

**Bori Aiguabella A\***  
**Escolán Gelos A\***  
**Estroza Torres M\***  
**Vera Álvarez JJ\*\***  
**Tisner Nieto JV\*\*\***

\*Servicio ORL, Hosp San Jorge.  
Huesca.

\*\*Jefe Sección Anatomía Patológica,  
Hospital San Jorge. Huesca.

\*\*\*Jefe Equipo M-Q  
CME Inocencio Jiménez. Zaragoza

# Sialoadenitis crónica reagudizada, asociada a actinomicas

## Chronic disease of the submaxillary gland associated with actinomyces

### RESUMEN

La patología salival es frecuente en nuestra consulta. La infección primaria de una glándula salivar mayor, por gérmenes bucales, suele ser por vía retrograda a través de su conducto de drenaje y se ve favorecida en situaciones de higiene bucodental deficiente y de alteración del flujo salival lo que puede a su vez facilitar el desarrollo de una patología obstructiva.

Presentamos un caso de infección crónica de la glándula submaxilar con episodios de reagudización, en la que se observan abundantes colonias de actinomicas en la luz de los conductos y que desde allí se extienden al tejido glandular. En el TAC cervical se observa una imagen sugestiva de cálculo de la glándula submaxilar.

### PALABRAS CLAVE:

Sialoadenitis crónica, actinomicosis cervicofacial.

### SUMMARY

*Salivary glands pathology is very usual in the office. Primary infection disease of one mayor salivary gland mediated by oral germs through the conducts is very easy because of bad habits, and altered flux, developers intra-canalicular obstruction.*

*We report a chronic disease of the submaxillary gland with peaks of acute infection, it can be seen a lot of actinomyces into the conducts and between the gland. Cervical TAC suggests calculus of the submaxillary gland.*

### KEY WORDS:

*Chronic sialadenitis, cervicofacial actinomycosis.*

## Introducción

La patología de las glándulas salivares es frecuente en la práctica diaria. Las situaciones que producen una alteración del flujo salival, ó bien un aumento de residuos formados por células epiteliales, mucina y bacterias en el interior de los conductos glandulares, favorecen la aparición de patología obstructiva. La infección primaria de una glándula salivar mayor suele ser por vía retrógrada, a través de su conducto de drenaje.

Presentamos un caso de infección crónica de la glándula submaxilar, con episodios de reagudización, en la que se observan abundantes colonias de actinomicas en la luz de los conductos y que desde allí se extienden al tejido glandular. En el TAC cervical se observa una imagen sugestiva de cálculo de la glándula submaxilar.

## Material y métodos

Paciente de 54 años, natural de la República Dominicana, con antecedentes de asma bronquial, patología osteoarticular degenerativa, migrañas, hernia umbilical, dispepsia biliar, fibrilación auricular, histerectomizada y apendicectomizada e intervenida de un granuloma piógeno en lengua, sin historial alérgico conocido.

Desde hace más de 10 años refiere induración no dolorosa a nivel submaxilar derecho, no dependiente del ritmo de las comidas. En dos ocasiones, ha expulsado "del lado

derecho, debajo de la lengua", formaciones blanco-amarillentas, ayudándose manualmente.

En Mayo del 2004, acude a nuestra Consulta por edema a nivel submaxilar derecho de 5 días de evolución y que ha aumentado progresivamente hacia la región latero-cervical, sin presentar fiebre. No se observan signos inflamatorios en piel. No se palpan adenopatías. En la exploración de la cavidad oral se aprecia mala higiene bucodentaria y falta de piezas. La palpación bimanual de la glándula submaxilar derecha resulta discretamente dolorosa, apreciándose la salida de escasa secreción blanquecina por el orificio del conducto de Wharton derecho, que está edematoso.

Exploraciones complementarias:

- Analítica: normal
- Estudio microbiológico de la secreción del conducto: flora orofaríngea habitual.
- TAC de la región cervical: Calcificación redondeada interna a la rama horizontal derecha del maxilar inferior, sugestiva de cálculo grande en el conducto de la glándula submaxilar derecha. Poca visualización del tejido glandular. Glándula submaxilar izquierda también aumentada de tamaño.
- Se realiza PAAF con informe anatomopatológico de: "fondo hemático que incluye la presencia de linfocitos con aspecto polimorfo entre los que se observan algunos polimorfonucleares neutrófilos".

Se instaura tratamiento antibiótico (macrólido) y antiinflamatorio esteroideo, mejorando el edema, sin remitir la induración. En Septiembre del 2004 se procede a submaxilectomía derecha, encontrando la glándula muy adherida a tejidos adyacentes. El informe anatomopatológico de la pieza señala: dilatación marcada de algunos conductos con extensa fibrosis y atrofia de los acinos, así como un denso infiltrado inflamatorio constituido fundamentalmente por linfocitos y células plasmáticas; en la luz de algunos conductos se aprecian abundantes colonias de actinomices entremezcladas con numerosos leucocitos polimorfonucleares neutrófilos que en ocasiones traspasan el epitelio de los conductos y se extienden en el tejido de alrededor, compatible con el diagnóstico de "Sialoadenitis crónica reagudizada asociada a actinomices".

Ante este diagnóstico se prescribió tratamiento antibiótico (penicilina iv y posteriormente amoxicilina vía oral). También se realizó una ortopantomografía en la que se apreció reacción periapical en el último molar de la arcada inferior derecha, siendo remitida al odontólogo, quien procedió a su extracción.

En la evolución postoperatoria, se observó tejido de granulación a nivel de la incisión quirúrgica que se cauterizó, así como salida de secreción purulenta por la herida. El estudio microbiológico informó de la presencia de bacteroides ovatus y estafilococos coagulasa negativo. Se sustituyó la amoxicilina por tetraciclinas, según sensibilidad del antibiograma, durante un periodo prolongado de 3 semanas. La evolución fue satisfactoria, no presentando signos de recidiva hasta la actualidad.

## Discusión

La actinomycosis es una afección bacteriana poco común en nuestro medio. Se debe a la proliferación de bacterias anaerobias, gram-positivas, de aspecto filamentosos: los actinomicetos. Dentro de las diferentes formas clínicas de presentación de la actinomycosis, la localización cervicofacial es la más frecuente, en un 50% de los casos. Se presenta generalmente en el adulto entre los 20 y 50 años, con predominio del sexo masculino (1, 2). La frecuencia no varía según los grupos étnicos (3).

El actinomyces es espontáneamente poco patógeno. La infección se produce por la influencia de factores que causan una disminución de las defensas locales o generales del organismo, permitiendo al germen condiciones ideales de multiplicación. No obstante la actinomycosis no es considerada como una infección oportunista. Las causas locales pueden ser la mala higiene bucodentaria (4), un traumatismo gingivodentario, una intervención quirúrgica endobucal (5), una contusión mucosa, daños hísticos locales por tumor y/o radiaciones, litiasis salival (3). En infecciones actinomicóticas se pueden aislar también otros gérmenes asociados, que podrían influir en la gravedad del proceso (1).

La forma oro-cervico-facial se suele manifestar por una tumefacción perimandibular, aunque se han descrito formas topográficas más raras: óseas, bucales, salivales (6), labiales, amigdalinas, timpanomastoideas, laríngeas, tiroideas y orbitarias (3). Dicha induración puede llegar a infiltrar estructuras adyacentes sin respetar planos. En ocasiones la lesión puede parecer sólida, o la clínica no ser típica de actinomycosis y ser mal diagnosticada de tumor (7).

La afectación primaria de una glándula salivar mayor suele producirse por vía retrógrada a través de su conducto de drenaje, y es excepcional, siendo aún más infrecuente la afectación de la glándula submaxilar (1,8,9,10). En este caso la paciente presenta mal estado bucodentario lo que podría ser un factor desencadenante para desarrollar la infección. Tiene antecedentes de asma bronquial, que no precisaba tratamiento médico salvo en exacerbaciones.

Ante el hallazgo de la calcificación en el TAC se plantea un primer diagnóstico de submaxilitis crónica por litiasis, y la persistencia del cuadro nos hizo proponer un tratamiento quirúrgico que la paciente aceptó.

En los casos de submaxilitis crónica es necesario descartar una adenopatía submandibular, un epitelioma, un cilindroma, un angioma del espacio submandibular que puede presentar calcificaciones y crisis congestivas. No obstante, el problema diagnóstico también puede ser radiológico; cuando una radiografía objetiva una calcificación submandibular resulta necesario descartar un ganglio calcificado, un fragmento dentario residual, un odontoma intramandibular, un diente luxado en el suelo de la boca, o calcificación de un angioma (11).

El informe anatomopatológico de la pieza fue de: "sialoadenitis crónica reagudizada asociada a actinomices" (Fig. 1 y Fig. 2).

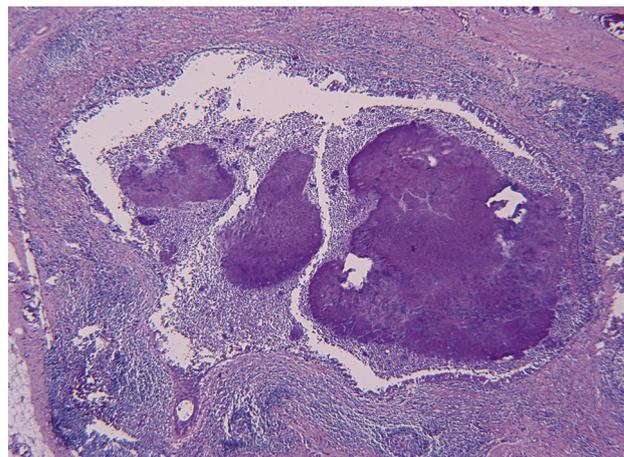


Figura 1: Conducto salivar dilatado con colonias de Actinomyces en su interior (H-E x 40).

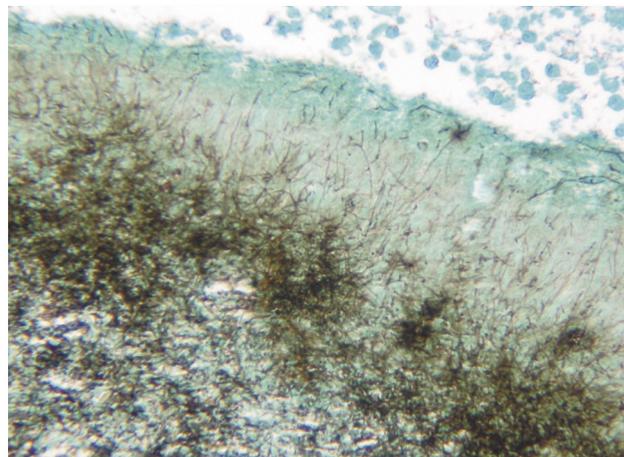


Figura 2: Detalle de las colonias de Actinomyces con su estructura filamentososa característica (Grocott x 400).

El diagnóstico de Actinomicosis es a menudo tardío (3). Una combinación de estudios microbiológicos y anatomopatológicos apropiados aumenta al máximo las posibilidades de éxito. La identificación de los microorganismos aislados en el esputo, reviste poca importancia en ausencia de granos (gránulos de azufre) en el pus o en el corte histológico de una pieza quirúrgica (12). En la revisión bibliográfica, se menciona la gran utilidad de la PAAF de las glándulas salivares para este diagnóstico (1).

Con mucha frecuencia, la primera mención de la actinomicosis proviene del patólogo después de que se ha practicado una cirugía extensa (12). En la mayoría de los casos un procedimiento quirúrgico permitirá el diagnóstico anatomopatológico rápido (3). En nuestro caso fue así, y nos planteamos si la imagen observada en el TAC, compatible con una "calcificación en el conducto de Wharton" podría tratarse de una colonia de actinomicosis.

La mayoría de los estudios por imagen no ofrecen información específica acerca de la actinomicosis, pero pueden ayudar a identificar la naturaleza inflamatoria y diferenciarla de una neoplasia (7).

En el tratamiento de la actinomicosis la penicilina es la primera elección, asociada a una adecuada higiene bucodentaria. La tetraciclina, eritromicina, doxiciclina y clindamicina son otras alternativas apropiadas (12). Se debe asociar tratamiento quirúrgico en algunos casos como: procesos en vías de fistulización, formas pseudotumorales enquistadas, y tejidos necrosados o secuestros óseos (3).

Cuando la duración del tratamiento se extiende más allá de la resolución de la enfermedad mensurable, se minimizan las recaídas, una de las características clínicas de esta infección (12).

## Bibliografía

1. Serrano E, Percodani J. – Actinomicosis cervicofacial. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Oto-rhino-laryngology. Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, París. E – 20-372-A-10. 2000.
2. Sa'ado, B.; Arijji, Y.; Katsuki, T.- Multimodality imaging of cervicofacial actinomyces. Oral and Maxillofacial Radiology, 1993, 76 (6): 772-782.
3. Guiral H, Risco J, Mayayo E. Anales ORL Iber-Amer, 1998, XXV, 3: 247-253.
4. Bennhoff Df. Actinomicosis: Diagnostic and Therapeutic considerations and review of 32 cases. Laryngoscope, 1984, 94: 1.198-1.217.
5. Laudénbach P, Le Charpentier Y, Szpirglas H. Patología salival médica. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Oto-rhino-laryngology, Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, París. E – 20-628-A-10. 2000.
6. Hensher R, Bowerman J. Actinomyces of the parotid gland. Br J Oral Maxillofac Surg, 1985, 23 (2): 128-134.

7. Saint-gerons Marzo S, Macías Fernández Ja, Sánchez Fernández JM. Actinomicosis parotídea. A propósito de un caso. Acta Otorrinolaringol Esp, 1989, 40 (5): 387-390.
8. Ennouri, A.; Hajri, H.; Bouzouita, K.a.; Marrekchi, H.; Atallah, M.- L'actinomyces cervico-faciale. A propos de 5 cas. Rev Laryngol, 1989, 110 : 165-167.
9. Parkin, J.I.; Stevens, M.H.- Unusual parotids tumours. Laryngoscope, 1977, Mar 87 (3) : 317-325.
10. Appiah-Anane S, Tickle M. Actinomyces-an unusual presentation. Br J Oral Maxillofac Surg, 1995, 33 : 248-249. HOPKINS R. Primary Actinomyces of the parotid gland. Br J Oral Surg, 1973, 11: 131-138.
11. Hopkins R.- Primary Actinomyces of the parotid gland. Br J Oral Surg, 1973, 11: 131-138.
12. Russo Th. A. Agentes de la actinomicosis. Cap. 245. En: Mandell, Douglas y Bennett: Enfermedades infecciosas: Principios y práctica. 5ª edición. Ed. Panamericana vol 2, 3204 -3215.

## Correspondencia

Bori Aiguabella, M.<sup>a</sup> Ángeles  
Servicio de O.R.L. Hospital San Jorge  
Martínez de Velasco, s/n.  
22004 Huesca