



Abril - Junio 2024
Vol. 4, núm. 2 / pp. 60-64

Manejo de sialocele postraumático: a propósito de un caso

Management of post-traumatic sialocele: apropos of a case

José Miguel Rojas Vásquez,* Jovienmily Villegas Graterol,* César Andrés Arias Placeres,†
Luisangela María Castillo Bruzual,‡ Henry García Guevara,§ Ronar Alejandro Gudiño Martínez¶

Palabras clave:

sialocele
postraumático,
parótida,
recanalización,
conducto de
parotídeo.

Keywords:

post-traumatic
sialocele, parotid,
recanalization,
parotid duct.

* Residente del Postgrado de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

† Cirujano Oral y Maxilofacial. Docente del Departamento de Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

§ Cirujano Oral y Maxilofacial. Profesor del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital de Ortopedia Infantil de Caracas, Venezuela.

¶ Cirujano Oral y Maxilofacial. Jefe del Programa del Servicio de Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

Recibido: 17/01/2024
Aceptado: 01/02/2024

doi: 10.35366/116723

RESUMEN

Introducción: el sialocele de la glándula parótida es una lesión adquirida caracterizada por la acumulación de saliva extravasada alrededor de los tejidos secretores de las glándulas salivales. Definido también como inflamación de consistencia fluctuante, asintomática y móvil que puede aparecer en la región parotídea y submandibular. **Objetivo:** describir el manejo quirúrgico de sialocele parotídeo postraumático. **Descripción del caso:** paciente masculino de 38 años, quien posterior a traumatismo facial penetrante con arma blanca en región parotídea izquierda, es trasladado a emergencias, donde se le da atención primaria. Posteriormente, se evalúa por consulta externa, evidenciando aumento de volumen y secreción serosa en región parotídea izquierda, para lo cual se realiza drenaje y se evidencia conducto parotídeo izquierdo no permeable, motivo por el que se decide resolución quirúrgica bajo anestesia general; se incide a través de cicatriz preexistente, exponiendo glándula parótida; se introduce catéter venoso periférico a través de la papila del conducto parotídeo izquierdo; se permeabiliza comprobando la recanalización del mismo, fijando catéter a mucosa yugal izquierda y se realiza síntesis de tejidos. Se mantiene bajo cuidados intrahospitalarios y se evalúa por consulta externa; en los cuales se aprecia el correcto funcionamiento y drenaje de la glándula y conducto parotídeo, sin evidencia de aumento de volumen extraoral. **Conclusión:** existen diferentes tratamientos para el manejo de los sialoceles, dentro de ellos la mayoría son tratamientos conservadores, sin embargo, en algunos casos no se puede realizar un manejo conservador, por lo que se debe recurrir a la resolución quirúrgica para recanalización y permeabilización del conducto afectado.

ABSTRACT

Introduction: parotid gland sialocele is an acquired lesion characterized by the accumulation of extravasated saliva around the secretory tissues of the salivary glands. It is also defined as inflammation of fluctuating consistency, asymptomatic and mobile that can appear in the parotid and submandibular region. **Objective:** to describe the surgical management of post-traumatic parotid sialocele. **Case description:** 38-year-old male patient, who after a penetrating facial trauma with a sharp weapon in the left parotid region, was transferred to the emergency room, where he was given primary care. Subsequently, he is evaluated by outpatient, showing increased volume and serous secretion in the left parotid region, which is performed drainage and left parotid duct is evidenced not permeable, which is why it is decided to surgical resolution under general anesthesia; the peripheral venous catheter was introduced through the papilla of the left parotid duct; it was permeabilized and recanalization was verified, the catheter was fixed to the left jugal mucosa and tissue synthesis was performed. The patient was kept under intrahospital care and was evaluated by outpatient; in which the correct functioning and drainage of the gland and parotid duct was observed, with no evidence of extraoral volume increase. **Conclusion:** there are different treatments for the management of sialoceles, most of them are conservative treatments, however, in cases where conservative management is not possible, surgical resolution should be used for recanalization and permeabilization of the affected duct.

INTRODUCCIÓN

El sialocele de la glándula parótida es una lesión adquirida caracterizada por la acumulación de sa-

liva extravasada alrededor de los tejidos secretores de las glándulas salivales.¹ También es definido como inflamación de consistencia fluctuante, rara, asintomática y móvil que puede aparecer

Citar como: Rojas VJM, Villegas GJ, Arias PCA, Castillo BLM, García GH, Gudiño MRA. Manejo de sialocele postraumático: a propósito de un caso. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2024; 4 (2): 60-64. <https://dx.doi.org/10.35366/116723>



en la región parotídea y submandibular.² Las causas comunes de esta patología son traumatismos lacerantes, penetrantes y secundarios a procedimientos quirúrgicos. El diagnóstico adecuado se basa en realizar una anamnesis y examen físico profundo; así como el uso de estudios imagenológicos como tomografía computarizada para descartar patologías similares.³ Cualquier herida penetrante o lacerante en la zona preauricular y paramandibular, pueden involucrar daños a la glándula parotídea, conducto excretor y nervio facial.

Para clasificar y poder dirigir el manejo de los traumatismos a las glándulas salivales, Van Sickels, en 1981, describe tres zonas anatómicas: 1) sobre el área de la glándula parotídea, 2) sobre el músculo masetero y 3) anteriores al músculo masetero hasta el orificio del conducto de Stenon.⁴

Al revisar la literatura se pueden encontrar diferentes métodos de tratamiento para esta patología. Existe un consenso que indica que al existir trauma agudo a la parotídea se debe realizar, de manera inicial, la exploración y reparación de las estructuras afectadas. El enfoque de la reparación primaria es la reaproximación de las estructuras anatómicas y devolver la función; también existen reportes de tratamiento no quirúrgico exitoso.⁵ Uno de estos tratamientos es la administración de antisialogogos, aunque se pueden presentar algunos efectos secundarios como estreñimiento, taquicardia, retención urinaria, entre otros; asimismo, la aplicación de toxina botulínica aplicada directamente a la glándula generando un efecto anticolinérgico, como desventaja se contempla su alto costo. En cuanto a tratamientos quirúrgicos radicales está descrita la parotidectomía total que conlleva muchos efectos adversos como defectos estéticos y pérdida total de función, éste es considerado como última opción si los demás métodos de tratamiento no logran controlar dicha patología.⁶

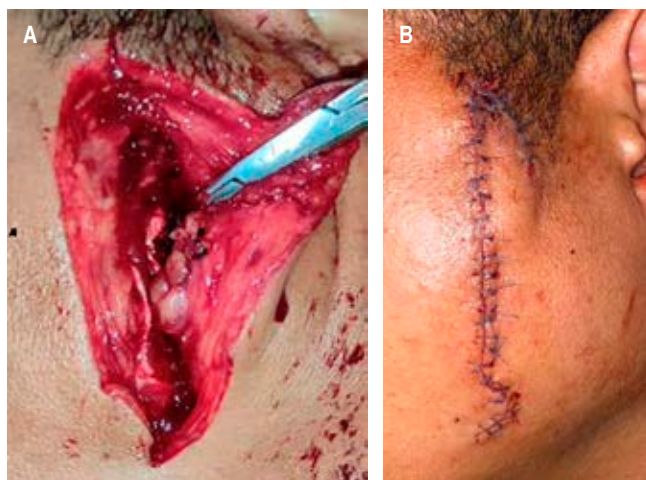


Figura 1: A) Laceración en región parotídea izquierda, donde se evidencia glándula parotídea y control de hemorragia. B) Síntesis de los tejidos.



Figura 2: Imagen preoperatoria donde se evidencia aumento de volumen en región parotídea izquierda de 12 x 2 cm, de consistencia fluctuante a la digitopresión.

A pesar de que las heridas lacerantes en cara son una de las urgencias maxilofaciales más tratadas, existen pocos reportes de sialoceles parotídeos postraumáticos; los aportes presentados por el siguiente caso pueden proporcionar al clínico alternativas para guiar el tratamiento y de esta manera poder contribuir al establecimiento de un manejo adecuado a dicha entidad.

El objetivo del presente artículo es describir el manejo de un sialocele postraumático por herida lacerante a región parotídea.

REPORTE DE CASO

Se trata de un paciente masculino de 38 años de edad, procedente de la localidad, quien refiere inicio de enfermedad actual el 20-05-2023 posterior a traumatismo facial penetrante con arma blanca en región parotídea izquierda, el cual es trasladado a emergencias del Hospital Universitario de Caracas (HUC) donde se le da atención primaria, realizando síntesis de tejidos por planos (Figura 1). Posteriormente, se evalúa por consulta externa de nuestro servicio donde se evidenció aumento de volumen de 12 x 2 cm de siete días de evolución, siendo móvil de consistencia fluctuante, no dolorosa, secreción serosa de aproximadamente 15 cm³ obtenidos por punción por aguja fina en región parotídea izquierda y se evidencia conducto parotídeo izquierdo no permeable (Figura 2).

Se indica administración de antisialogogos y vendaje compresivo sin mostrar mejoría de los síntomas, motivo por el cual se decide resolución quirúrgica bajo anestesia general, para realizar la recanalización del conducto de Stenon.

Se procede a llevar a mesa operatoria donde se realiza previa asepsia y antisepsia; infiltración de anestésico local; se incide a través de cicatriz preexistente, exponiendo glándula parótida; de forma intraoral se introduce catéter venoso periférico #24, #22 y #20 a través de la papila del conducto parotídeo izquierdo (Figura 3); se permeabiliza el conducto con 5 cm³ de solución NaCl 0.9%; se recanaliza el conducto, se fija el catéter a mucosa yugal izquierda con sutura no absorbible tipo Nylon 4-0 y se realiza síntesis de tejidos por planos, se indica vendaje compresivo postoperatorio por 21 días, además de fármacos antisialogogos y control periódico por consulta cada cinco días.

En las primeras 24 horas postoperatorias se realizan pruebas de permeabilidad del conducto de Stenon, las cuales dan positivas, observándose secreción salival a través del orificio del conducto; en los controles posteriores, no se observó aumento de volumen y se obtuvo pruebas positivas de la permeabilidad del conducto.

Es reevaluado por control postoperatorio al día 10, 15, 21 y cinco meses; durante éstos el paciente refiere sensación del flujo salival normal; al examen intraoral se realizan pruebas de permeabilidad del conducto parotídeo, dando positivas. Al examen extraoral se observa una disminución progresiva del aumento de volumen en la región parotídea afectada y una cicatriz eutrófica correspondiente a la herida preexistente que fue empleado como abordaje quirúrgico para el procedimiento de recanalización.

A los cinco meses el paciente acude a su control, quien refiere inconformidad por ligera asimetría facial del lado izquierdo (Figura 4).

DISCUSIÓN

Las heridas lacerantes a la región facial son uno de los factores etiológicos de los sialoceles; es notorio recalcar que se

encuentra pocos casos reportados en la literatura por esta etiología. La mayoría de los reportes encontrados son producto de complicaciones quirúrgicas, complicaciones de fracturas mandibulares, trauma contuso y por sialolitos u obliteración del conducto glandular.¹ Es importante tener en cuenta el diagnóstico y manejo del mismo. Se encuentran descritos en la literatura distintos tipos de tratamientos para los sialoceles parotídeos; para ello el uso de métodos diagnóstico como tomografía computarizada, ultrasonografía, resonancia magnética, punción y aspiración por aguja fina (PAAF), además de la inspección clínica, son factores determinantes para decidir el tipo de tratamiento a usar, como menciona Erol B y colaboradores.² En cuanto a los tratamientos se pueden encontrar conservadores como por ejemplo el uso de vendajes compresivos, administración de antisialogogos, la aplicación de toxina botulínica, así como terapias de atropinización en ambientes controlados;³ en cuanto a los tratamientos quirúrgicos se encuentran la restitución de la cápsula parotídea mediante sutura, la reparación y recanalización del conducto, marsupialización del mismo, inclusive la parotidectomía parcial; siendo la más agresiva entre los mismos.⁵

Durante el manejo del presente caso, el equipo tratante se basa en el antecedente de trauma facial lacerante del paciente y el contenido obtenido mediante PAAF a los siete días posterior al mismo, se decide realizar tratamiento quirúrgico y posterior aplicación de vendaje compresivo, más la administración de antisialogogos sin evidencia de mejoría, para poder brindar al paciente una pronta resolución de dicha patología.⁶

Es importante acotar que para tomar dicha decisión se toma en cuenta la localización anatómica de la herida lacerante, la no permeabilidad del conducto de Stenon, el aumento de volumen en región parotídea ipsilateral a la herida y la muestra de la punción por aguja fina.²

Existen protocolos descritos que han demostrado eficacia a la hora del tratamiento de este tipo de lesiones; como por ejemplo, Mumtaz y colegas describen el «APP123», que se basa en la combinación de tres procedimientos terapéuticos detallados por separado en la literatura. Ellos plantean la realización de punción

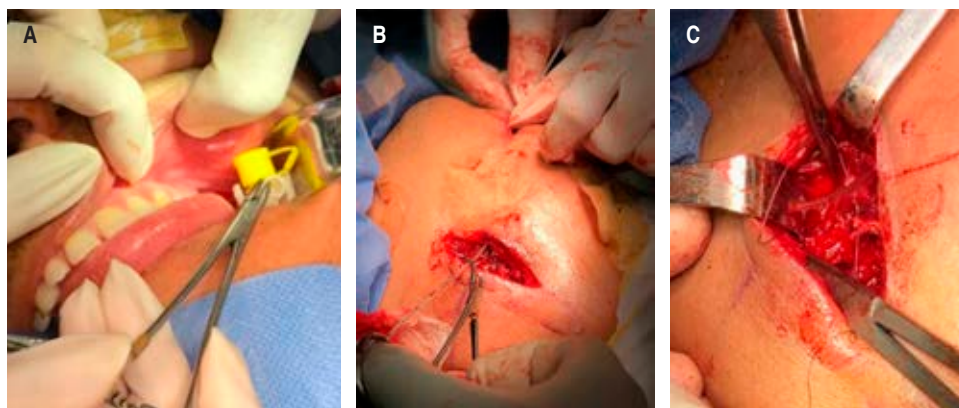


Figura 3:

- A)** Recanalización de conducto de Stenon con catéter #24.
B) Canalización del conducto de Stenon. **C)** Fijación a mucosa yugal izquierda con puntos de sutura simple con Nylon 4-0.



Figura 4:

A) Foto de frente donde se evidencia ligera asimetría facial. **B)** Foto de perfil izquierdo que muestra cicatriz eutrófica. **C)** Foto submentovertex para evaluación de asimetría. **D)** Foto de sonrisa para evaluación de movimientos faciales. **E)** Foto de evaluación de movimientos faciales conservados.

y aspiración por aguja fina de la lesión una vez por semana, en caso de presentar una consistencia fluctuante; además del uso de vendajes compresivos en la zona afectada con recambios dos veces por día para mantener la contención de la zona, evitando la progresión del aumento de volumen; por último, la colocación de parches cutáneos de hioscina tres veces al día. Estos autores reportan la resolución de la lesión sin tratamiento quirúrgico mediante el uso de dicho protocolo en cuatro semanas y sugieren en caso de recidiva extenderlo por ocho semanas. En cuanto a las recomendaciones, éstos proponen la estandarización de dicho protocolo, ya que son procedimientos simples que pueden brindar una alternativa de tratamiento conservador con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.⁷

CONCLUSIONES

El sialocele es una entidad que puede presentarse en la consulta maxilofacial con mayor frecuencia de lo que puede

ser reportado en la literatura, por ende, es necesario poder diagnosticar de manera certera haciendo uso de todos los métodos disponibles y así tomar en cuenta las opciones de tratamiento adecuadas para el paciente; tomando en cuenta los signos y síntomas que éste nos manifieste, de esta forma se busca garantizar una correcta y adecuada cicatrización y recuperación.

Asimismo, evaluando la inconformidad estética del paciente a los cinco meses en el control postoperatorio, se plantea realizar una lipectomía cervical y posterior transferencia de tejido adiposo para mejoramiento estético.

REFERENCIAS

1. Wankis P, Sarode SC, Sarode GS, Pathak A, Chaudhari I, Mishra T. Giant post-traumatic parotid gland sialocele and fistula: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* [Internet]. 2015; 27 (1): 135-139. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajoms.2013.11.002>

2. Erol B, Yilmaz S, Kücük Kurt S, Bicer Aytugan T. A giant sialocele caused by a stab wound: case report. *Turkiye Klinikleri J Dental Sci.* 2017; 23 (1): 65-68.
3. Medeiros Júnior R, Rocha Neto AM, Queiroz IV, Cauby Ade F, Gueiros LA, Leao JC. Giant sialocele following facial trauma. *Braz Dent J.* 2012; 23 (1): 82-86.
4. Van Sickels JE, Alexander JM. Parotid duct injuries. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1981; 52: 364-367.
5. Fonseca R, Walker R, Dexter D, Powers M, Frost D. Diagnosis and management of traumatic salivary gland injuries. In: *Oral and maxillofacial trauma.* 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2013.
6. Letelier FC, Preisler EG, García CP, Salinas RF. Sialocele post-trauma sin lesión penetrante. *Int J Med Surg Sci.* 2016; 3 (2): 839-842.
7. Mumtaz S, Yousefi Y, Siddiqi J. Management of parotid sialoceles: keep it simple - the APP123 protocol. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2018; 56 (10): e49. doi: 10.1016/j.bjoms.2018.10.145.

Correspondencia:

José Miguel Rojas Vásquez

E-mail: josemrojas3@gmail.com