

Sialocele Post-Trauma sin Lesión Penetrante

Sialocele Post-trauma without Penetrating Injury

Claudia Letelier F.**; Günther Preisler E.**; Paulo García C.** & Fernando Salinas R.**

LETELIER, F. C.; PREISLER, E. G.; GARCÍA, C. P. & SALINAS, R. F. Sialocele post-trauma sin lesión penetrante. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 3(2):839-842, 2016.

RESUMEN: El sialocele es una colección de saliva en los tejidos que rodean al conducto de la glándula o del parénquima sin un drenaje adecuado. Su causa más común es la extravasación de saliva producto a un disrupción del parénquima o conducto parotídeo secundario a un trauma cortante. Si el tratamiento del sialocele no se realiza en forma oportuna se puede generar una fístula externa, cicatrices faciales e infecciones secundarias. Un hombre de 24 años ingresado al Hospital con múltiples fracturas faciales sin trauma cortante. Luego de la disminución del edema, continuó el aumento de volumen en la región geniana en forma localizada, fluctuante, ovalada. La piel se encontraba distendida, asintomática, sin secreciones, con alteración de la función motora y sensorial en la región geniana derecha. Se realizó la aspiración del contenido del aumento de volumen. Después de 2 días recidivó. Se solicitó una Tomografía computarizada y se volvió a realizar aspiración del contenido para enviarlo a cultivo citológico. Se hizo el diagnóstico de sialocele post-trauma de la parótida y se realizó un vaciamiento del contenido y drenaje tipo penrose intraoral. Se controló al siguiente día sin recidivas y se retiró el drenaje a los 2 meses. Es importante tener en cuenta que se puede generar un sialocele post-trauma sin necesariamente ser cortante.

PALABRAS CLAVE: Sialocele; Penrose; Glándula parótida.

INTRODUCCIÓN

El sialocele parotídeo es una colección de saliva en los tejidos que rodean al conducto de la glándula o del parénquima sin un drenaje adecuado (Medeiros *et al.*, 2012; Arnaud *et al.*, 2006). Sus causas pueden ser traumáticas, neoplásicas, infecciosas o estenosis ductal, sin embargo la más común es la extravasación de saliva producto a un disrupción del parénquima o conducto de la parótida secundario a un trauma cortante (Sánchez *et al.*, 2010) siendo un 2,5 % de todas las alteraciones de la glándula parótida (Akinbami, 2009).

Si el tratamiento del sialocele no se realiza en forma oportuna es común la formación de una fístula externa, cicatrices faciales e infecciones secundaria (Arnaud *et al.*; Lewkowicz

et al., 2002). Es por esto que es importante realizar un diagnóstico oportuno basado en la anamnesis junto con exámenes físicos y complementarios como imágenes mediante tomografía computarizada, ultrasonido, resonancia magnética, sialografía y citología aspirativa siendo ésta última el método más certero al detectar amilasa salival al momento de su diagnóstico (Araujo *et al.*, 2010; Bater, 1998).

El objetivo es presentar a un paciente que se desarrolló un sialocele post-traumático, luego de una lesión mecánica no penetrante en el área de la mejilla, tratado con un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo para conservación de la funcionalidad de la glándula parótida.

* Cirujano Dentista. Docente Escuela de Odontología, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

** Docente Escuela de Odontología, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

*** Especialista en Cirugía Maxilofacial, Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Hombre 24 años de edad estudiante, fue ingresado al servicio de urgencias luego de un accidente de tránsito con múltiples fracturas faciales. Además presentó fractura en muñeca izquierda que fue reducida en el servicio de urgencia sin necesidad de tratamiento quirúrgico.

Luego de la disminución del edema, se mantuvo el aumento de volumen en la región geniana de forma localizada, fluctuante, ovalada. La piel se encontraba distendida sin dolor a la palpación, no existía descarga de secreciones purulentas, con alteración de la función motora y sensorial en la región.

Se le realizó bloqueo intermaxilar mediante arco de Erich y elásticos para estabilizar la fractura mandibular y se realizó la aspiración del contenido con aguja percutánea del aumento de volumen bajo una hipótesis diagnóstica de hematoma para disminuir la colección (Fig. 1). Se obtuvo 50 mL de un líquido sanguinolento. Después de 2 días recidivó en la misma región con las mismas características.

Se solicitó una Tomografía computarizada la cual reveló a nivel de la mejilla derecha importante colección sin aparente conexión con estructuras adyacentes. La conclusión de los radiólogos fue posible quiste linfático de origen traumático (Fig. 2).

Se volvió a realizar aspiración de todo el contenido en la zona de la prominencia donde se obtuvo 100 mL de líquido acuoso que fue enviado a realizar un cultivo citológico. El resultado fue: Líquido amarillo claro, transparente con coágulos. El análisis químico arrojó contenido de proteínas 11 g/L, glucosa 76 mg/dL. Al haber una ausencia de recuento de colesterol en los resultados del cultivo se descartó el diagnóstico radiológico de quiste linfático.

Sobre la base de la historia, la ubicación, los hallazgos clínicos y de imagen, se hizo el diagnóstico de sialocele post-trauma de la glándula parótida sin trauma cortante y se realizó un drenaje bajo anestesia local. Se efectuó la incisión intraoral a 2 cm bajo la salida del conducto parotideo en la mucosa oral derecha. Se vació todo el contenido y se instaló el drenaje tipo penrose (Fig. 3).

Se efectuó un control al siguiente día y se constató que no hubiese aumentado de volumen nuevamente. Se continuó con controles cada una semana sin complicaciones. Al realizar masaje glandular se evidenciaba salida de contenido salivar a través del drenaje.



Fig. 1. Paciente con aumento de volumen región preauricular derecha.



Fig. 2. TC que evidenció colección sin aparente conexión con estructuras adyacentes.



Fig. 3. Momento de fijación de penrose.

Fue prevenida la fístula cutánea y se logró formar una fístula hacia la cavidad oral.

Se retiró el drenaje a los 2 meses y se controló durante 2 meses sin recidiva. Para la publicación se firmó el consentimiento informado.

DISCUSIÓN

El sialocele se presenta como un aumento de volumen en forma asintomática generalmente de consistencia blanda, de límites difusos con signos de inflamación y en la región de la glándula parótida (Donoso *et al.*, 2014). Se produce principalmente luego de un trauma específicamente cortante en la mejilla o en su defecto por accidentes quirúrgicos (Sánchez *et al.*). Cuando se trata de un trauma penetrante se evidencia el sialocele entre 8 a 14 días después del evento (Sánchez *et al.*; Canosa & Cohen, 1999). Sin embargo en este caso se presentó un aumento de volumen con dolor moderado con signos de inflamación luego de un golpe sin lesiones cortantes, 5 días luego de disminuir el edema. Al no coincidir con estas características, se sospechó de un hematoma el cual fue drenado.

La mayoría de casos de reportes publicados por sialocele post traumático presentan una etiología de trauma con lesiones cortantes en la zona de la mejilla, es así como los casos presentados por Hofer *et al.* y Gahir *et al.* (2011) de sialoceles coincidían con estas características (Medeiros *et al.*; Sánchez *et al.*; Akinbami; Lewkowicz *et al.*; Bater; Donoso *et al.*; Canosa A & Cohen; Gahir *et al.*; Balaji, 2013), no obstante este caso no se presentó de la misma manera siendo más difícil su diagnóstico.

Entre los tratamientos que se pueden realizar para el sialocele se encuentran los quirúrgicos y los no quirúrgicos. Los más utilizados hasta el momento son los no quirúrgicos realizando aspiraciones continuas, masajes glandulares y administrando antisialogogos, sin embargo no se logra una resolución completa y se deprime la función glandular (Arnaud S, *et al.*, 2006; Araujo M, *et al.*, 2010). Por otro lado los antisialogogos generan efectos colaterales y adversos indeseados en los pacientes tales como

estreñimiento, taquicardia, retención urinaria, entre otras (Arnaud *et al.*; Araujo *et al.*).

Una técnica poco reportada es el uso de toxina botulínica el cual se inyecta directamente a la glándula y genera un efecto anticolinérgico a nivel local. Sin embargo existen pocos estudios y es un tratamiento de alto costo (Arnaud *et al.*; Capaccio *et al.*, 2007).

Entre las técnicas quirúrgicas nos encontramos con la anastomosis del conducto glandular el cual debe ser realizado dentro de las primeras 24 h, sin embargo sigue siendo un tema controversial ya que generalmente existen otras lesiones como fracturas que son tratamiento de urgencia y por otro lado existe un alto riesgo de lesionar el nervio facial (Sánchez *et al.*; Donoso *et al.*; Balaji).

Otra técnica quirúrgica es parotidectomía la cual no es preferida debido a las pérdida total de la función, defectos estéticos y psicológicos del paciente, no obstante si no se obtiene resultados con ninguna otra alternativa de tratamiento, la extirpación es necesaria (Donoso *et al.*).

La principal limitación del reporte fue no realizar el estudio del contenido amilasa salival del líquido aspirado por tener una hipótesis diagnóstica errada en un comienzo debido a la etiología con que se presentó.

Se puede concluir que hay que tener en consideración que existen varias formas de presentarse el sialocele además de sus diferentes etiologías, lo cual generará una dificultad al momento de diagnosticarlo y retraso en su tratamiento.

LETELIER, F. C.; PREISLER, E. G.; GARCÍA, C. P. & SALINAS, R. F. Sialocele post-trauma without penetrating injury. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 3(2):839-842, 2016

SUMMARY: Sialocele is a collection of saliva in the tissues surrounding the duct of the gland or parenchyma without proper drainage. The most common cause is the extravasation of saliva product to a disruption of the parenchyma or parotid duct secondary to a cutting trauma. If sialocele treatment is not performed in a timely manner it can generate

an external fistula, facial scars and secondary infections. Male admitted to hospital with multiple facial fractures. After the reduction of edema, continued increased volume in the preauricular region localized, fluctuating, oval. The skin was asymptomatic, without secretions, with impairment of motor and sensory function in the right genial region. The aspiration of the increase in volume under a hypothesized hematoma was performed. After 2 days recurred. A tomography scan was requested and returned to realize the aspiration of which was sent to cytological exam. The diagnosis was post-trauma sialoceles parotid and was performed emptying the contents and drainage type penrose intraoral. Was control the next day without relapses and the drain was removed after 2 months. It's important to know that can generate a post-trauma sialoceles without necessarily cutting trauma.

KEY WORDS: Sialoceles; Penrose; parotid gland.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akinbami, B. Traumatic diseases of parotid gland and sequelae, Review of literature and case reports. *Niger. J. Clin. Pract.*, 12(2):212-5, 2009.
- Araujo, M.; Centurion, B.; Albuquerque, D.; Marchesano, L. & Damante, J. Management of a parotid sialoceles in a young patient: case report and literature review. *J. Appl. Oral Sci.*, 18(4):432-6, 2010.
- Arnaud, S.; Batifol, D.; Goudot, P. & Yachouh, J. Nonsurgical management of traumatic injuries of the parotid gland and duct using type a botulinum toxin. *Plast. Reconstr. Surg.*, 117(7):2426-30, 2006.
- Balaji, M. Parotid fistula from transparotid approach for mandibular subcondylar fracture reduction. *Ann. Maxillofac. Surg.*, 3(2):184, 2013.
- Bater, M. An unusual case of preauricular swelling: a giant parotid sialoceles. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 27(2):125-6, 1998.
- Canosa, A. & Cohen, M. Post traumatic parotid sialoceles report of two cases. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 57(6):742-5, 1999.
- Capaccio, P.; Cuccharini, V.; Beniccio, V.; Minorati, D.; Spadari, F. & Ottaviani, F. Treatment of iatrogenic submandibular sialoceles with botulinum toxin: case report. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 45(5):415-7, 2007.
- Donoso, T.; Domancic, S. & Argandoña, J. Delayed Treatment of Parotid Sialoceles: A Functional Approach and Review. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 73(2):284-90, 2014.
- Gahir, D.; Clifford, N.; Yousefpour, A. & Avery, C. A novel method of managing persistent parotid sialoceles. *Brit. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 49(6):491-2, 2011.
- Lewkowicz, A.; Hasson, O. & Nahlieli, O. Traumatic injuries to the parotid gland and duct. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 60(6):676-80, 2002.
- Medeiros, R.; Rocha, M.; Vieira, I.; Figueiredo, A.; Monteiro, L. & Carneiro, J. Giant sialoceles following facial trauma. *Braz. Dent. J.*, 23(1):828-6, 2012.
- Sánchez, R.; Navarro, I.; Chamorro, M.; Cebrián, J. & Burgueño, M. Sialoectasia crónica del conducto de Stenon: a propósito de un caso. *Rev. Esp. Cir. Oral Maxillofac.*, 32(1):35-8, 2010.

Dirección para Correspondencia:
Dra. Claudia Letelier Fuentealba
Rudloff 1640
Valdivia
CHILE

Email: cletelierfuentealba@gmail.com

Recibido : 14-04-2016
Aceptado: 16-05-2016