura Nro. 7. Seguimiento a los 6 meses post tratamiento. Se observa una disminución del volumen en hemicara izquierda

Discusión

La sialoadenitis infecciosa crónica se ubica en porcentajes muy bajos con respecto a las afecciones de glándulas salivares mayores, específicamente la no asociada a sialolitos, lo que la convierte en una condición poco común^{9,10}. Esta condición puede darse en cualquier momento de la vida, tanto en neonatos como en adultos mayores^{10,11}, sin distinción de sexo.¹¹

En cuanto a la sintomatología, la sialoadenitis infecciosa crónica cursa con fiebre y adenopatías satélites, tal como lo exponen Marcante *et al.*⁸, sin embargo, la paciente del presente caso clínico no presentaba sintomatología febril ni adenopatías. También se presentó inflamación y dolor de la glándula salival de larga data de evolución, agravada cuando existía estimulación de la misma, tal como lo exponen Cascarini *et al.*⁹ y Wilson, Meier y Ward², concordando con nuestros hallazgos.

El manejo correcto de este tipo de casos debe contar con todos los recursos diagnósticos disponibles y una correcta historia clínica que permita condensar a través del interrogatorio la condición sistémica del paciente. En el diagnóstico de la sialoadenitis infecciosa deben indicarse exámenes imagenológicos al paciente, concordando con lo expuesto por Cascarini *et al.*⁹

El ultrasonido es un método efectivo y económico ampliamente utilizado para el diagnóstico de esta patología¹²; a través de este examen pueden observarse lesiones focales o difusas en la glándula, específicamente en el ducto, además de quistes intraparenquimatosos, concordando con lo evidenciado en el ultrasonido de la paciente. Además, estos autores señalan el uso de la sialografía, la cual identifica el trayecto del ducto a través de la inyección de un material de contraste, convirtiendo esta técnica en invasiva. Sin embargo, es un método

diagnóstico ampliamente usado para identificar posibles obstrucciones en el árbol ductal de la glándula. Esto es corroborado por Qi, Liu y Wang¹³, quienes además complementan a la sialoadenografía con una sialoendoscopia. En el presente caso, se evidenció sialectasis sin evidencia de obstrucción. En cuanto a la TC, se observan apariencia granular y formaciones quísticas, además de un patrón no homogéneo, corroborando el diagnóstico de sialoadenitis crónica bacteriana.⁸

Algunos autores^{2,8,9,11-14} sostienen que la sialoadenitis bacteriana afecta principalmente a la glándula parótida, debido a su alto contenido seroso en comparación con las demás glándulas salivares mayores, las cuales son de naturaleza mucosa y cuentan con la presencia de lisozima, que actúa directamente sobre los mucopéptidos de la pared celular bacteriana. Además, presenta inmunoglobulinas y otros factores protectores frente a agentes infecciosos bacterianos.

Dentro de sus posibles causas, la etiología vírica es la más reportada⁸. Sin embargo, las sialoadenitis infecciosas de origen bacteriano son poco frecuentes y están asociadas a una reducción del flujo salival y alteración del componente inmunológico. Goyal *et al.* en el 2018¹¹ mencionan la relación entre la diabetes y la sialoadenitis infecciosa. La mejor forma de diferenciar entre la etiología vírica y bacteriana es la presencia de supuración del conducto salival y el hallazgo imagenológico de supuración en el parénquima. Sin embargo, en este caso no hubo presencia de secreción purulenta en ningún momento. Además, el proceso puede darse por infección secundaria crónica sin resolución^{8,9,11,14}, tal como se presenta en este caso clínico: el origen de la infección ductal se asocia al proceso periapical reagudizado de la U.D. 25.

Varios autores^{2,3,11,12} coinciden en que el principal agente causal bacteriano es el *S. aureus*. Como pudo evidenciarse a través del

antibiograma, la bacteria presente fue *Streptococcus B hemolítico G*, un microorganismo poco común en esta patología de glándulas salivales, aunque Wilson, Meier y Ward² también mencionaron sialoadenitis infecciosa de origen bacteriano producidas por diferentes especies de estreptococos, coincidiendo con este caso. También existe evidencia de casos de parotiditis causadas por agentes infecciosos bacterianos poco comunes, tal como lo presentan Lee y Liu¹⁶ y Virmani y Dabholkar¹⁷ donde el agente infeccioso fue *Mycobacterium tuberculosis*. También se han reportado estudios donde se relaciona la presencia del *Streptococcus B hemolítico G* con infecciones dentales¹⁷. Esto confirma la relación existente entre la infección recurrente en la U.D. 25 y la posible migración bacteriana al conducto de la glándula parótida, causando la sialoadenitis. Cabe destacar que Mahalakshmi *et al.*¹⁸ utilizaron antibióticos y analgésicos como tratamiento a pesar de no tener una etiología no específica, ya que no se realizó un estudio microbiológico. Sin embargo, tuvieron éxito en la resolución de la sialoadenitis, al igual que en este caso, donde se utilizó ampicilina + sulbactam, logrando una remisión exitosa, evitando tratamientos radicales quirúrgicos que puedan afectar la calidad de vida de la paciente.

Conclusión

La sialoadenitis infecciosa crónica es una entidad rara que afecta las glándulas salivales mayores, con predilección a la glándula parótida. Por lo tanto, el odontólogo debe solicitar todas las pruebas diagnósticas que considere necesarias para esclarecer el cuadro clínico, además de realizar interconsultas médico-odontológicas en las afecciones de cabeza y cuello. Esto es necesario para la elaboración de un correcto diagnóstico y plan de tratamiento que le garantice al paciente una pronta recuperación de su salud.

Es importante señalar que los procesos infecciosos de origen dental pueden estar relacionados con frecuencia a otras patologías de la cavidad bucal. En este sentido, el cultivo y antibiograma constituyen un elemento diagnóstico de gran utilidad para determinar de forma específica el origen infeccioso y la sensibilidad de los microorganismos a los fármacos. Esto permite la prescripción del antibiótico más adecuado para el tratamiento de la infección respectiva disminuyendo la posibilidad de crear una resistencia antibiótica.

Referencias

1. Ávila-Sánchez C, Téllez-Rodríguez J, López-Fernández R. Sialoadenitis bacteriana crónica recurrente de la infancia. Caracterización clínica. *Acta Pediatr Mex.* 2015; 36:114-21.
2. Wilson K, Meier J, Ward P. Salivary Gland Disorders. *American Fam Physician.* 2014; 89(11):882-8.
3. Ogle O. Salivary Gland Diseases. *Dent Clin N Am.* 2019; 64(2020):87-104.
4. Álvarez F, Rodríguez de la Rúa V. Parotiditis y otras afecciones de las glándulas salivales. *Pediatr Integral.* 2014; XVIII(3):153-60.
5. Demaría G, Lasa V, Arroyo S. Patología inflamatoria de las glándulas salivales. En: García Marín F, coordinador. *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.* Madrid: Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial; 2006. p. 685-92.
6. Schröder SA, Eickhardt S, Bjarnsholt T, Nørgaard T, Homøe P. Morphological evidence of biofilm in chronic obstructive sialadenitis. *J Laryngol Otol.* 2018; 132(7):611-4.
7. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. *Salivary Gland Pathology.* In: *Color Atlas of Oral and Maxillofacial Diseases.* Netherlands: Elsevier; 2019. p. 273-97.



8. Marcante N, De Paula D, Tavares L, Nery D, Tavares M. Sialodenite crônica em glândula submandibular: relato de caso clínico. *Oral Sci.* 2017; 9(1):3-6.
9. Cascarini L, McGurk M. Epidemiology of Salivary Gland Infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009; 21(3):353-7.
10. Sesenta Junior C, Camarini C, Balan I, Vessoni L, Chicarelli M, de Souza E. Epidemiological Profile of salivary gland lesions diagnosed in a higher education institution: an observational and retrospective study of 381cases. *Acta Scientiarum.* 2020; 42(e51302):5 p.
11. Goyal N, Deschler DG. Bacterial Sialadenitis. In: Durand ML, Deschler DG, editors. *Infections of the Ears, Nose, Throat, and Sinuses.* Switzerland: Springer International Publishing; 2018. p. 291-299.
12. Ramírez Osorio JA, Peña Valenzuela A. Enfoque y tratamiento actual de la parotiditis recurrente. Revisión sistemática de la literatura. *Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello.* 2020; 38(1)39-44.
13. Qi S, Liu, X y Wang S. Sialoadenoscopy and Irrigation Findings in Chronic Obstructive Parotitis. *The Laryngoscope.* 2005; 115(3):541-5.
14. Abdel Razek AAK, Mukherji S. Imaging of sialadenitis. *The Neuroradiology Journal.* 2017; 30(3):205-215.
15. Miranda García MC. Comportamiento de los estreptococos beta-hemolíticos en escolares. *Sanid Mil.* 2012; 68(1):17-21.
16. Lee I, Liu J. Tuberculosis Parotitis: Case report and Literature Review. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2005; 114(7):547-51.
17. Virmani N, Dabholkar J. Primary tubercular sialoadenitis-a diagnostic dilemma. *Iran J Otorhinolaringol.* 2019; 31(102):45-50.
18. Mahalakshmi S, Kandula S, Shilpa P, Kokila G. Chronic Recurrent non-specific parotitis. *Ethiop J Health.* 2017; 27(1):95-100.

