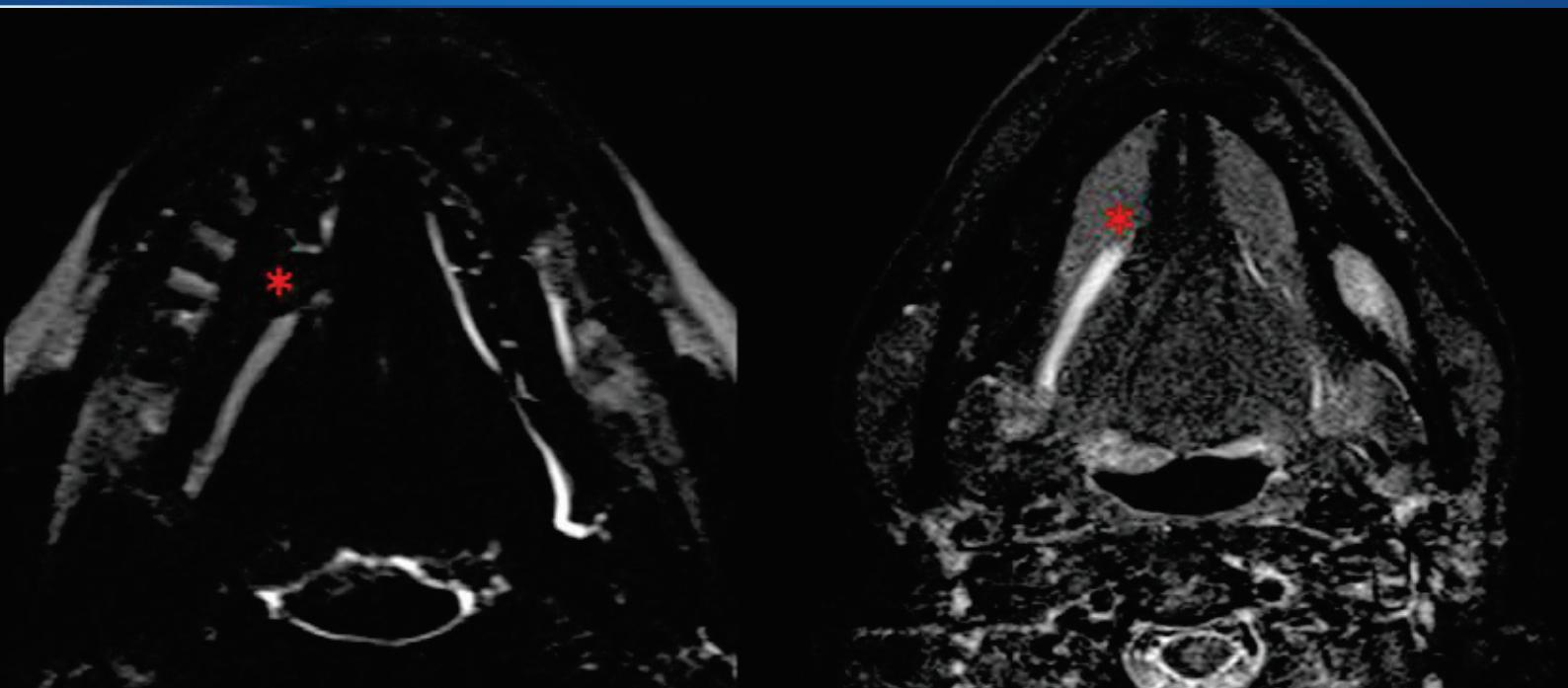


# CASOS CLÍNICOS en ORL

NEWSLETTER

Volumen 1 | Número 2 | 2013



Coordinador | José Miguel Villacampa Aubá

## 1 Pansinusitis unilateral de causa odontógena

Roberto Megía López y Carla Sanchis Picó

## 2 Estenosis de conducto de Wharton resuelta mediante sialoendoscopia

Álvaro Sánchez Barrueco, Francisco Javier Guerra Blanco,  
Beatriz Sobrino Guijarro y Carlos Cenjor Español

### ¿Sabías que...?

Patrocinado por:

TEDEC  
**meiji**

# Presentación

Queridos compañeros:

Siguiendo con la vocación motivacional de esta publicación desde su nacimiento, hemos querido en este nuevo número inaugurar una nueva sección titulada “¿Sabías que...?”.

Es nuestra intención seguir siendo un breve pero riguroso altavoz donde compartir nuestro día a día y, a la vez, ser una pequeña fuente de motivación que encienda nuestra curiosidad para con nuestra gran profesión.

En esta línea es en la que hemos querido crear este nuevo apartado en el que daremos cabida a pequeñas anécdotas históricas relacionadas con el mundo de la otorrinolaringología, intentando ilustrarlas de manera algo distendida.

De esta forma, tocaremos dos apartados importantes: recordar a quien nos ha precedido en nuestros

pasos en la otorrinolaringología y tomarnos todo con mejor humor.

Así como el descanso cobra su verdadero sentido al realizarlo tras un duro trabajo previo, este nuevo apartado no se entendería si no fuese acompañando y contrastando el rigor, la seriedad y profesionalidad de los casos expuestos en cada número. Ellos son el alma máter de nuestra publicación.

En este caso, contamos con dos muy interesantes; el primero acerca de una sinusitis odontógena (tan frecuente en nuestra práctica diaria) y otro que nos ilustra sobre una estenosis de conducto de Wharton resuelta mediante sialoendoscopia. Ambos enfocados y tratados de forma brillante por colegas nuestros.

¡Esperamos que tanto los casos como la nueva sección sean de vuestro agrado!

José Miguel Villacampa Aubá

Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial,  
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz-IDC, Madrid

# Pansinusitis unilateral de causa odontógena

Roberto Megía López y Carla Sanchis Picó

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Marques de Valdecilla, Santander, Cantabria

## Motivo de consulta

Varón de 60 años que acude a la consulta por cefalea frontal y congestión nasal.

Refiere cuadro de cefalea frontal intensa, de más de dos meses de evolución, que cede con antiinflamatorios, congestión nasal unilateral izquierda, voz nasal y rinorrea posterior.

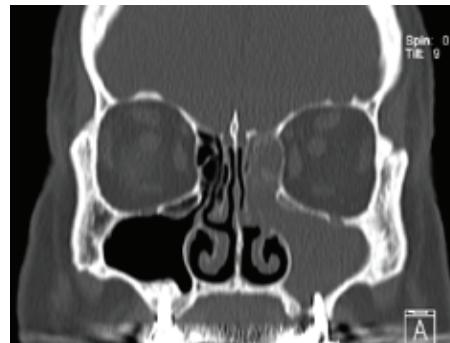


Figura 1. Tomografía computarizada previa al tratamiento.



Figura 2. Tomografía computarizada al mes del tratamiento.

## Antecedentes personales

### y familiares

Sin alergias medicamentosas conocidas. Colocación de implantes dentales en ambos maxilares superiores, con elevación de suelo de seno maxilar derecho, hace 24 meses.

No presenta otros antecedentes de interés.

## Exploración otorrinolaringológica

En la nasofibroscopia se aprecia rinorrea purulenta, que proviene del meato medio izquierdo y cae hacia *cavum*.

El resto de la exploración otorrinolaringológica es normal.

## Pruebas complementarias

Tomografía axial computarizada: ocupación de senos maxilar, frontal y celíadas etmoidales del lado izquierdo. En seno maxilar, se evidencia un implante dental que protruye en la luz del seno (fig. 1).

## Diagnóstico

Pansinusitis izquierda de origen dentario.

## Tratamiento y evolución

Se instaura tratamiento con cefditoren pivoxilo 200 mg/12 h, corticoides intranasales, y se realiza punción de seno maxilar, con aspiración de 5 cc de contenido purulento que se remite para cultivo. Se deja un catéter durante tres días por el cual se realizan lavados diariamente con suero salino.

Tras cada lavado se introducen en el seno 80 mg de gentamicina con 12 mg de betametasona.

En el cultivo se aisla *Streptococcus* grupo *milleri* sensible a penicilinas ycefalosporinas y resistente a los macrólidos.

Se mantiene el tratamiento antibiótico durante cuatro semanas. Tras este período, el paciente se encuentra asintomático, siendo normal la exploración mediante nasofibroscopia.

Se realiza tomografía axial computarizada de control, pasado un mes tras la finalización del antibiótico, donde se evidencia buena aireación de las celíadas etmoidales, seno frontal y

seno maxilar izquierdo. En este último, se sigue observando protusión del implante dental dentro del seno con mínimo edema de mucosa en dicha zona (fig. 2).

Tras nueve meses, sigue asintomático.

## Discusión

La sinusitis odontógena representa aproximadamente del 10 al 12% de los casos de sinusitis maxilar.

La enfermedad sinusal de origen dental merece una consideración especial porque difiere en la fisiopatología, la microbiología y el manejo, en comparación con la patología sinusal de otras etiologías.

Puede ocurrir cuando la membrana Schneideriana es perforada por condiciones tales como procesos odontógenos, patología del hueso maxilar, infecciones derivadas de la arcada dental superior, trauma dental superior, o causas iatrogénicas tales como extracciones dentales, colocación de implantes

dentales y osteotomías maxilares en la cirugía ortognática.

En la microbiología de las sinusitis odontógenas, tanto agudas como crónicas, predominan los anaerobios. Las cepas anaerobias más comunes son bacilos gramnegativos, *Peptostreptococcus*, y *Fusobacterium*.

El *S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis* no suelen estar presentes en la sinusitis maxilar con un origen odontogénico.

En nuestro caso, el cultivo dio positivo para *Streptococcus* grupo *milleri*, cocos grampositivos, anaerobios facultativos, que pertenecen a un subgrupo de estreptococos de la familia *viridans*. El grupo *milleri* está formado por tres especies de estreptococos: *S. anginosus*, *S. intermedius* y *S. constellatus*. Se reconoce a estos microorganismos como habitantes normales de la flora de la cavidad oral.

En la sinusitis de etiología odontógena, actualmente la iatrogenia es más frecuente que otros factores etiológicos, tales como la periodontitis crónica, clásicamente considerada por muchos autores como la forma más común.

La causa del incremento en la iatrogenia es la creciente demanda de tratamientos implantológicos que hay hoy en día. En estos casos, la sinusitis maxilar puede ser causada por la disfunción mucociliar secundaria a la irri-

## CONCLUSIONES

- **Es importante saber reconocer y tratar las sinusitis secundarias a los implantes de maxilar superior, pues se trata de una patología en aumento debido a su creciente demanda.**
- **Aunque el tratamiento recomendado de la sinusitis maxilar causada por implantes conlleva la extracción de los mismos, en determinados casos pensamos que inicialmente se podría plantear un tratamiento más conservador.**

tación y el efecto de cuerpo extraño de los implantes o a la introducción dentro del seno del material utilizado para la elevación del mismo.

El vértice de la raíz del segundo molar es el más cercano al suelo del seno (distancia de 1,97 mm de media). Esta corta distancia explica la fácil extensión de un proceso infeccioso desde este diente hacia el seno maxilar.

A pesar de que la bibliografía recomienda en estos casos la retirada del implante, con revisión quirúrgica del seno y cierre de la comunicación orosinusal, nuestro paciente deseaba evitar en lo posible la retirada del mismo, por lo que optamos por empezar con una actitud más conservadora como la que llevamos a cabo.

En vista del buen resultado obtenido hasta el momento con la punción y el tratamiento antibiótico, decidimos

seguir con una actitud expectante con controles periódicos.

## Bibliografía recomendada

- Arias-Irimia O, Barona-Dorado C, Santos-Marino JA, Martínez-Rodríguez N, Martínez-González JM. Meta-análisis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010;15:e70-3.
- Brook I. Microbiology of acute and chronic maxillary sinusitis associated with an odontogenic origin. Laryngoscope. 2005;115:823-5.
- Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;135:349-55.
- Mano Y, Bietlitum I, Nashef A, Nissan J, Chaushu G. Late signs and symptoms of maxillary sinusitis after sinus augmentation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010;110:e1-e4.
- Su-Gwan K, Sung-Mun B. Diagnosis and treatment of maxillary sinusitis after implant placement. Implant Dent. 2012;19:115-21.

# Estenosis de conducto de Wharton resuelta mediante sialoendoscopia

Álvaro Sánchez Barrueco<sup>1</sup>, Francisco Javier Guerra Blanco<sup>1</sup>, Beatriz Sobrino Guijarro<sup>2</sup>  
y Carlos Cenjor Español<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Sialoendoscopia y Patología de las Glándulas Salivares, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

<sup>2</sup>Unidad de Sialoendoscopia y Patología de las Glándulas Salivares, Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

## Motivo de la consulta

Paciente de 62 años que acudió por tumoración submaxilar derecha recurrente asociada generalmente con la ingesta.

## Antecedentes personales

Refirió como antecedentes médicos o quirúrgicos de interés haber padecido un carcinoma papilar de tiroides tratado mediante tiroidectomía total y yodoterapia radioactiva hacia dos años.

## Exploración física

En la exploración oral, faríngea y laringea, no se evidenciaron lesiones sospechosas. La exploración cervical reveló un aumento difuso de la glándula submaxilar derecha con secreción salival a la palpación de la misma.

## Pruebas complementarias

La ecografía cervical confirmó cambios secundarios a tiroidectomía total con ausencia de litiasis salival o adenopatías, y la tomografía computarizada cervical con contraste no reflejó signos inflamatorios o litásicos submaxilares. Se sospechó una afectación funcional ductal por radiyodo<sup>1</sup>, por lo que se solicitó una sialorresonancia (sialoRM) que demostró una sialadenitis crónica submaxilar derecha con dilatación del conducto de Wharton derecho debido a una estenosis ductal a 28 mm del origen del mismo (fig. 1).

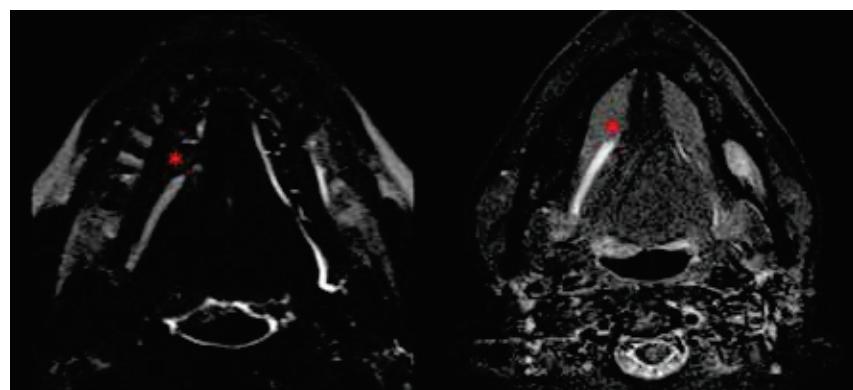


Figura 1. SialoRM con secuencia HASTE (derecho) y RM facial con secuencia STIR en plano axial (izquierdo), en las que se evidencia estenosis de conducto de Wharton derecho (\*) con dilatación retrógrada del mismo.



Figura 2. Izquierda: localización y dilatación de la carúncula del conducto de Wharton derecho. Derecha: introducción del sialoendoscopio tras dilatación progresiva de la carúncula.

## Diagnóstico

Sialadenitis crónica submaxilar derecha debida a estenosis del conducto de Wharton.

## Tratamiento y evolución

Se propuso a la paciente realizar una sialoendoscopia confirmatoria y terapéutica

de conducto de Wharton derecho, que aceptó. Bajo anestesia general e intubación nasotraqueal, se canalizó la carúncula del conducto de Wharton derecho y se dilató la misma hasta poder introducir el sialoendoscopio (fig. 2).

Una vez alcanzada e identificada la estenosis del conducto de Wharton, se

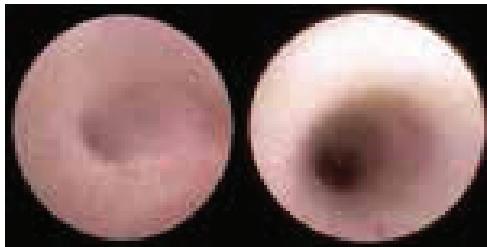


Figura 3. Izquierda: estenosis circunferencial del conducto. Derecha: resultado final de la dilatación con un diámetro luminal adecuado.

procedió a su dilatación con el propio endoscopio rígido. Proximalmente a la misma se halló barro salival (*mucous plug*), que fue retirado, y se llevó a cabo un lavado ductal mediante irrigación de solución salina de manera retrógrada (fig. 3).

La paciente fue dada de alta al día siguiente sin complicaciones, con antibioterapia profiláctica de cefditoren pivoxilo 400 mg cada 12 h, durante 5 días. Tras un año de seguimiento, no ha vuelto a tener episodios de tumefacción submandibular.

## Discusión

La obstrucción de un conducto salival generalmente se manifiesta como episodios recurrentes de tumefacción glandular en íntima relación con la ingesta. La etiología obstructiva principalmente consiste en sialolitiasis (60-70%) y estenosis papilar o ductal (15-25%). Otras causas son la inflamación del

conducto (sialoductitis), cuerpos extraños o variantes anatómicas<sup>2,3</sup>.

La gran mayoría de las sialoadenitis crónicas son manejadas en atención primaria. Sin embargo, en la actualidad se aboga porque la patología ductal incipiente sea diagnosticada y tratada adecuada y precozmente en unidades especializadas para disminuir la morbilidad y la posibilidad de necesitar soluciones mutilantes<sup>3</sup>.

El protocolo diagnóstico de la patología glandular, tras una adecuada exploración orocervical, puede incluir principalmente tres pruebas: ecografía cervical, tomografía computarizada o sialorRM. La prueba principal<sup>4</sup> como cribado de sospecha de patología salivar debe ser la ecografía, por bajo coste, amplio acceso a la misma, facilidad de realización y ubicuidad, siendo la inexperiencia del radiólogo su principal limitación. La sialorRM permite diagnosticar cálculos milimétricos (radiopacos o no) y estenosis ductales con una elevada sensibilidad y especificidad<sup>5</sup>.

Gracias a las nuevas técnicas de diagnóstico, la estenosis ductal es una patología en auge. Puede provocar afectación parcial del conducto principal o a alguna subdivisión, o presentar una afectación difusa. Una vez diagnosticada, si es distal, puede dilatarse delicadamente con el sialoendoscopio

o, en caso de fracaso, puede procederse a la exéresis transoral abocando el ducto proximal a la cavidad oral mediante una neofístula. Entre su etiología se encuentran procesos previos de sialoductitis, radioterapia, incluida la yodoterapia<sup>1</sup> y la yatrogenia.

En los últimos años, han surgido posibilidades terapéuticas mínimamente invasivas con resultados dispares. De todas ellas, la sialoendoscopia es aceptada como la mejor alternativa al poder valorar *in situ* el estado del conducto secretor, sin necesidad de medios de contraste ni exposición radiológica, presentando resultados prometedores en cuanto a la prevención de patología<sup>3,5,6</sup>, incluso en edades pediátricas. De hecho, el desarrollo de la misma ha permitido que en la actualidad la patología crónica glandular salival se pueda subdividir en parenquimatosa (susceptible de tratamientos clásicos, principalmente, la sialadenectomía) y ductal/papilar (susceptible de sialoendoscopia).

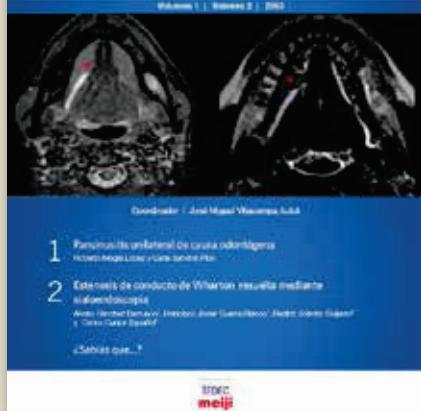
## Bibliografía

- Di Russo G, Kern KA. Comparative analysis of complications from I-131 radioablation for well-differentiated thyroid cancer. *Surgery*. 1994;116:1024-30.
- Rice DH. Chronic inflammatory disorders of the salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am*. 1999;32:813-8.
- Cenjor C, Marchal F. Revisiones en ORL. Sialoendoscopia. Euromedice; 2009
- Sobrino-Guijarro B, Cascarini L, Lingam RK. Advances in imaging of obstructed salivary glands can improve diagnostic outcomes. *Oral Maxillofac Surg*. 2013;17:11-9.
- Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis management: the state of the art. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129:951-6.
- Nahlieli O, Nakar LH, Nazarian Y, Turner MD. Sialoendoscopy: A new approach to salivary gland obstructive pathology. *J Am Dent Assoc*. 2006;137:1394-400.

## CONCLUSIONES

**La estenosis del conducto de Warthon es causante del 15-25% de las sialoadenitis submaxilares de repetición. El estudio radiológico de elección ante esta sospecha es la sialorresonancia. La sialoendoscopia es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico y para tratar, de manera mínimamente invasiva, la patología funcional que afecte a los conductos secretores salivales.**

## CASOS CLÍNICOS en ORL



**MACMILLAN**  
MEDICAL COMMUNICATIONS

© 2013 Macmillan Medical Communications, una división de Nature Publishing Group Iberoamérica, S. L.

C/ Capitán Haya 1, edificio Eurocentro, 9º  
28020 Madrid | Tel.: (+34) 91 447 46 43  
[www.npgiberoamerica.com](http://www.npgiberoamerica.com)

© 2013 De los autores

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Nature Publishing Group Iberoamérica y sus asociados no asumen responsabilidad alguna por cualquier lesión y/o daño sufridos por personas o bienes en cuestiones de responsabilidad de productos, negligencia o cualquier otra, ni por uso o aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en el presente material.

Dados los rápidos avances que se producen en las ciencias médicas, en particular, debe realizarse una verificación independiente de los diagnósticos y las posologías de los fármacos.

Esta publicación ha sido patrocinada por Tedec-Meiji.

ISSN: 2255-5765

# ¿Sabías que...?

**L**a rinosinusitis crónica puede ser con o sin pólipos. La palabra “pólico” proviene del latín *polýpus*, y esta del griego πολύπονς (*polys*-, “muchos” y *podos*, “pie, pediculado”). La primera referencia a la poliposis nasal la encontramos en un mural de la 5.<sup>a</sup> dinastía egipcia que da testimonio de gratitud al médico de la corte, Ni-Ankh Sekhmet, tras un tratamiento de dicha enfermedad, estando considerado así este el primer rinólogo de la historia<sup>1</sup>.

Los pólipos nasales también se describieron hace más de 3.000 años en la literatura hindú, y tenemos referencias posteriores atribuidas a Hipócrates que describen el cuadro clínico característico y el tratamiento mediante extracción con un “lazo” y cauterio posterior con un hierro candente e inhalación posterior de diversas infusiones. También describen dichas referencias el tratamiento que realizaba de la poliposis nasal mediante la extracción con una esponja, que introducía por la boca del paciente y la sacaba por la nariz, arrastrando así los pólipos intranasales<sup>2</sup>.

## Bibliografía

1. Pahor AL, Farid A. Ni-Ankh-Sekhmet: first rhinologist in history. *J Laryngol Otol*. 2003;117:846-9.
2. Manolidis LS. Otorhinolaryngology through the works of Hippocrates. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2002;64:152-6.



## emORLiconos

Oye, ¿por qué no vas al Hipócrates  
ese a curar tu poliposis nasal?... Dice  
que lleva cientos de pacientes tratados  
con esponja con muy buen resultado...

... ¡Hasta que no cambie la  
esponja ni me acerco!

