

| **Reporte de Caso**

Submaxilectomía bilateral secundaria a sialoadenitis litiásica en un varón adulto joven

Wilson Barragán – Cabezas^{1,2}, Santiago Encalada-Granda²✉, María Toledo-Espejo²

¹Hospital General Enrique Garcés, Quito, Ecuador.

²Especialidad de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Autor para correspondencia: Santiago Encalada-Granda **E-mail:** santiagoenc.g@hotmail.com

| RESUMEN

La principal indicación para la escisión de la glándula submandibular incluye la litiasis salival con obstrucción ductal secundaria y sialoadenitis recurrente, además de neoplasias benignas y sialorrea refractaria. Entre las complicaciones reportadas de este procedimiento se encuentran parálisis temporales o permanentes del nervio hipogloso, así como de la rama marginal del nervio facial, fistula orocutánea y formación de hematomas. En el presente caso se reporta un paciente masculino de 32 años sometido a submaxilectomía bilateral en dos tiempos quirúrgicos con intervalo de un año entre procedimientos. Se observaron complicaciones transitorias leves y sin recidivas hasta 2 años postquirúrgico, demostrando la seguridad de este procedimiento mediante abordaje submandibular transcervical.

| PALABRAS CLAVE

Escisión de glándula submandibular, submaxilectomía, sialolitiasis, sialoadenitis

ACEPTADO: Marzo 2025

PUBLICADO: Julio 2025

DOI: [10.54753/rsh.v1i1.2423](https://doi.org/10.54753/rsh.v1i1.2423)

1. Introducción

La glándula submandibular se localiza en la región submandibular (triángulo suprahioideo lateral), bajo el piso de la boca y posterior al músculo milohioideo. Está rodeada por una cápsula fibrosa y su forma se adapta al espacio delimitado por el borde inferior de la mandíbula y los vientres anterior/posterior del músculo digástrico. Su conducto excretor (Wharton) asciende para desembocar en la carúncula sublingual, cruzando superficialmente al nervio lingual. La vascularización depende de las arterias lingual y facial, que acompañan a la vena facial y a la rama marginal del nervio facial (VII). Estructuras adyacentes relevantes son el nervio hipogloso (XII), el nervio lingual (V3) y la rama marginal del facial con su vasos que lo acompañan (Righini et al., 2024).

En la patología submandibular destaca la sialoadenitis que manifiesta de forma aguda con inflamación de la región submandibular, dolor a la masticación, disfagia y, en ocasiones, secreción purulenta a través del conducto de drenaje, en un contexto febril (38-39 °C) mientras que las formas crónicas presentan pocos síntomas y suelen asociarse a episodios recurrentes de inflamación, la fisiopatología litiásica suele ser la hipótesis principal (principalmente calcio) consecuencia de un círculo vicioso cuyo elemento principal es la estasis salival, la presencia de cálculos, asociada en mayor o menor grado a gérmenes de la cavidad oral, genera fenómenos inflamatorios e infecciosos crónicos provocando atrofia glandular, hiposialia, aumento de estasis salival y, con ello, la formación de cálculos. Existe un claro predominio de la localización submandibular en comparación del resto de glándulas salivares, constituyendo cerca del 80% de los casos, la obstrucción y la estasis salival pueden provocar complicaciones infecciosas agudas: parotiditis y submandibulitis agudas (Vergez et al., 2023).

En cuanto a los estudios de imagen, posibilita la exploración de las áreas ganglionares cervicales, permite una orientación diagnóstica inmediata en las enfermedades salivales inflamatorias siendo hiperecoicos con sombra posterior además de

dilataciones ductales proximal (signo indirecto), en contra su eficacia depende del operador. La Tomografía computarizada (TC) es alta mente sensible en lo que corresponde a enfermedades salivales y cálculos de composición cálcica, siendo los más frecuentes, estudios con contraste ayudan a localizar complicaciones infecciosas y planificar el tratamiento quirúrgico. La actitud terapéutica frente a un cálculo localizado en el conducto principal anterior (o distal), palpado y fijo es una incisión del conducto o una marsupialización de la papila, bajo anestesia local, si esta primera línea de tratamiento fracasa o resulta imposible una intervención mínimamente extractiva, la práctica clásica regional consiste en recurrir al final a la extirpación total o parcial de la glándula, una complicación potencial es el riesgo de lesión nerviosa (Vergez et al., 2023).

A nivel mundial la incidencia de sialolitiasis sintomática se estima en 27 casos por millón de personas por año, lo que muestra la relevancia clínica de esta condición, con tratamiento la extracción exitosa de los cálculos se logra en el 94% de los casos, entre sus complicaciones están parestesia permanentes, ránulas y estenosis, la adenectomía submandibular se realiza cuando los tratamiento de primera instancia son fallidos. En Alemania en un estudio de 2,322 pacientes con sialolitiasis entre los años 1987 y 2009 se encontraron cerca de 3000 cálculos salivares identificados mediante ultrasonido, el 80.4% siendo del sistema ductal submandibular, entre los síntomas esta hinchazón (50.3%), hinchazón dolorosa (41.6%) y dolor (3.1%) siendo llamativo que la duración promedio de los síntomas desde la primera visita fue de 26 meses, con un rango de 1 día a 30 años (Holden et al., 2019; Sigismund et al., 2015). En Ecuador la hospitalización asociadas con afecciones de salud bucodental es un componente importante de la vigilancia epidemiológica, especialmente considerando el aumento significativo de estas afecciones en países de ingresos bajos y medios en un estudio de análisis de tendencias temporales de hospitalizaciones relacionadas con condiciones de salud oral, que abarca desde el año 2000 hasta 2023 se identificó un aumento significativo en las hospitalizaciones por condiciones relacionadas con la salud oral, con una tasa cruda que aumentó de 17.94 a 28.81 hospitalizaciones por 100,000 habitantes, el aumento general en las hospitalizaciones por condiciones orales sugiere una creciente carga de enfermedades relacionadas, que podría incluir la sialolitiasis (Bernabe et al., 2020).

Aunque no hay datos específicos sobre la prevalencia de sialoadenitis submandibular con litiasis en Ecuador se resalta la importancia de las características epidemiológicas y clínicas de la sialolitiasis, la elevada prevalencia de cálculos en la glándula submandibular y la duración prolongada de los síntomas son aspectos críticos que justifican la necesidad de estudios adicionales y atención clínica en esta área en Ecuador y América Latina, siendo una patología de gran interés a nivel mundial debido la clínica que conlleva y las potenciales complicaciones ampliamente documentadas, por lo que la evidencia sugiere que las condiciones de salud oral que alberga a la patología glandular, incluyendo la sialolitiasis, son una preocupación creciente en nuestra región.

2. Presentación del caso

Se presenta el caso de un hombre de 32 años, sin ante-cedentes personales patológicos y heredofamiliares de relevancia para padecimiento actual, con antecedentes de infecciones recurrentes bilaterales de glándula submaxilar manejadas previamente con múltiples esquemas antibioticoterapicos. El paciente refiere masas dolorosas bilaterales a nivel de cuello de 8 meses de evolución con aumento de tamaño de forma intermitente, asociadas a saliva espesa y dolor durante la masticación.

Dentro del examen físico se evidencia masas en ambas regiones submandibulares, derecha de 30 mm e izquierda de 35 mm de diámetro, bordes regulares, redondeados, sin adhesión a planos profundos, móvil, y sin cambios tróficos, dolor 5/10 a la palpación bimanual, función del nervio facial, hipogloso y sensibilidad trigeminal íntegra. En espacio submandibular derecho se palpa adenopatía aledaña de 1 cm.

Acorde a los estudios de imagen la tomografía computarizada contrastada de cuello que demuestra lesión regular a nivel de espacio submandibular izquierdo sin captación de contraste, dentro de la cual aprecia imagen hiperdensa compatible con litiasis, esto se observó tras submaxilectomía derecha previa. (Figura 1) (Figura 2)

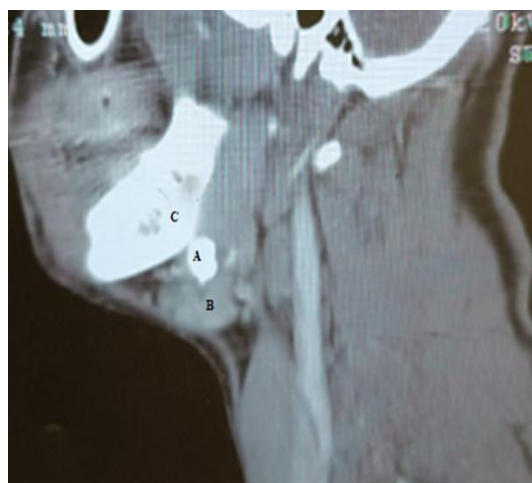
Figura N°1: Tomografía computarizada contrastada corte axial



Nota: A Lito. B Glándula Submandibular Izquierda. C Hueso Mandibular

Fuente: Hospital General Enrique Garces

Figura N°2: Tomografía computarizada contrastada corte sagital.

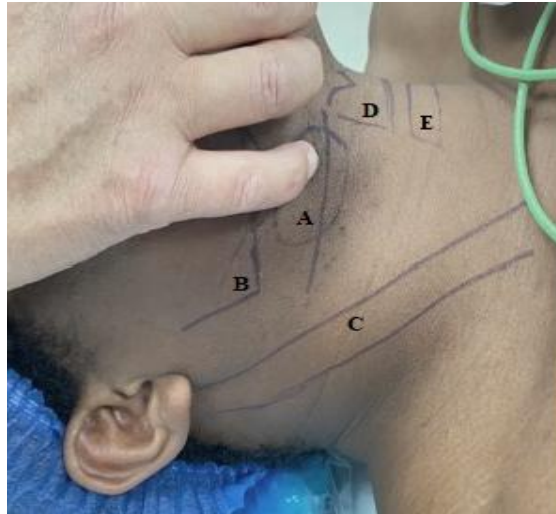


Nota: A Lito. B Glándula Submandibular Izquierda. C Hueso Mandibular

Fuente: Hospital General Enrique Garces

La Intervención Terapéutica consistió en la submaxilectomía bilateral en 2 tiempos quirúrgicos con un intervalo de un año entre procedimientos, dicha actitud terapéutica posterior a hallazgos clínicos, imagenológicos y citológicos, primera instancia se abordó la glándula derecha, posteriormente se realizó el mismo procedimiento en el lado izquierdo. Se procedió a realizar el procedimiento quirúrgico de submaxilectomía escisional con conservación del nervio facial. (Figuras 3). (Figuras 4). (Figuras 5). (Figuras 6).

Figura N°3: Tomografía computarizada contrastada corte sagital.



Nota: A Glándula Submandibular Derecha. B Rama mandibular del nervio facial. C Musculo Esternocleidomastoideo. D Cartílago Tiroides. E Cartílago Cricoides.

Fuente: Hospital General Enrique Garces

Figura N°4: Disección intraquirúrgica.



Nota: A Glándula submandibular. B Lito. C Musculo platisma cervical.

Fuente: Hospital General Enrique Garces

Figura N°5: Exéresis completa de lesiones submandibulares con preservación de rama marginal de nervio facial.

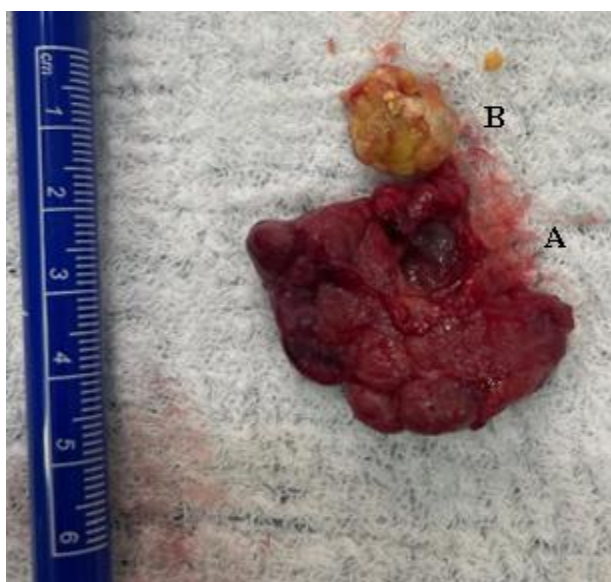


Nota: A Incisión submandibular. B Drenaje aspirativo.

Fuente: Hospital General Enrique Garces

Los exámenes de histopatología evidenciaron en la submandibular derecha litos con hallazgos asociados a sialolitiasis, más una adenopatía interna con proceso inflamatorio agudo abscedado y en la glándula submaxilar izquierda un cálculo de 1 cm, parénquima de glándula salival con ductos dilatados, acinos rodeados de importante infiltrado inflamatorio linfocitario mononuclear y polimorfonuclear con formación de microabscesos. El diagnóstico final fue con sialoadenitis submandibular crónica con actividad importante con formación de microabscesos y dilatación de los ductos asociada a sialolitiasis (Figura 6).

Figura N°6: Exéresis completa de lesiones submandibulares con preservación de rama marginal de nervio facial.



Nota: A Incisión submandibular. B Drenaje aspirativo.

Fuente: Hospital General Enrique Garces

Dentro del seguimiento postquirúrgico a largo plazo, posterior a la primera cirugía realizada el (10/05/2022) de submaxilectomía derecha, a 10 días postquirúrgico se presentó sensación de desviación de comisura labial hacia la izquierda, junto con dolor leve a nivel de herida quirúrgica, mientras que en la segunda intervención de submaxilectomía izquierda (37/07/2023) se observó dolor a nivel de sitio quirúrgico por 7 días e hipoestesia transitoria de hemilengua izquierda durante 5 semanas, no se presentaron problemas relacionados a la movilidad lingual, y facial en ambas ocasiones, el paciente fue dado de alta a las 72 horas sin complicaciones

La resolución quirúrgica fue exitosa sin recidivas hasta dos años postquirúrgicos luego del segundo procedimiento, así como la ausencia de secuelas funcionales en las que se valoró dolor a nivel submandibular, xerostomía, parálisis facial, movilidad lingual, sensibilidad y gustativas, dentro del examen físico posterior se pudo evidenciar la cicatrización de ambos procedimientos quirúrgicos con un tamaño de 4 cm por lado. (Figura 7).

Figura N°7: Exéresis completa de lesiones submandibulares con preservación de rama marginal de nervio facial.



Nota: A Cicatriz de Submaxilectomía derecha. B Cicatriz de submaxilectomía izquierda

Fuente: Hospital General Enrique Garces

3. Discusión

La sialoadenitis submandibular es una inflamación de la glándula submandibular causada por estasis salival que conduce a la siembra retrógrada de bacterias desde la cavidad oral. La sialoadenosis es una hinchazón benigna y no inflamatoria de las glándulas salivales generalmente asociada con afecciones metabólicas, proceso menos frecuente.(Adhikari & Soni, 2022). En casos agudos, el tratamiento de elección es médico conservador con analgesia, antibioticoterapia, hidratación y sialagogos, de la misma forma este manejo es importante en procesos crónicos, cuando la patología es recidivante y crónico el manejo es quirúrgico, en la actualidad existen procesos sialendoscopia intervencionista o extirpación quirúrgica directa, litotricia extracorpórea, sin embargo, si la sialoadenitis es recurrente (>3 episodios/año) la escisión de la glándula salival es la recomendación, por lo que la exéresis total pese a sus potenciales complicaciones es fundamental en la actualidad. (Adhikari & Soni, 2022; Vergez et al., 2023). Los diagnósticos diferenciales de sialoadenitis submandibular y sialoadenosis incluyen causas infecciosas, granulomatosas autoinmune destacando la enfermedad de Sjögren y lupus eritematoso sistémico, además de tumores benignos siendo los más frecuentes den esta glándula el adenoma pleomorfo, el adenoma de células basales, el oncocitoma y el tumor de Warthin.(Adhikari & Soni, 2022).

El adenoma pleomorfo representa el 40-50% de los tumores de esta glándula, más frecuente en mujeres (proporción por sexos 1,4/1) de 40-60 años, consideramos que el diagnóstico imagenológico con tomografía computarizada contrastada es fundamental aun por encima de la ecografía operador dependiente para la planificación de una submaxilectomía teniendo en cuenta el diagnostico de tumores y así descartar potenciales lesiones vasculares, incluso han reportado tumores inusuales con componente metastásico en diagnósticos de adenoma pleomórfico submandibular.(Khalaf et al., 2021; Righini et al., 2024). La indicación más

común para la escisión de la glándula submandibular es el cálculo salival con obstrucción ductal secundaria y sialoadenitis provocando episodios recurrentes de obstrucción y sialoadenitis, otro criterio son neoplasias benigna dentro de la glándula submandibular, una tercera es la sialorrea refractaria realizándose el procedimiento de forma bilateral y puede completarse junto con la ligadura de los conductos parótidos, que no responde a inyecciones de toxina botulínica.(Wolf et al., 2019). Los procedimientos quirúrgicos asistidos por endoscopio y robot junto con abordajes intraorales tratan de evitar secuelas cosméticas y reducir el riesgo de lesión del nervio marginal, aunque la reciente introducción de incisiones retroauriculares, postauriculares, de estiramiento facial y transcapilares en el cuello ha superado la necesidad de una alternativa al abordaje transcervical tradicional, en nuestra experiencia un abordaje transcervical submandibular da una exposición adecuada para la exéresis segura de la glándula y da resultados estéticos favorables, en cuanto a la duración los métodos tradicionales y los endoscópicos el tiempo quirúrgico ronda en promedio los 90 minutos.(Cammaroto et al., 2020; de Brito Neves et al., 2020). Algunos estudios muestran que factores como la nutrición, la hemoglobina, la higiene bucal, la asepsia y la repetición de antibióticos en cirugías prolongadas son importante para disminuir las complicaciones relacionadas a la herida en cabeza y cuello con alrededor del 29 %. (Chaukar et al., 2013).

Dentro de las complicaciones en estudios, se observó parálisis permanente de la rama marginal mandibular del nervio facial (2,2%), parálisis temporal de la rama marginal mandibular del nervio facial (15,6%), fístula orocutánea (2,2%) y parálisis temporal del nervio hipogloso (2,2%), en el postoperatorio inmediato también es posible la formación de hematomas, la arteria facial puede provocar un sangrado importante con posibles efectos compresivos sobre las vías respiratorias, en nuestro caso las complicaciones fueron transitorias, relacionadas a la rama motora del facial, sensibilidad trigeminal y dolor postquirúrgico. Otro de los riesgos es la xerostomía, un estudio reporta un porcentaje alto de 21 %, que a su vez se dio disminución del volumen salival no estimulado, las submandibulares residuales no parecen tener un mecanismo compensatorio.(Cumpston & Chen, 2023; Erbek et al., 2016; Jaguar et al., 2010). Existen pocos reportes de exéresis submaxilar bilateral se ha presentado el caso de un paciente masculino de 57 años con hiperplasia oncocítica nodular bilateral de la glándula submandibular, en el que se documentó este tipo de tumor raro en ambas glándulas extirpándose sin complicaciones, creemos que la exéresis bilateral es más frecuente de lo que se encuentra documentado, si bien este reporte es el primero del país. (Bannister et al., 2018).

4. Conclusiones

La submaxilectomía bilateral representa una alternativa terapéutica eficaz y segura para el tratamiento de la sialoadenitis obstructiva recurrente, ya que las complicaciones que pueden presentarse suelen ser transitorias, de baja gravedad y controlables clínicamente, sin afectar de manera relevante la funcionalidad del paciente. Además, el abordaje transcervical permite una óptima visualización quirúrgica y ofrece resultados estéticos favorables.

Agradecimientos : Los autores del presente caso agradecemos al Hospital General Enrique Garcés, y Pontifica Universidad Católica del Ecuador por fomentar el aprendizaje y a su vez impulsar el posgrado de Otorrinolaringología. Agradecidos al incentivar la investigación y revisión de casos, con el fin de fortalecer el aprendizaje teórico y práctico fundamentales dentro de una adecuada práctica médica.

Contribución de autoría: EGSL responsable del análisis formal de los datos y la redacción del borrador original del manuscrito. BCWO y TEMG contribuyeron en la conceptualización, supervisión, revisión, redacción y correcciones del artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaramos no tener conflicto de intereses

Financiamiento: El presente artículo fue financiado por los autores.

Referencias

- [1] Adhikari, R., & Soni, A. (2022). Submandibular Sialadenitis and Sialadenosis. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562211/>
- [2] Bannister, M., Thompson, C. S. G., & Conn, B. (2018). Case Report: Bilateral submandibular gland nodular oncocytic hyperplasia with papillary cystadenoma-like areas. BMJ Case Reports, 2018. <https://doi.org/10.1136/BCR-2018-226145>
- [3] Bernabe, E., Marcenés, W., Hernández, C. R., Bailey, J., Abreu, L. G., Alipour, V., Amini, S., Arabloo, J., Arefi, Z., Arora, A., Ayanore, M. A., Bärnighausen, T. W., Bijani, A., Cho, D. Y., Chu, D. T., Crowe, C. S., Demoz, G. T., Demsie, D. G., Forooshani, Z. S. D., ... Kassebaum, N. J. (2020). Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. Journal of Dental Research, 99(4), 362–373. <https://doi.org/10.1177/0022034520908533>

- [4] Cammaroto, G., Vicini, C., Montevecchi, F., Bonsembiante, A., Meccariello, G., Bresciani, L., Pelucchi, S., & Capaccio, P. (2020). Submandibular gland excision: From external surgery to robotic intraoral and extraoral approaches. *Oral Diseases*, 26(5), 853–857. <https://doi.org/10.1111/ODI.13340>
- [5] Chaukar, D. A., Deshmukh, A. D., Majeed, T., Chaturvedi, P., Pai, P., & D’cruz, A. K. (2013). Factors affecting wound complications in head and neck surgery: A prospective study. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology: Official Journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology*, 34(4), 247–251. <https://doi.org/10.4103/0971-5851.125236>
- [6] Cumpston, E., & Chen, P. (2023). Submandibular Excision. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568740/>
- [7] De Brito Neves, C. P., Lira, R. B., Chulam, T. C., & Kowalski, L. P. (2020). Retroauricular endoscope-assisted versus conventional submandibular gland excision for benign and malignant tumors. *Surgical Endoscopy*, 34(1), 39–46. <https://doi.org/10.1007/S00464-019-07173-3>
- [8] Erbek, S. S., Koycu, A., Topal, O., Erbek, H. S., & Ozluoglu, L. N. (2016). Submandibular Gland Surgery: Our Clinical Experience. *Turkish Archives of Otorhinolaryngology*, 54(1), 16–20. <https://doi.org/10.5152/TAO.2016.1467>
- [9] Holden, A. M., Man, C. B., Samani, M., Hills, A. J., & McGurk, M. (2019). Audit of minimally-invasive surgery for submandibular sialolithiasis. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 57(6), 582–586. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2019.05.010>
- [10] Jaguar, G. C., Lima, E. N. P., Kowalski, L. P., Pellizon, A. C., Carvalho, A. L., & Alves, F. A. (2010). Impact of submandibular gland excision on salivary gland function in head and neck cancer patients. *Oral Oncology*, 46(5), 349–354. <https://doi.org/10.1016/J.ORALONCOLOGY.2009.11.018>
- [11] Khalaf, M. G., Nassereddine, H., Chahine, G., & Melkane, A. E. (2021). An unusual metastatic submandibular gland tumor. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 138(5), 411–412. <https://doi.org/10.1016/J.ANORL.2020.09.011>
- [12] Righini, C.-A., Gil, H., Colombé, C., & Fabre, C. (2024). Tumores de la glándula submandibular del adulto. *EMC - Otorrinolaringología*, 53(2), 1–11. [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(24\)49029-2](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(24)49029-2)
- [13] Sigismund, P. E., Zenk, J., Koch, M., Schapher, M., Rudes, M., & Iro, H. (2015). Nearly 3,000 salivary stones: Some clinical and epidemiologic aspects. *Laryngoscope*, 125(8), 1879–1882. <https://doi.org/10.1002/LARY.25377>
- [14] Vergez, S., Isquierdo, J., Vairel, B., Chabrilac, E., De Bonnez, G., & Astudillo, L. (2023). Patología médica de las glándulas salivales. *EMC - Otorrinolaringología*, 52(1), 1–20. [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(22\)47321-8](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(22)47321-8)
- [15] Wolf, G., Langer, C., & Wittekindt, C. (2019). [Sialolithiasis: Current Diagnostics and Therapy]. *Laryngo- Rhino- Otologie*, 98(11), 815–823. <https://doi.org/10.1055/A-0896-9572>