

Tuberculosis de la glándula submaxilar: Aportación de dos casos clínicos

- * Dra. Elena Sánchez-Fernández
- ** Dr. Pablo Galindo Moreno
- *** Dr. Idefonso Martínez Lara
- **** Dr. Joseba Santamaría Zuazua

- * Médico Estomatólogo. Profesora Titular de Cirugía Bucal. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología de la Universidad de Granada (España).
- ** Odontólogo. Profesor Asociado de Cirugía Bucal. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología de la Universidad de Granada (España).
- *** Cirujano Maxilofacial. Hospital Virgen de las Nieves. Profesor Asociado de Cirugía Bucal. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología de la Universidad de Granada (España).
- **** Cirujano Maxilofacial. Hospital de Cruces. Catedrático de Cirugía Bucal. Departamento de Estomatología. Universidad del País Vasco (España).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Exponemos dos casos diagnosticados primariamente como Sialoadenitis, y que, posteriormente, resultaron ser una tuberculosis de la glándula submaxilar. Esta afección se presenta con una semiología inespecífica similar a una sialolitiasis. Aunque es más frecuente en nuestro medio la Tbc ganglionar que la glandular, debemos tener siempre presente que ante una adenopatía cervical habrá que descartar esta patología, y que el diagnóstico definitivo lo vamos a realizar, tras la cirugía, con el examen anatomopatológico y bacteriológico. La PAAF junto con el Test de Mantoux pueden ayudarnos en el diagnóstico prequirúrgico de la enfermedad.

PALABRAS CLAVES

Tuberculosis. Oral. Microbiología. Mycobacterium. Diagnóstico. Glándula submandibular.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

In this article are reported two cases of submandibular tuberculosis, diagnosed firstly as litiasic submaxilitis. This entity presents an inespecific semiology, similar to sialolitiasis. Though cervical tuberculosis is more commonly seen in the submandibular and cervical lymph nodes than the glandular tuberculosis, this pathology must be kept in mind. Frequently, this entity is diagnosed postoperatively with the pathologic and bacteriologic exams. The Fine Needle Aspiration Punction (FNA) and the Mantoux Test could help us at the disease's presurgical phase.

KEY WORDS

Tuberculosis. Oral. Microbiology. Mycobacterium. Diagnosis. Submandibular gland diseases.

Correspondencia: Dra. Elena Sánchez-Fernández, c/ Recogidas Nº 19, Portal 1, 2ªA 18005 - Granada (España)

**SOCIEDAD ODONTOLÓGICA
DE LA PLATA
BIBLIOTECA**

INTRODUCCIÓN

La localización en la glándula submaxilar de un proceso tuberculoso es raro, aunque conocido. Es algo más frecuente la afectación de la glándula parótida por esta patología. En esta localización y cuando es unilateral la tuberculosis es indistinguible de un tumor parotideo, y las técnicas de imagen pueden también fallar a la hora de revelar el diagnóstico exacto; es sólo por aspiración con aguja fina (PAAF) y estudio bacteriológico como puede confirmarse el diagnóstico ⁽¹⁾.

Clínicamente, el aumento de tamaño de la región submaxilar nos hace pensar en el proceso inflamatorio más frecuente de esta localización, que es la submaxilitis litiásica. ⁽²⁾

Epidemiológicamente, la sialolitiasis corresponde al 30% de la patología salival y afecta principalmente a las glándulas submaxilares. En éstas se da el 80% de esta patología, siguiéndole en orden de presentación la glándula parótida y, excepcionalmente, la glándula sublingual y accesorias. Pero no debemos olvidar la existencia de otras entidades clínicas de distinta naturaleza: medicamentosa, obstructiva, refleja, esclerótica, bacteriológica..., que producen signos clínicos de disminución o imposibilidad de salida del contenido glandular; lo que nos puede llevar a una confusión diagnóstica ⁽³⁾.

La identificación clínica de cada uno de estos procesos puede ser sencilla con cierta experiencia en patología salival, y la instauración de una terapéutica adecuada va a depender de los factores etiopatogénicos. Por ello debemos conocer los medios diagnósticos disponibles que nos confirmarán la existencia de esta patología infecciosa.

En los casos clínicos que exponemos a continuación se refleja la forma de presentación inicial del proceso, como si de un cuadro obstructivo se tratara, en ellos se obtuvo el diagnóstico definitivo de tuberculosis submaxilar cuando se realizó el estudio histológico y microbiológico.

Caso clínico 1

Paciente de 31 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Acude a la consulta porque presenta una tumefacción submaxilar indolora de varios meses de evolución.

A la exploración se observa la celda submaxilar izquierda tumefacta y aumentada de tamaño. A la palpación aparece una masa dura, no fluctuante e indolora, no se pudo movilizar por estar en relación con el borde inferior de la mandíbula, eliminamos de este modo un posible origen ganglionar.

Se realiza una ortopantomografía, donde no se

aprecian signos que evidencien la presencia de cálculos.

Se le realiza una sialografía submaxilar izquierda (Fig. 1), en la que se nos informa la imposibilidad de rellenar el conducto de Wharton por imagen sospechosa de sialolitiasis, localizada en el extremo distal del conducto.

En la ecografía (Fig. 2) se aprecia una masa de 3x1,5 cm. de tamaño, aparentemente extraglandular y de ecogenicidad hipoecoica, en contacto con el borde anterior de la glándula submaxilar izquierda.

Con el diagnóstico de submaxilitis litiásica, la paciente es intervenida quirúrgicamente bajo anestesia general practicándose una submaxilectomía y exéresis de los ganglios submaxilares periglandulares. La glándula presentaba un aspecto blanquecino, denso o leñoso, muy dura a la palpación.

El examen anatomopatológico de la pieza extirpada nos indica la presencia de células que conforman el típico granuloma tuberculoso; y el examen microbiológico identifica como agente causal al *Mycobacterium tuberculosis*.

La paciente es remitida al Servicio de Infecciosos para su tratamiento. A los once meses de evolución refiere la paciente un pequeño bulto en la zona intervenida. Se le realiza una nueva ecografía submaxilar, que nos informa no encontrar alteraciones patológicas significativas, salvo una pequeña formación de aspecto quístico, de 5 mm., situada por debajo de la cicatriz. Tampoco aparecen alteraciones aparentes a nivel de la glándula parótida. Y en el cuello no se encuentran adenopatías apreciables, así como tampoco afectación del lóbulo tiroideo. La zona algo prominente que la paciente identifica como posible adenopatía, que cambia de volumen en algunas circunstancias, no es reconocible en la ecografía, excluyéndose que se trate de alguna adenopatía.

La valoración de los signos mencionados correspondería a una exploración sin alteraciones patológicas significativas, salvo la persistencia de un pequeño seroma o cavidad pseudoquística a nivel submaxilar, hallazgo clínico sin relevancia.

La evolución de la paciente en los nueve meses posteriores a la intervención e instauración del tratamiento ha sido favorable.

Caso clínico 2

Paciente de 23 años de edad, hembra, refiere haber tenido varios episodios de inflamación en región submaxilar izquierda.

Tras la exploración clínica efectuada se determina realizar una sialografía (Fig. 3), que nos indica la existencia de una sialolitiasis que dificulta el paso del contraste a través de los conductillos acinares.

En la ecografía se muestran los siguientes hallazgos (Fig. 4): múltiples lesiones nodulares hipocogénicas bien delimitadas, localizadas alrededor de la glándula submaxilar izquierda y en el territorio yugulocarotídeo homolateral. Dichas lesiones son sugerentes de adenopatías múltiples. El parénquima glandular submaxilar izquierdo no presenta alteraciones objetivas valorables.

En la exploración efectuada por R. M. de las glándulas submaxilares encontramos la existencia de bandas formaciones de baja densidad en T1 (plano sagital), y de alta en T2 (plano transversal), (fig. 5), de mayor tamaño en el lado izquierdo de configuración elipsoidal, de 29 mm. en el lado izquierdo y de unos 18 mm. en el lado derecho, mostrando unos contornos regulares y una señal no homogénea de tipo sólido parentimatoso, como dijimos anteriormente, alta T2 y baja en T1 con algunas estructuras internas de baja señal en ambas secuencias, que se interpretarían como tabicaciones conjuntivas y ramificaciones vasculares de disposición regular arborescente de aspecto no neoplásico. En el lado izquierdo el tamaño de esta formación desplaza y comprime el resto de la glándula submaxilar normal. En el resto de la exploración destaca la existencia de una sinusitis maxilar izquierda con engrosamiento de la mucosa y quiste de retención. A nivel de la luz de la faringe no se encuentran alteraciones patológicas significativas apareciendo simétrica y de contornos regulares. Las glándulas parótidas aparecen de tamaño, configuración y señal normal, sin alteraciones patológicas aparentes. A nivel de la cadena ganglionar profunda derecha aparece una pequeña adenopatía de unos 8 mm., que también puede verse en el lado izquierdo de tamaño algo mayor, sin llegar a alcanzar más de un centímetro.

La valoración de los signos mencionados correspondería a la existencia de imágenes sugerentes de adenopatías aumentadas de tamaño junto a ambas glándulas submaxilares, con mayor volumen en el lado izquierdo, así como también afectación de las cadenas ganglionares profundas, también con mayor afectación en el lado izquierdo, y la existencia de una sinusitis maxilar izquierda.

Tras la realización de todas las exploraciones anteriores la paciente es diagnosticada de sialolitiasis submaxilar, con adenopatías acompañantes al proceso obstructivo.

La paciente fue intervenida bajo anestesia general; tras extirparle la glándula submaxilar izquierda se envió para su estudio anatomopatológico y microbiológico. El agente causal resultante de este estudio fue el *Mycobacterium tuberculosis*, que, además de producir el cuadro infeccioso de base, se le asoció la patología obstructiva manifiesta en la clínica.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de tuberculosis glandular sin otro tipo de sintomatología es difícil de realizar. Se estima que un 50% de la población mundial es portadora del bacilo tuberculoso y la enfermedad causa 3 millones de muertes por año⁽⁴⁾. Varios autores^(4,5) hablan sobre un descenso de la incidencia de la tuberculosis en nuestro país, aunque en líneas generales el número de casos diagnosticados al año sea mayor, quizás esto sea debido a que el sistema de declaración ha mejorado. Están más expuestos a la enfermedad los sujetos jóvenes, malnutridos, diabéticos y de un modo general, los inmunodeprimidos (asociada a SIDA, ambas enfermedades se potencian)⁽⁶⁾. A escala mundial, la expansión del virus de la inmunodeficiencia humana se acompaña de la regresión de la tuberculosis.

La forma de presentación más frecuente de la tuberculosis es la pulmonar, la localización cervical oscila entre el 10% y el 15%⁽⁷⁾. Cuando se trata de una manifestación glandular como consecuencia de una infección sistémica, es más frecuente que se localice en parótida, aunque hay casos descritos en la submaxilar^(8,9,10).

Fue De Paoli quien aportó el primer caso de afectación de una glándula salival (parótida) por la tuberculosis en 1893.

Se han descrito dos vías de contaminación glandular:⁽¹¹⁾

- Vía ascendente, desde la cavidad bucal, a través de los conductos salivales.
- Vía hematogena o linfática, a partir de un foco pulmonar, que puede estar curado y surgir una reactivación bacilar en forma de submaxilitis y adenopatías cervicales.

Los síntomas generales de la tuberculosis están habitualmente ausentes. La presunción de afectación tuberculosa ganglionar se hará a partir de la existencia de algunos factores de riesgo, como el viraje de la cutireacción o intradermoreacción (IDR) a la tuberculina (aunque debemos tener presente que existen algunos casos de falso negativo), también se puede sospechar en pacientes con antecedentes de tuberculosis.

En los casos clínicos anteriormente reseñados nos encontramos con una masa palpable a nivel submaxilar, esto nos hace pensar en la existencia de una adenopatía (tumoral, infecciosa, etc.), una patología de la glándula submaxilar o en un angioma. Las exploraciones radiográficas simples en nuestros casos no nos han aportado nada, otras veces puede verse un cálculo (submaxilitis litiasica), o incluso un ganglio calcificado

(como consecuencia de una afectación tuberculosa), todo ello, por supuesto, sin anticipar un diagnóstico definitivo.

En las sialografías realizadas observamos la dificultad del paso del contraste a través de los conductos glandulares, esto ya nos indica la existencia de una afectación de la glándula submaxilar. Aunque con las nuevas técnicas sialográficas, como la imagen de sustracción digital (DSI), se puede obtener una mejor información acerca de lo que ocurre en el interior de esa glándula ⁽¹²⁾.

La Scintigrafía o sialografía isotópica (Tc99) va reemplazando la sialografía de contraste convencional, porque no sólo identifica la obstrucción del conducto, sino que también refleja el estado funcional de la glándula, es menos invasiva que la sialografía de contraste y su calidad depende menos de la experiencia técnica.

Los otros procedimientos radiológicos realizados (ecografías, R.M.) tampoco dan ninguna imagen característica desde el punto de vista etiológico de esta patología.

La ultrasonografía tiene bastante utilidad en la detección de las enfermedades de las glándulas salivales, especialmente tumores y cálculos ⁽¹³⁾. En las ecografías realizadas a nuestros pacientes no hay evidencia de cálculo alguno, el resultado de las mismas ha sido expuesto anteriormente.

Otro procedimiento diagnóstico de gran utilidad en estos casos de linfadenitis cervical tuberculosa, y que no se solicitó, es la Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF). Es una técnica poco agresiva, muy sensible y de alta especificidad; asociada a la IDR a la tuberculina (Mantoux) su sensibilidad puede ser del 90%, y el valor predictivo de Tuberculosis ganglionar del 100%. Sin embargo la demostración de granulomas con la PAAF, aunque puede sugerir una tuberculosis, es indistinguible histológicamente de la sarcoidosis, mononucleosis infecciosa o la enfermedad por arañazo de gato, que también originan una reacción granulomatosa en los ganglios. La presencia de *Bacilos Acido-Alcohol Resistentes* en adenitis abscesificadas es del 47%, en las adenitis sin abscesificar del 15%, y del 38% si se tiñe con auramina ⁽¹⁴⁾.

Por consiguiente, esta técnica constituye un método útil para la selección de las lesiones subsidiarias de tratamiento quirúrgico, siendo este hecho de gran importancia en aquellas lesiones localizadas en el territorio parafaríngeo, evitando producir un daño innecesario del nervio facial. La interpretación citológica de las punciones salivales, tal como indicábamos, puede en ocasiones plantear problemas de diagnóstico diferencial. Así se han señalado en la literatura algunos posibles errores de interpretación citológica. El origen de esta dificultad

diagnóstica surge, sin duda, de que las glándulas salivales son probablemente la estructura tisular con un mayor rango de posibilidades lesionales.

La tuberculosis de la glándula submaxilar entraña un gran problema diagnóstico. El diagnóstico definitivo y correcto preoperatorio no se hace en la gran mayoría de los casos, incluso cuando existen antecedentes de enfermedad tuberculosa pulmonar, sólo el examen anatomopatológico y microbiológico nos permite realizar el diagnóstico de certeza.

En los casos que aportamos en este trabajo, se realizó la biopsia excisional, y posteriormente llegamos al diagnóstico definitivo. Los pacientes fueron tratados médicamente con terapia antituberculosa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Adalla, SA; Garmole, B. Tuberculous parotitis: two cases in Lybian patients. Br. J. Clin. Pract. 1996; 50 (1): 62-63.
- 2) Lucas Tomas, M. Medicina Oral, Ed. Salvat, Barcelona, 1990;
- 3) Durieux, P. Epidemiologie de la tuberculose. Rev. Prat. 1990; 40: 703-705.
- 4) Vidal, R.; Ruiz, J.; ¿Aumenta la tuberculosis en España? Med. Clin. Barc. 1986; 86: 845-847.
- 5) Prieto, S.; Guillen, V.; García-Ruiz, F.; Palenque, E.; Garzon, A. Enfermedad tuberculosa en un hospital general. A propósito de 445 casos. Enf. infec. y Microbiol. Clin, 1990; 8: 263-268.
- 6) Schellenberg, D. M.; Desmond, N. M.; Murphy, S. M.; Tanner, A. G. AIDS-associated cytomegalovirus infection of the submandibular gland mimicking a tumour. Journal of the Royal Society of Medicine 1994; 87 (8): 483-484.
- 7) Cantrell, R. W.; Jensen, J. H.; Reid, D. Diagnosis and management of tuberculous cervical adenitis. Arch. Otolaryngol 1975; 101: 53-57.
- 8) Rodríguez Campo, F. J.; Lorenzo Franco, F.; García Fajardo, C. Tuberculosis submaxilar. A propósito de un caso diagnosticado como sialolitiasis. Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilof. 1993; 15, 3: 143-146.
- 9) Bodner, L.; Lewin-Epstein, J.; Shteyer, A. Submandibular tuberculous lymphadenitis (Scrofula): Report of two cases. J. Oral Maxillofac. Surg. 1990; 48: 192-196.
- 10) Manipoud, P.; Rerolle, S.; Kemeny, J. L.; Lafaye, M. Tuberculose de la glande sous-maxillaire. A propos d'une observation et revue de la littérature. Ann. Oto-Laryng. (Paris) 1993; 110: 482-484.

11) Stanley, R. B.; Fernández, J. A.; Peppard, S. B. Cervicofacial mycobacterial infections presenting as major salivary gland disease. *Laryngoscope* 1983; 93: 1271-1275.



Figura 1: caso 1: conducto de Warthon abultado, que impide el paso del material de contraste.



Figura 2: caso 1: ecografía, masa de 3 x 1,5 cm. Extraglandular.



Figura 4: caso 2: ecografía, lesiones nodulares hipoeoicas, posibles adenopatías.

12) Buckenham, T. M.; George, C. D.; McVicar, D.; Moody, A. R.; Coles, G. S. Digital sialography: imaging and intrevention. *The British Journal of Radiology* 1994; 67: 524-529.

13) Mayumi Yasumoto; Tsuneaki Nakagawa; Hitoshi Shibuya; Soji Suzuki; Tatsuo Satoh. Ultrasonography of the Sublingual Space. *J. Ultrasound Med.* 1993; 12: 723-729.

14) Lau, S. K.; Wei W. I.; Kwan, S.; Yew, W. W. Combined use of fine needle aspiration cytologic examination and tuberculine skin test in the diagnosis of cervical tuberculous lymphadenitis. A prospective study. *Arch Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1991; 117: 87-90.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA
DE LA PLATA
BIBLIOTECA



Figura 3: caso 2: sialografía, sialolitiasis que dificulta el paso del contraste.

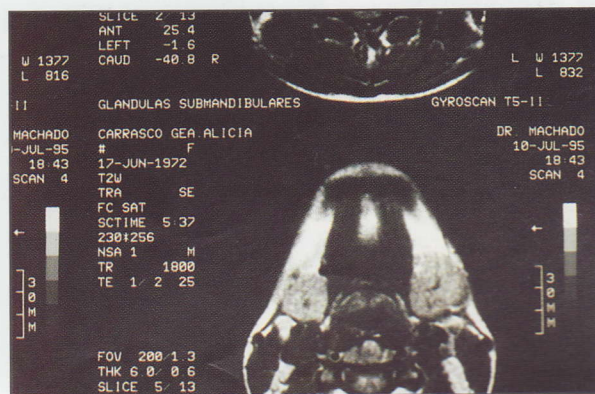


Figura 5: caso 2: resonancia magnética, glándula izquierda de mayor tamaño y morfología elipsoidal.