



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE EN UN PACIENTE  
GERIÁTRICO”**

**Requisito previo para optar por el Título de Médico**

**Autor:** Gaibor Ortiz, Carlos Luis

**Tutor:** Dr. Esp. Romo López, Ángel Geovanny

**Ambato- Ecuador**

**Octubre 2016**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE EN UN PACIENTE GERIÁTRICO”** de Carlos Luis Gaibor Ortiz estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016

EL TUTOR

.....  
Dr. Esp. Romo López Ángel Geovanny

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE EN UN PACIENTE GERIÁTRICO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2016

EL AUTOR

.....  
Gaibor Ortiz Carlos Luis

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de grado con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Septiembre del 2016

**EL AUTOR**

.....  
Gaibor Ortiz Carlos Luis

## **APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE EN UN PACIENTE GERIÁTRICO”**, de Carlos Luis Gaibor Ortiz, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios por darme la vida, la capacidad y la inteligencia para superarme cada día, a mis padres por haberme apoyado en cada momento a lo largo de esta carrera de la Medicina y en especial a mi hija quien ha estado a mi lado siempre siendo mi fortaleza y mi convicción que me ha traído hasta este punto y desde donde pienso continuar ejerciendo esta hermosa arte de la Medicina.

Gaibor Ortiz Carlos Luis

## **AGRADECIMIENTO**

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en la cual recibí los conocimientos que han contribuido a mi formación profesional.

A mis docentes quienes, compartieron sus conocimientos, lecciones y experiencias a lo largo de mi vida estudiantil.

A todas aquellas personas que colaboraron con sus conocimientos, experiencias, opiniones y sugerencias en el transcurso del desarrollo del presente trabajo.

En especial a mi tutor, Dr. Ángel Romo por permitirme recurrir a sus conocimientos científicos y experiencia profesional, en un marco de confianza y amistad, para la culminación del presente.

Gaibor Ortiz Carlos Luis

## ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL .....	viii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....	x
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
OBJETIVOS .....	2
Objetivo General: .....	2
Objetivos Específicos:.....	2
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES: .....	3
HISTORIA CLÍNICA.....	3
ANÁLISIS DEL CUADRO CLÍNICO: .....	7
ANÁLISIS .....	7
EVOLUCIONES.....	8
DESARROLLO .....	12
PRESENTACIÓN DEL CASO: .....	12
DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO .....	13
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	13
ATENCIÓN DE EMERGENCIA.....	13



OPORTUNIDADES DE REMISIÓN.....	14
TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.....	14
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:.....	14
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	15
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	17
SIALOADENITIS.....	17
CONCEPTO.....	17
ETIOLOGÍA.....	17
CLASIFICACIÓN.....	17
SIALOADENITIS CRONICA ESCLEROSANTE.....	18
CONCEPTO.....	18
LOCALIZACIÓN.....	19
EPIDEMIOLOGÍA.....	19
ETIOLOGÍA.....	19
CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS.....	19
PATOGENIA.....	22
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	24
DIAGNÓSTICO.....	24
HISTOPATOLOGÍA.....	25
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	26
TRATAMIENTO.....	27
PRONÓSTICO.....	27
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	32

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Glándulas salivales menores.....	32
Gráfico N° 2 Glándulas salivales mayores.....	32
Gráfico N° 3 Sialadenitis crónica esclerosante. Glándula submaxilar con superficie de corte nodular.....	33
Gráfico N° 4 Sialadenitis crónica esclerosante. Etapa 3: atrofia acinar, bandas de fibrosis y esclerosis periductal. ....	33

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración N° 1 Rx de tórax.....	34
Ilustración N° 2 Tac simple de cuello .....	34
Ilustración N° 3 Tac simple de cuello .....	35

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Caracterización de las oportunidades de mejora.....	15
Tabla N° 2 Exámenes de laboratorio.....	36
Tabla N° 3 Exámenes de Laboratorio .....	37
Tabla N° 4 Exámenes de Laboratorio .....	38
Tabla N° 5 Exámenes de Laboratorio .....	38
Tabla N° 6 Exámenes de Laboratorio .....	39
Tabla N° 7 Imágenes .....	39
Tabla N° 8 Patología .....	41
Tabla N° 9 Lista de problemas .....	42
Tabla N° 10 Agrupación Sindrómica .....	42

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

**“SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE EN UN PACIENTE  
GERIÁTRICO”**

**Autor:** Gaibor Ortiz Carlos Luis

**Tutor:** Dr. Esp. Romo López Ángel Geovanny

**Fecha:** Septiembre del 2016

**RESUMEN**

La sialoadenitis crónica esclerosante o tumor de Küttner (TK) es una lesión pseudotumoral benigna, descrita por primera vez en 1896, que afecta predominantemente a las glándulas salivales submaxilares. Clínicamente se presenta como masa indolora de lento crecimiento acompañada en ocasiones de dolor al tragar. A más de un siglo de su descripción original, el TK continúa siendo una entidad poco reconocida y a menudo diagnosticada como “lesión linfoepitelial benigna”, “síndrome de Sjögren” o “linfoma de bajo grado”. A pesar de que algunos autores la consideran una entidad rara; el registro de Glándula Salival de Hamburgo, en Alemania, realizado durante 25 años con un total de 1.004 casos, reconoció el TK como la lesión más común de la glándula submaxilar. Siendo en pacientes geriátricos poco frecuente.

El siguiente caso de trata de un paciente masculino de 78 años de edad, nacido en Quito y residente en Baños, instrucción superior completa, con APP de cáncer de próstata, hipertensión arterial, que hace un mes luego de extracción de pieza dental, presenta edema a nivel de región maxilar izquierda, dolor tipo punzada en región maxilar izquierda, esto se acompaña disnea de medianos esfuerzos, disfagia a sólidos, odinofagia, tos con expectoración amarillenta verdosa en abundante cantidad, al examen físico TA 135/85 mmHg, FC 89 lpm, FR 21 rpm, SPO<sup>2</sup> 86%, FIO<sup>2</sup> 27%; palidez generalizada, voz hipofonética, cuello presencia de ganglios cervicales aumentados de tamaño, edema maxilar izquierdo, pulmones murmullo vesicular disminuido, crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares, se realiza radiografía panorámica reporta restos radiculares de lado derecho de

mandíbula; tomografía cráneo presencia de masa submaxilar izquierdo que desplaza elemento de pisos de la boca y de la hipofaringe; histopatológico con reporte de sialoadenitis esclerosante crónica.

**PALABRAS CLAVES:** SIALODENITIS\_ESCLEROSANTE,  
TUMOR\_ KÜTTNER, LESION\_SEUDOTUMORAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICAL CAREER  
“SCLEROSING SIALADENITIS CHRONICLE IN A GERIATRIC  
PATIENT”

**Author:** Gaibor Ortiz Carlos Luis

**Tutor:** Dr. Esp. Romo López Ángel Geovanny

**Date:** September 2016

**SUMMARY**

Chronic sclerosing sialadenitis or Küttner tumor (TK) is a benign lesion pseudotumor, first described in 1896, which predominantly affects submandibular salivary glands. Clinically, it presents as painless slow growing mass sometimes accompanied by painful swallowing. More than a century of its original description, the TK remains an under-recognized and often diagnosed as "benign lesion Lymphoepithelial", "Sjögren's syndrome" or "low-grade lymphoma" entity. Although some authors consider it a rare entity; Salivary Gland registration of Hamburg in Germany, performed for 25 years with a total of 1,004 cases, the TK recognized as the most common lesion of the submandibular gland. It is in rare geriatric patients.

The following case is a male patient 78 years old, born in Quito and resident in bathrooms, complete higher education, with APP prostate cancer, hypertension, a month after extraction of tooth, presents edema level left maxillary region, type twinge pain in the left maxillary region, this middle effort dyspnea, dysphagia to solids, sore throat, cough accompanied by expectoration greenish yellow in abundant quantity, the physical examination TA 135/85 mmHg, FC 89 lpm, FR 21 rpm, SPO<sup>2</sup> 86%, FIO<sup>2</sup> 27%; generalized pallor, hipofonética voice, neck presence of enlarged cervical lymph size, edema left maxillary, lungs decreased breath sounds, crackles scattered in both lungs, panoramic radiography is carried reports radicular remains of right jaw; skull tomography presence of left submandibular mass displacing element floor of the mouth and hypopharynx; Histopathological with chronic sclerosing sialadenitis report.

**KEYWORDS:** SCLEROSING\_SIALADENITIS, KÜTTNER\_TUMOR, LESION\_PSEUDOTUMORAL.

## INTRODUCCIÓN

El tumor de Küttner, sialoadenitis crónica esclerosante o cirrosis de la glándula submaxilar fue descrita por primera vez en 1896 por el Dr. H. Küttner, un médico alemán. Clínicamente, se presenta como una masa indolora de crecimiento lento, acompañada en ocasiones de dolor al tragar. Es una entidad poco reconocida y, a menudo, diagnosticada como lesión linfoepitelial.<sup>1</sup>

A más de un siglo de su descripción original, el TK continúa siendo una entidad poco reconocida y a menudo diagnosticada como “lesión linfoepitelial benigna”, “síndrome de Sjögren” o “linfoma de bajo grado”. A pesar de que algunos autores la consideran una entidad rara, el registro de Glándula Salival de Hamburgo, en Alemania, realizado durante 25 años con un total de 1.004 casos, reconoció el TK como la lesión más común de la glándula submaxilar. El TK pasa por distintos estadios histológicos graduales y progresivos que pueden culminar con fibrosis total de la glándula submaxilar. Histológicamente hay infiltrado inflamatorio polimorfo y policlonal, con numerosos folículos linfoides activos, fibrosis de inicio periductal que posteriormente se vuelve difusa, dilataciones y metaplasia escamosa ocasional de conductos, con presencia de secreción densa PAS-positiva en el interior de estos, y puede haber cálculos o microcalcificaciones intraductales. El infiltrado inflamatorio en los estadios iniciales puede llegar a ser tan intenso que el TK puede confundirse con linfoma, especialmente con linfoma de la zona marginal (linfoma MALT). Aun cuando la transformación maligna es un fenómeno raro, hay informes aislados de linfomas de la zona marginal originados en un TK, probablemente por un mecanismo similar al de estos linfomas en otras localizaciones que se preceden de lesiones inflamatorias crónicas.<sup>2</sup>

Esta entidad patológica es rara, clínicamente puede confundirse con un tumor maligno y aunque resuelto para eliminar la lesión provoca mayores inconvenientes para el paciente, tales como dolor severo, disfonía y disfagia.<sup>3</sup>

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

- Determinar la importancia del diagnóstico definitivo de la sialoadenitis crónica esclerosante en un paciente geriátrico.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar factores agravantes que interfieran en la recuperación del paciente.
- Conocer el manejo terapéutico adecuado para la sialoadenitis esclerosante crónica.
- Informar medidas de apoyo para un mejor pronóstico de vida.



## **RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:**

- La información utilizada para el desarrollo del presente caso clínico se obtuvo de la historia clínica, documento médico legal, copiada del sistema informático AS400 del Hospital IESS Ambato que contiene la mayor parte de información de la paciente, su cuadro clínico, protocolo quirúrgico, tratamiento, evolución y controles posteriores.
- Identificación y recopilación de la información no disponible: la información que no consta en la historia clínica digital y física del paciente se la obtuvo de entrevistas con el personal que estuvo en contacto con la paciente, así como de mi persona por haber presenciado el presente caso.

Además se obtuvo información para la sustentación científica del análisis del caso de guías de práctica clínica, protocolos, artículos de revisión y evidencia científica.

## **HISTORIA CLÍNICA**

### **Datos de afiliación**

Masculino, 78 años de edad, nacido en Quito y residente en Baños, viudo, mestizo, católico, instrucción superior completa, jubilado, diestro, tipo de sangre O Rh (positivo).

**Fecha de ingreso:** 2015/09/15

### **Antecedentes**

#### **Antecedentes patológicos personales:**

- Cáncer de próstata hace 6 años sin tratamiento
- HTA dg hace 25 años con tratamiento
- Extracción dental hace 4 meses

#### **Antecedentes patológicos familiares:**

- Madre HTA

**Antecedentes quirúrgicos:**

- Colectomía hace 15 años

**Alergias:** no refiere

**Antecedentes No Patológicos**

- Alimentarios: 3v/d dieta balanceada
- Miccionales: 6 v/d
- Defecatorios: 2 v/d
- Alcohol: desde los 20 años a 40 años, actualmente 1 vez a los quince días hasta llegar a la embriaguez
- Tabaco: fumo por 10 años 1 cajetilla diaria (73000).
- Medicamentos: amlodipino 5 mg vo qd, losartan 100 mg vo qd.
- Sueño: 6-8 horas al día

**Condiciones socioeconómicas**

- Paciente refiere que vive en casa propia solo, con todos los servicios básicos, agua, luz, no posee animales extra domiciliarios, el sustento del hogar es dado por la hija (empleada en farmacia), ingreso mensual aprox. 750 dólares americanos.

**Motivo de consulta:** disnea

**Enfermedad actual:**

Paciente refiere que hace 1 mes luego de extracción de pieza dental presenta disnea de medianos esfuerzos que se exagera a la deambulacion, esto se acompaña de dolor en región maxilar izquierda, tipo punzada, de moderada intensidad, además de edema progresivo, frio, en región maxilar izquierda, con presencia de odinofagia, hace 24 horas sintomatología se exagera, la disnea evoluciona a pequeños esfuerzos, disfagia a solidos por lo que acude al servicio de emergencia donde se decide su ingreso a servicio de medicina interna hospital IESS Ambato.

**Revisión de aparatos y sistemas**

- Pérdida de peso hace 5 años aproximadamente

- Tos con expectoración amarillenta verdosa en abundante cantidad de 1 mes de evolución, por lo que acude a medico particular no mejorando.

### **Examen físico al ingreso**

TA: 135/85 mmHg, frecuencia cardiaca: 89 x ´, frecuencia respiratoria: 21 x ´, sat. O2: 86%, fIO2: 27%, peso: 57 Kg, talla: 1.65 cm, IMC: 20.95, temperatura: 37.5 °C

**Apariencia general:** Paciente consciente, orientado en espacio, tiempo y persona, febril, semihidratado, álgico, en posición decúbito, aspecto asténico, edad concuerda con la real, buen estado de higiene.

**Piel y tegumentos:** Elasticidad disminuida, semihidratado, presencia de palidez generalizada, llenado capilar 3 seg.

**Cabeza:** Normocefálica, cabello de implantación normal, poca cantidad.

**Cara:** Edema frio, se palpa masa dura de aproximadamente. 3 x 4 cm, no móvil, de bordes regulares, y dolorosa a la digitopresión en región maxilar izquierda hasta región submaxilar izquierda.

**Ojos:** Implantación normal, simétrico, pupilas isocóricas (izquierda 3mm, derecha 3 mm) responde a la luz y acomodación, conjuntivas pálidas

**Fosas nasales:** Permeable, no secreciones, no deformidades.

**Oídos:** Cae Permeables, presencia de cerumen en oído derecho e izquierdo, orejas de implantación normal, simétricas, membranas timpánicas integras.

**Boca:** Voz hipofonética, Mucosas orales semihúmedas, presencia de prótesis dental, orf. congestiva e eritematosa.

**Cuello:** Simétrico, movimientos activos y pasivos conservados, tiroides IA, no ingurgitación yugular, no reflejo hepatoyugular, presencia de adenopatías cervicales.

**Tórax:** Inspección: normotórax, ritmo y frecuencia respiratoria aumentada 21 rpm, expansibilidad disminuida; Palpación: no presencia de deformidades, no masas; Percusión: normal; Auscultación: pulmones murmullo vesicular disminuido, crepitantes en ambos campos pulmonares.

**Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos, hipofonéticos, no presencia de soplos. Latidos sincrónicos con el pulso periférico.

**Abdomen:** Inspección: plano; Palpación: Suave depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda; Percusión: normal; Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes.

**Región inguinogenital:** presencia de órganos sexuales masculinos, no alteraciones.

**Extremidades superior:** simétricas, no manchas ni edema, pulsos distales presentes.

**Extremidades inferiores:** simétricas, no edema, pulsos distales presentes.

**Examen neurológico elemental:** Escala de Glasgow Ocular: 4 Verbal: 5 Motor: 6

Total 15/15. Lúcido, no alteraciones neurológicas

### **Fuente de información**

Directa y por familiares, paciente poco colaborador en el momento de atención.

Lista de problemas (ver anexos tabla n°9)

Análisis Sindrómico (ver anexos tabla n°10)

### **Impresión Diagnostica al ingreso:**

Absceso submaxilar izquierdo vs Sialoadenitis

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Hipertensión arterial

Cáncer de próstata

### **Indicaciones al ingreso**

- Ingreso a medicina interna
- Csv
- Curva térmica
- Dieta blanda con pure
- Vigilar vía aérea
- Ss0.9% 1000 cc + 100 mg de tramal pasar iv a 40 ml/h
- Penicilina benzatinica 1200 UI IM previa prueba de sensibilidad
- Metronidazol 500 mg iv c8h d0
- Paracetamol 1 g vo si temperatura mayor a 38.5 grados
- Tac simple de cuello
- Perfil hepático, lipídico tiroideo ( mañana)
- RX de tórax
- Ekg
- Novedades

## **ANÁLISIS DEL CUADRO CLÍNICO: ABSCESO SUBMANDIBULAR IZQUIERDO**

### **PLAN**

- Biometría hemática
- Reactantes de fase aguda
- Eco de cabeza y cuello
- Tac columna vertebral cervical
- Cultivo y antibiograma

### **ANÁLISIS**

Paciente masculino de 78 años de edad con cuadro clínico sugestivo de Absceso submandibular izquierdo vs Sialodentitis, cuya análisis paraclínico indica: biometría hemática sin leucocitosis ni neutrofilia, Proteína C reactiva elevada; estudios de imagen determinan presunciones diagnósticas divergente, así: eco de cuello sugiere absceso submaxilar izquierdo - ganglio submaxilar derecho; ante estos hallazgos se solicita interconsulta a Otorrinolaringología, quien indica drenaje de probable absceso; se logra drenaje con escasa producción por lo que no se envía a cultivo, se realiza estudio tomográfico contrastado de columna vertebral cervical que determina existencia de masa tumoral sólida en triangulo submaxilar izquierdo y región suprahiodea. Se envía muestras tisulares para estudio histopatológico, siendo este examen el que indica un diagnóstico definitivo: Sialodentitis crónica esclerosante.

## **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

### **PLAN**

- Biometría hemática
- Gasometría arterial
- Espirometría
- Radiografía de tórax
- TAC de tórax

## **ANÁLISIS**

Paciente masculino de 78 años de edad con clínica sugestiva para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, estudio de laboratorio muestra gasometría con reporte de acidosis respiratoria, en estudio radiológico de tórax informa aumento de trama vascular, horizontalización de las costillas, aumento de los espacios intercostales por antecedente de ser fumador y clínica presentada confirmo mi diagnóstico.

## **EVOLUCIONES**

### **2015/09/16**

Paciente quien persiste con edema y dolor en región maxilar izquierda, disnea de medianos esfuerzos, odinofagia, disfagia a los sólidos, tos con expectoración de difícil eliminación examen físico en cara edema frio, se palpa masa dura en región maxilar izquierda, cuello adenopatías cervicales, pulmones mv disminuido, crepitantes en ambos campos pulmonares. En exámenes complementarios iniciales laboratorio BH no leucocitosis ni neutrofilia, RX de tórax aumento de trama vascular, horizontalización de las costillas, aumento de los espacios intercostales.

Se inicia antibioticoterapia con vancomicina, clindamicina, ciprofloxacino iv por diagnóstico compatible con absceso submaxilar izquierdo.

Se solicita PSA libre y total, tac simple y contrastada de cuello, eco de partes blandas de hemicara izquierda y cuello, RX de macizo facial, eco renal y prostático con residuo postmiccional, interconsulta a odontología, interconsulta a otorrinolaringología

### **2015/09/17**

Paciente persiste con edema y dolor de región maxilar izquierda, con disminución de tos productiva, se recibe exámenes de imagenología tomografía axial computarizada informa presencia de masa submaxilar izquierda que desplaza elemento de pisos de la boca y de la hipofaringe, además de eco de cuello que informa absceso submaxilar izquierdo ganglio - submaxilar derecho.

Se recibe interconsulta de odontología quien informa que en región intrabucal se observa normalidad, realizan radiografía panorámica se observa restos radiculares de lado contrario a edema que se debe extraer, después de aliviar síntomas.

Se recibe interconsulta por otorrinolaringología para drenaje de absceso submaxilar izquierdo, la cual es suspendida porque en piso de medicina interna se le da de comer a las 10.00 am, el servicio de anestesiología suspende procedimiento, se reprogramara procedimiento.

**2015/09/18**

Paciente es intervenido quirúrgicamente por el servicio de otorrinolaringología, con el siguiente riesgo por tipo de cirugía alto, riesgo cardiológico quirúrgico Goldman II, asa 2

Dg preqx: absceso en piso de boca e hipofaringe

Dg postqx: absceso en hipofaringe + múltiples ganglios inflamados

En la cirugía: drenaje + limpieza quirúrgica de absceso en todo el piso de boca e hipofaringe retiro de ganglio inflamado que obstruye vía aérea

Hallazgos:

1. Escasa secreción purulenta
2. Abundantes masas a nivel de piso de boca e hipofaringe
3. Ganglio submaxilar de gran tamaño.

Procedimiento:

1. Asepsia y antisepsia
2. Colocación de campos estériles
3. Diéresis descritas
4. Diéresis que abarca piel, tcs y musculo cutáneo del cuello
5. Control de hemostasia con electrobisturi
6. Disección manual hacia piso de boca, base de lengua e hipofaringe drenaje de líquido purulento en escasa cantidad
7. Lavado de solución salina y agua oxigenada 100cc
8. Lavado con solución salina 100cc
9. Resección de ganglio submaxilar inflamado
10. Colocación de dren tubular en sitio quirúrgico con aspiración jeringo back
11. Cierre de herida por planos con vycril 5-0
12. Cierre de herida con nylon 5-0
13. Colocación de gasas en sitio quirúrgico

Complicaciones: ninguna

## **TERAPIA INTENSIVA**

Paciente ingresado a terapia intensiva luego del postquirúrgico por 5 días, para manejo de vía aérea por ventilación mecánica modo controlado por pulso mayor, se coloca catéter venoso central sin complicaciones.

El dren tubular de herida quirúrgica con una producción de 10 a 30 cc por día.

Se mantiene antibioticoterapia con clindamicina, vancomicina y ciprofloxacino.

Al 3 día en terapia intensiva se procede a extubacion sin complicaciones, recibe oxigeno por catéter nasal a 2 litros por minuto manteniendo oximetrías sobre 90%, por lo que se decide transferencia al servicio de otorrinolaringología para continuar tratamiento.

## **OTORRINONARINGOLOGÍA (2015/09/24)**

Paciente en su sexto día postquirúrgico refiere disfagia a los sólidos, no continua la disnea, ni tos con expectoración examen físico cuello presencia de adenopatías cervicales, se retira dren de herida quirúrgica por no haber producción, pulmones mv conservado no ruidos sobreañadidos, se realiza gasometría arterial con reporte de alcalosis respiratoria por lo que se decide pase a medicina interna para control metabólico

## **MEDICINA INTERNA (2015/09/26)**

Paciente trasferido al servicio de medicina interna para control metabólico se estabiliza evoluciona favorablemente refiere disminución de disfagia a sólidos, completa días de antibioticoterapia

## **2015/09/28**

Paciente en su décimo día postquirúrgico refiere leve dolor de herida quirúrgica, disminución de disfagia a sólidos y odinofagia, en espera de resultado histopatológico

## **2015/09/30**

Paciente en su décimo segundo día postquirúrgico refiere mantener leve dolor de herida quirúrgica, disminución de disfagia a sólidos, se realizan exámenes de laboratorio psa total: 38, psa libre: 5.4, y examen de imagen ecografía de tiroides que reporta adenomas derechos y quistes coloides izquierdos. Además de ecografía



de riñón + próstata que reporta próstata de 68 gramos + riñones normales. En espera de resultado histopatológico.

#### **INTERCONSULTA DE UROLOGÍA (2015/10/04)**

Se interconsulta al servicio de urología por antígenos prostáticos elevados psa total: 38, psa libre: 5.4, quien indica control por consulta externa para patología de base.

**2015/10/07**

Se decide alta paciente, quien refiere leve de dolor de herida quirúrgica, no disnea, no disfagia, no odinofagia. En general en buen estado. Ha espera de resultados de histopatológico.

#### **CONTROLES POSTERIORES**

**2015/11/07**

Se realiza la visita domiciliaria donde familiares dan fe de deceso del paciente 7 días después de dado el alta por presunta asfixia luego de alimentación matutina.

#### **Se recibe estudio histopatológico generado el 5/10/15**

Que reporta diagnóstico de Sialodenitis esclerosante crónica

#### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

- Sialoadenitis Crónica Esclerosante
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Hipertensión arterial
- Cáncer de próstata

## DESARROLLO

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

El siguiente caso de trata de un paciente masculino de 78 años de edad, nacido en Quito y residente en Baños, instrucción superior completa, tipo de sangre O Rh (+) con Antecedentes patológicos personales de cáncer de próstata, hipertensión arterial, extracción dental, antecedentes familiares madre hipertensa, antecedentes quirúrgicos colecistectomía, ingresado al servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato por presentar hace 1 mes luego de extracción de pieza dental disnea de medianos esfuerzos que se exacerba a la deambulaci3n, dolor en regi3n maxilar izquierda, tipo punzada, de moderada intensidad, adem1s de edema progresivo, frio, en regi3n maxilar izquierda, con presencia de odinofagia, disfagia a s3lidos; en revisi3n de aparatos y sistemas tos con expectoraci3n, p3rdida de peso; al examen f3sico TA 135/85 mmHg, FC 89 lpm, FR 21 rpm, SPO2 86%, FIO2 27%; apariencia general 1lgico ast3nico; piel palidez generalizada; en cara edema frio, se palpa masa dura de aproximadamente 3 x 4 cm, no m3vil, de bordes regulares, y dolorosa a la digitropresi3n en regi3n maxilar izquierda hasta regi3n submaxilar izquierda; boca voz hipofon3tica orf. congestiva e eritematosa; cuello presencia de adenopat3as cervicales; t3rax expansibilidad disminuida pulmones mv disminuido, crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares, por lo que se decide su ingreso al servicio de Medicina Interna con diagn3stico de absceso submaxilar izquierdo vs sialoadenitis + enfermedad pulmonar obstructiva cr3nica + hipertensi3n arterial + c1ncer de pr3stata.

Se decide realizar m3ltiples ex1menes complementarios y procedimientos necesarios. Siendo as3 que de acuerdo a la sintomatolog3a y resultados de los ex1menes realizados se han descartado varias patolog3as quedando como resultado final despu3s de informe histopatol3gico sialoadenitis esclerosante cr3nica + enfermedad pulmonar obstructiva cr3nica + hipertensi3n arterial + c1ncer de pr3stata.

## **DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo son circunstancias o situaciones que condicionan la probabilidad de presentar una patología. Estos factores se pueden observar en la población sana y aumentan el riesgo sufrir una enfermedad la identificación de los mismos es imprescindible para la prevención primaria de salud.

Algunos factores predisponentes en el desarrollo de la Sialoadenitis crónica esclerosante que pudieron desencadenar este proceso en el paciente incluyen: pacientes mayores de 50 años, utilización de prótesis dental los rebordes si tienen longitud excesiva, pueden comprimir algunas glándulas salivales del vestíbulo provocando una sialoadenitis.<sup>10</sup>

## **ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA**

El paciente accedió al servicio médico en el Hospital IESS Ambato, que demográficamente se encontraba accesible, referido previamente del hospital básico de Baños, siendo atendido en primera instancia en el servicio de Emergencia de esta casa de salud para posteriormente ser ingresado en el servicio de Medicina Interna – Otorrinolaringología – Terapia Intensiva, en donde recibió la atención adecuada hasta su alta. Paciente no acude a los controles posteriores en consulta externa.

## **ATENCIÓN DE EMERGENCIA**

El manejo que recibió el paciente en el área de emergencia consiste en una valoración multisistémica e identificación de problemas mediante la historia clínica, de inmediato se procede a realizar exámenes para obtener una impresión diagnóstica que según sus resultados indicarán o no su permanencia en la casa de salud.

## **OPORTUNIDADES DE REMISIÓN**

En este caso se necesitó remisión a la especialidad de Otorrinolaringología y Terapia Intensiva como unidad de mayor complejidad, para un adecuado diagnóstico gracias a la realización de exámenes complementarios que ayudaron a confirmar la patología.

## **TRÁMITES ADMINISTRATIVOS**

Los trámites administrativos fueron oportunos sin mayor complicación de acuerdo a las necesidades del paciente en cuanto al agendamiento de citas para sus controles posteriores, no hubo dificultad en el trámite de envío de estudio histopatológico Hospital Andrade Marín.

## **IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:**

- Desconocimiento de enfermedad de base y sus complicaciones.
- Retraso en la adquisición de un adecuado tratamiento.
- Demora en la realización de exámenes diagnósticos de mayor complejidad.
- Falta de colaboración por parte del paciente.

## CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N° 1 Caracterización de las oportunidades de mejora

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Análisis de casos clínicos poco convencionales	Realizar revisiones bibliográficas actualizadas con medicina basada en la evidencia para concientizar al paciente sobre su estado de salud	1 Mes	Personal de salud, docencia, estudiantes de medicina	Artículos científicos, revisiones bibliográficas
Implementar medicación para mayor cobertura de salud	Ampliar el esquema básico de medicamentos para que el medicamento pueda ser adquirido por el paciente dentro de la casa de salud	6 Meses	Ministerio de Salud Pública, Administración del Hospital	Farmacéuticos, Médicos especialistas, colaboración y exigencia de pacientes
Implementación de equipos técnicos	Compra de equipos	6 Meses	Trabajo Social,	Presupuesto anual del hospital,

para exámenes complejos	médicos de innovación / agilización de realización de exámenes con unidades de convenio		Administración Hospital	necesidades y requerimientos del paciente
Atención de calidad y calidez al paciente	Mejorar relaciones médico – paciente	3 Semanas	Médicos especialistas, médicos residentes, Internos rotativos, servicio de enfermería	Normas Cordialidad y Servicio.

**Realizada:** Carlos Gaibor

## **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **SIALOADENITIS**

#### **CONCEPTO**

Es un término médico que significa inflamación de una de las glándulas salivales, que puede ser un evento agudo (temporal) o crónico y recurrente.<sup>4</sup>

#### **ETIOLOGÍA**

Una sialoadenitis puede ser causada por una infección tal como una de las variadas manifestaciones extrahepáticas de origen autoinmune de la infección por el virus de la hepatitis C.<sup>4</sup> Los cálculos salivales son otra etiología a menudo producen la obstrucción del conducto de las glándulas salivales mayores con tumefacción de la misma que aparece a través del tiempo.<sup>5</sup> En algunos casos puede haber una infiltración linfocítica en la glándula, haciendo que la infección tenga cierto parecido con el síndrome de Sjögren.<sup>4</sup>

El microorganismo que más frecuentemente causa infección de las glándulas salivales es la bacteria *Staphylococcus aureus*, aunque pueden estar involucrados también el *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, y la *Escherichia coli*. Otros virus pueden estar involucrados, como el VIH, coxsackievirus, parainfluenza, influenza, y el herpesvirus.<sup>4</sup>

#### **CLASIFICACIÓN**

##### **Clasificación etiológica e histológico de sialoadenitis**

- Sialoadenitis bacteriana se divide en subtipos agudos y crónicos. Sialoadenitis bacteriana aguda tiene una predilección por las glándulas parótidas de los niños y los adultos mayores, con 2 presentaciones distintas: Nosocomiales y adquirida en la comunidad.

- Sialoadenitis crónica recurrente presenta principalmente en adultos (sólo el 10% de los pacientes son niños). Por lo general es tierna, hinchazón unilateral de una glándula salival de naturaleza episódica. Representa episodios recurrentes de sialoadenitis aguda. Esto puede ser debido a la infección sin resolver o anomalías ductales subyacentes.
- Sialoadenitis esclerosante crónica tiene predilección por las glándulas submandibulares. Por lo general, se trata de una ampliación unilateral que puede ser sintomático y clínicamente difíciles de diferenciar de un tumor.
- Sialoadenitis obstructiva tiene predilección por las glándulas parótidas y submandibulares. Típicamente, es una ampliación dolorosa unilateral se produzcan en relación con la alimentación.
- Sialoadenitis autoinmune se presenta principalmente en mujeres adultas y se caracteriza por inflamaciones dolorosas y estables bilaterales.
- Sialoadenitis subaguda necrotizante es una enfermedad rara que afecta a las glándulas salivales palatinas. Puede ser una forma temprana de sialometaplasia necrotizante. Presenta como un bulto en el paladar duro o blando, generalmente dolorosa pero sólo de vez en cuando ulcerado. La etiología es desconocida y se resuelve en unas pocas semanas.<sup>6</sup>

## **SIALOADENITIS CRONICA ESCLEROSANTE**

### **CONCEPTO**

Es una (de larga duración) condición inflamatoria crónica que afecta la glándula salival. Relativamente rara en ocurrencia, esta condición es benigna, pero se presenta como masas duras, endurecidas y agrandadas que son clínicamente indistinguibles de las neoplasias de glándulas salivales o tumores. Ahora es considerado como una manifestación de la enfermedad relacionada IgG4.<sup>7</sup>



## LOCALIZACIÓN

La sialoadenitis crónica esclerosante (Sialoadenitis Esclerosante Crónica) se presenta casi siempre como una lesión unilateral que afecta casi exclusivamente a las glándulas submaxilares, aunque hay informes de su presentación bilateral o en otras glándulas salivales, tanto mayores como menores, así como lesiones sincrónicas o metacronicas.<sup>8</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

Su presentación es variable según la fuente consultada. Algunos autores la consideran una enfermedad poco frecuente. Otros, sin embargo, la sitúan en tercer lugar, por frecuencia de la sialoadenitis crónica, e incluso como la patología glandular más prevalente si solo se considera la glándula submaxilar. Por otro lado, se trata de un subtipo de sialoadenitis que a menudo no se llega a diagnosticar como tal.<sup>9</sup>

La edad de presentación más frecuente es entre la tercera y séptima década de la vida, aunque hay descritos casos desde los 12 hasta los 83 años. Respecto al sexo, parece ser que presenta cierta predilección por el masculino.<sup>9</sup>

## ETIOLOGÍA

- Obstrucciones excretoras
- Infecciones, radiación
- Enfermedades autoinmunitarias metabólicas como la relacionada con enfermedad de IgG4
- Enfermedades autoinmunitarias por fármacos.<sup>10</sup>

## CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS

**Glándulas salivales.** Forman parte de las glándulas exocrinas del sistema digestivo, son un conjunto de células dispuestas en forma tubuloacinar cuya función es sintetizar la saliva que se vierte en la cavidad oral.<sup>11</sup> Son las glándulas anexas a la

boca, siendo la saliva su secreción. La cantidad de saliva excretada en 24 horas varía entre 1000 y 1500 mililitros y sus funciones son mantener la humedad de la mucosa de la cavidad bucal para evitar su desecación, humedecer los alimentos para facilitar su masticación y deglución por la disolución de las sustancias, por lo que permite captar el sabor de las mismas. La saliva contiene dos encimas (ptialina y maltasa), que actúan en la digestión enzimática del almidón y la maltasa, también ayuda a la limpieza mecánica de los dientes.<sup>12</sup>

### **Acinos de las glándulas**

Los acinos de las glándulas salivales son túbulo-alveolares y merocrina y de acuerdo al tipo de secreción se divide en: serosos, mucosos, y mixtos, con predominios serosos. Los acinos se agrupan para formar un segmento glandular importante, el lobulillo primario, la unión de algunos lobulillos primario da origen al lobulillo secundario y el conjunto de éstos constituyen la glándula.<sup>12</sup>

### **Clasificación de las glándulas salivales**

De acuerdo con el tamaño de las glándulas salivales se dividen en dos grupos: mayores y menores.

### **Glándulas menores**

Las glándulas salivales menores están situadas en las paredes de la boca y de acuerdo con su situación se denominan: labiales, bucales, palatinas, linguales.

(ver anexo gráfico N°1)

### **Glándulas labiales**

Forman un plano en la región labial, se encuentran entre la mucosa y la capa muscular de ambos labios, se hallan apretadas unas con otras, si se pasa el pulpejo de un dedo por la mucosa labial, se perciben en forma de pequeñas masas salientes duras e irregulares, pueden ser asiento de quistes y tumores que se proyectan en la mucosa labial.<sup>12</sup>

### **Glándulas bucales**

Se encuentran en el espesor del músculo bucinador por fuera del mismo, sus conductos perforan el músculo y se abren en el vestíbulo, las glándulas que se encuentran en la vecindad del conducto parotídeo, se denominan molares.

### **Glándulas palatinas**

Se encuentran situadas en la bóveda palatina, a ambos lados de la línea mediana, entre la mucosa y el periostio, alcanzan su máximo desarrollo en la parte posterior donde forman una masa continua y espesa, la desembocadura de los conductos excretores se hace evidente cuando se tiene a un sujeto durante algún tiempo con la boca abierta, entonces se observan en la bóveda palatina pequeñas gotas de saliva.

### **Glándulas linguales**

Se encuentran en el espesor de la lengua agrupadas topográficamente en la proximidad de las papilas valladas y foliadas, en la parte posterior de los bordes de la lengua y en el ápice o vértice lingual.<sup>12</sup>

### **Glándulas mayores**

Las glándulas salivales mayores son: la parótida, la submandibular y la sublingual, se encuentran en la proximidad de la cavidad bucal siguiendo una curva abierta hacia delante y arriba. (ver anexo grafico N°2)

### **Glándula parótida**

Es la más voluminosa, se encuentran situadas por detrás de la rama mandibular y por delante del esternocleidomastoideo, presenta una coloración gris amarillenta, su superficie es lobulada, presenta un peso variable, como promedio 25 gramos.<sup>12</sup>

Drenan a través del conducto de Stenon o Stensen entre el 1° y 2° molar superior. Es atravesado por el nervio facial. Su predominio es seroso. En el sistema ductal se presentan con conductos intercalados largos, células claras y oscuras en los conductos estriados. Otro tipo de células presentes en los conductos son las mioepiteliales o tipo I y las células madres o tipo II. Pueden observarse adipocitos intralobulillares sobre todo en personas de mayor edad. Entre los principales elementos que secreta están la pialina, leucina, sialomucina y sulfomucina.<sup>13</sup>

### **Glándula submandibular**

Se ubican por detrás y abajo del músculo miohioideo. Drenan en el conducto de Wharton en las carúnculas sublinguales a cada lado del frenillo lingual. Presentan una cápsula bien desarrollada que emite tabiques internos. Es una glándula mixta con predominio seroso en proporción de 10 a 1 con relación a las glándulas mucosas. Puede presentar adipocitos pero en menor cantidad que la parótida. Los conductos estriados son más largos. Los principales elementos de su secreción con glicoproteínas sulfatadas, cistatinas y otras proteínas, además de factor epidérmico que sirve para favorecer la cicatrización.<sup>13</sup>

### **Glándula sublingual**

Son las menores de los tres grupos. Se ubican en el piso de la boca y el músculo milohioideo. Drenan por el conducto de Bartholin en la carúncula sublingual, cerca al conducto de Wharton. Puede presentar el conducto accesorio conocido como conducto de Rivinus. Su secreción es mixta con predominio mucoso. Se presenta acinar compuesta y puede tener glándulas menores aledañas que drenan a través de sus propios conductos.<sup>13</sup>

## **PATOGENIA**

Actualmente se considera que hay varias maneras en que se puede producir la sialoadenitis crónica esclerosante. Una asociada a microlitos, otra como consecuencia de un proceso autoinmune y otra como componente de la enfermedad esclerosante asociada a IgG4.<sup>8</sup>

La primera teoría está basada en la observación de que en algunos pacientes las secreciones producidas en la glándula submaxilar son más densas e inducen la formación de microlitos. Éstos a su vez provocan obstrucción ductal e infecciones ascendentes subclínicas que evolucionan hacia la cronicidad con la presencia de inflamación crónica, fibrosis y atrofia; estos cambios originan el desarrollo de litos con la formación de un círculo vicioso que termina en escleriosis de la glándula. La frecuencia de micro y macrolitos asociados a sialoadenitis esclerosante crónica varía según las series y oscila entre el 0 y el 60% de los casos. En cambio cuando la

sialoadenitis esclerosante crónica está asociada a litiasis, se han estudiado las células linfoides propias de la enfermedad, entre ellas predominan los linfocitos T CD4 positivos localizados alrededor de los conductos, así como los linfocitos T citotóxicos CD8 positivos en áreas de destrucción de células acinares y ductales; también se han identificado linfocitos B CD20 positivos en los nódulos linfoides. En las etapas iniciales de la enfermedad existen abundantes células plasmáticas CD38 positivas distribuidas difusamente alrededor de los acinos. La composición y distribución de las células inflamatorias es consecuente con la teoría de la infección ascendente como causa del proceso esclerosante.<sup>8</sup>

Otras observaciones sugieren que la SCE se debe a un proceso autoinmune en el que participan células T CD8 positivas y macrófagos. La reacción semejante a autoinmunidad la sugieren la ocurrencia común de rearrreglos oligoclonales/policlonales de receptores gamma de células T y la destrucción del epitelio glandular por linfocitos T citotóxicos. El antígeno que podría provocar la reacción inmune podría provenir de células intraductales.<sup>8</sup>

La tercera posibilidad etiopatogénica es que la sialoadenitis esclerosante crónica sea parte de la enfermedad esclerosante asociada a IgG4. Este es un síndrome descrito recientemente que se caracteriza por la presencia de lesiones nodulares formadas por grados variables de infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y esclerosis localizadas en glándulas exocrinas, tejidos blandos, pulmones y otros órganos; además de niveles elevados de IgG4 sérica y aumento en la cantidad de células plasmáticas IgG4 positivas en los tejidos involucrados.

Se considera que la pancreatitis esclerosante, la fibrosis retroperitoneal idiopática, la colangitis esclerosante, la dacrioadenitis esclerosante y la sialoadenitis esclerosante crónica forman parte de esta enfermedad. Recientemente se ha descrito la linfadenopatía relacionada con este síndrome. En esta enfermedad, aunque todavía no está bien comprobado, se piensa que hay mecanismos inmunológicos que producen la hiperplasia de células plasmáticas productoras de IgG4 que provocan liberación de citoquinas responsables de la activación de fibroblastos que ocasionan la fibrogénesis con la esclerosis subsecuente.<sup>8</sup>

Cada vez es más claro que en la patogenia de la sialoadenitis esclerosante crónica están involucrados procesos inmunológicos en los que participan tanto células T como B; sin embargo, excepcionalmente se desarrollan linfomas asociados a esta enfermedad. En esos casos, probablemente lo que suceda es que las células B presentes en el proceso inflamatorio crónico sean estimuladas por antígenos no bien conocidos, y constituyan el sustrato para la emergencia de una población de células B monoclonales.<sup>8</sup>

Es probable que existan dos formas de sialoadenitis esclerosante crónica: una localizada que se asocie a microlitos y otra sistémica en la que se afectan ambas glándulas submaxilares, que se asocia a lesiones esclerosante extrasalivales en la que los pacientes presentan eosinofilia, aumento de gammaglobulinas séricas y aumento de la IgG4 sérica.<sup>8</sup>

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Afecta con mayor frecuencia a varones cuya edad promedio es de 44 años.<sup>8</sup> Habitualmente se manifiesta como una tumefacción unilateral, dura e indolora de la glándula afecta que por tratarse casi siempre de la submaxilar, simula un tumor cervical. En otras ocasiones, los menos, se trata de un proceso doloroso con episodios de inflamación aguda, generalmente coincidentes con las comidas. La glándula más frecuente afectada con gran diferencia sobre las demás, suele ser la submaxilar. También se ha descrito la afectación de las glándulas parótidas y las salivales menores.<sup>9</sup> A la exploración física, la glándula es dura, fija y no dolorosa. Por estas características clínicas casi siempre se confunde con una neoplasia. Clínicamente casi siempre se sospecha que se trata de linfoma o carcinoma, por lo que el diagnóstico se hace con bases histopatológicas.<sup>8</sup>

### **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico clínico es difícil en muchas ocasiones por su semejanza con un proceso tumoral, por lo que el diagnóstico se basa en el estudio histológico de la glándula una vez extirpada.<sup>9</sup>

La anatomía patológica básicamente consiste en una afectación inflamatoria y fibrotica de la glándula. Seifert en 1977, publicó un trabajo sobre un estudio anatomopatológico de 349 pacientes, donde describe cuatro estadios de la enfermedad. En el primero existe una sialoadenitis focal. En el segundo, una sialoadenitis linfocítica difusa acompañada de fibrosis glandular. En el tercero, una sialoadenitis esclerosante crónica con esclerosis glandular. En el cuarto y último una sialoadenitis crónica progresiva con cirrosis glandular.<sup>9</sup>

La lesión se ve histológicamente bien demarcada con la arquitectura lobular, fibrosis extensa, marcada inflamación linfoplasmocítica, formación de folículos linfoides, atrofia acinar, y flebitis obliterante, sin la presencia de lesiones linfoepiteliales.<sup>14</sup> Se caracteriza por un infiltrado inflamatorio policlonal de linfocitos T y B. Los microcálculos y microabscesos no siempre están presentes. El grado de inflamación y fibrosis puede variar de lóbulo a lóbulo dentro de la misma glándula.

La punción aspiración con aguja fina, pese a la defensa que algunos autores hacen de ella desempeña un papel limitado, debido a la heterogeneidad celular y a la fibrosis propia de esta patología.<sup>9</sup>

En ocasiones resulta difícil distinguir este proceso de una variante esclerosante de linfoma folicular debiendo recurrirse a técnicas inmunohistoquímicas.

Los estudios de imagen pueden ser de ayuda, especialmente, por su simpleza, inocuidad y bajo coste, la ultrasonografía.<sup>9</sup>

## **HISTOPATOLOGÍA**

### **DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS**

Macroscópicamente, la glándula aumenta de volumen aunque conserva su forma; por la superficie externa es de color amarillo claro; al corte, es muy dura, homogénea, de color gris blanquecino, en ocasiones puede presentar aspecto nacarado.<sup>8</sup>

(ver anexo gráfico N°3)

Histopatológicamente, la Sialoadenitis esclerosante crónica se caracteriza por presentar preservación de la arquitectura lobular de la glándula, grados variables de fibrosis que inicialmente es de localización periductal o perivascular, dilatación ductal con acúmulo intraluminal de material PAS positivo, infiltrado inflamatorio crónico con formación de nódulos linfoides y centros germinales, así como metaplasia escamosa ductal. Estas características se han agrupado en cuatro etapas, que se relacionan con la evolución de la enfermedad. En la etapa 1 se presentan focos de infiltrado inflamatorio crónico periductal, así como ligera dilatación de los conductos; en esta etapa los cambios son inespecíficos. En la etapa 2 aumenta la cantidad de infiltrado inflamatorio, aparecen centros germinales, aumenta la dilatación y ectasia ductal; se inicia la atrofia acinar y la fibrosis intersticial. La etapa 3 se caracteriza por la presencia de abundante infiltrado inflamatorio crónico, esclerosis y hialinización periductal y perivascular, intensa atrofia y metaplasia epidermoide de los conductos.<sup>8</sup>

En la etapa 4 hay extensa esclerosis de todo el parénquima con intensa atrofia y dilatación quística ductal; ésta es la fase terminal de la enfermedad, también denominada cirrótica por la dureza y el aspecto nodular que presenta la glándula desde el punto de vista macroscópico.<sup>8</sup> En la serie de 349 casos de SCE estudiada a través del Registro de Tumores de Glándulas Salivales de Hamburgo, se encontró que 25% de los casos estaba en etapa 1, 19% en etapa 2, 38% en etapa 3 y 18% en etapa 4.<sup>8</sup> (ver anexo grafico N°4)

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Se plantea con diversas entidades tumorales adenoma pleomórfico<sup>15</sup>, linfomas, tumores de bajo grado, tumores fibrohistiocitarios y no tumorales incluyen enfermedad granulomatosas, sialolitiasis, sarcoidosis, lesión linfoepitelial benigna, seudotumores inflamatorios, síndrome de sjogren y síndrome de mikulicz.<sup>16</sup>



## **TRATAMIENTO**

Consiste en la escisión quirúrgica de la glándula afecta. El tumor de Küttner no posee potencial de recidiva, y no se trata de un proceso maligno, por lo que la intervención es curativa. Debe evitarse hacer la resección de la glándula en periodos de inflamación aguda.<sup>9</sup> Cheuk et al sugirió que la ecografía y biopsia con aguja guiada por ecografía pueden indicar para tumor de Kuttner y prevenir la escisión operatoria de una condición benigna de lo contrario. Hovewer dice por lo general es difícil diferenciar tumor de Küttner de una verdadera neoplasia antes de la operación. Una masa dura en la glándula submandibular es altamente sugestiva de tumor. Por lo tanto, la glándula submandibular es más comúnmente quirúrgicamente eliminada.<sup>17</sup> En aquellos casos en los que exista un cálculo en el sistema excretor glandular y este sea accesible a una extirpación quirúrgica, esta puede intentarse, aunque en muchas ocasiones la inflamación no se resuelve.<sup>9</sup>

Sin embargo, en algunos casos, el tumor de Kuttner puede ser una manifestación de una enfermedad autoinmune relacionada con IgG4-sistémica. Por lo tanto, los pacientes con diagnóstico de tumor de Kuttner deben ser referidos a un inmunólogo para excluir un trastorno autoinmune. El cirujano y el patólogo deben ser conscientes de esta condición benigna para el correcto diagnóstico del tumor de Kuttner.<sup>17</sup>

## **PRONÓSTICO**

Este depende del tratamiento de una causa de base identificable, se han informado pocas recurrencias después de estas medidas terapéuticas.<sup>16</sup>

## CONCLUSIONES

- Con la bibliografía obtenida concluyo que para el diagnóstico definitivo de la sialoadenitis esclerosante crónica en menester el estudio histopatológico, siendo este el que me va dar el diagnóstico definitivo.
- Nuestro paciente vive solo debido a su patología y bases patológicas descritas, su recuperación se ve enlentecida, sugerimos el paso de vivienda a donde un familiar o el acompañamiento de una persona hasta su recuperación postquirúrgica debido a su tipo de alimentación de preferencia no sólida.
- Se concluyó que el manejo terapéutico de nuestro paciente es netamente quirúrgico con la escisión de la glándula afecta, exceptuando cuando exista enfermedad autoinmune relacionada con IgG4-sistémica en tal caso de deberá referir a inmunólogo para manejo.
- Se informan medidas higiénico dietéticas, de ejercicio una vez recuperado postquirúrgico, y la necesidad de un cuidado oportuno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Anil K. Lalwani, diagnóstico y tratamiento en otorrinolaringología. cirugía de cabeza y cuello, 2a. Edición Editorial Mc Graw Hill 2009, pag. 300. (16)
- Companioni. F.; Anatomía del aparato masticatorio; Ciudad de la Habana, Cuba; Editorial Ciencias Médicas, (1988). (12)
- C. Suarez, L. M. Gil – Carcedo, J. Marco J. E. Medina, P. Ortega, J. Trinidad, Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, 2a. Edición Editorial Medica Panamericana Buenos Aires 2007, pag. 2340 – 2342. (9)
- Gómez de Ferraris Campos Muñoz, HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL, 3a. Edición Editorial Médica Panamericana España 2002 ISBN: 978-607-7743-01-9. (13)

### LINKOGRAFÍA

- Aydin U, Karakoc O, Arslan F, Cicek AF and Gunhan O (2015) Kuttner's Tumor of Bilateral Submandibular and Parotid Glands. J Otolaryngol ENT Res 2015 [accesado Ago 2016], 2(2): 00014. DOI: 10.15406/joentr.2015.02.00014; disponible en: <http://medcraveonline.com/JOENTR/JOENTR-02-00015.pdf> (17)
- Chronic sclerosing sialadenitis [en línea]; Wikipedia August 2016 [accesado Sep 2016]; Disponible en: [https://en.wikipedia.org/wiki/Chronic\\_sclerosing\\_sialadenitis](https://en.wikipedia.org/wiki/Chronic_sclerosing_sialadenitis). (7)
- Jovita Romero Flores, Vitalia Zetina Vera, María Luisa Márquez Rocha; Sialadenitis crónica esclerosante (tumor de Küttner) en glándulas submaxilares relacionada con enfermedad de IgG4 [en línea]; AMCBM Colegio; Sep – Dic 2012 [accesado Ago 2016]; 8(3); 92 – 97, Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2012/cb123c.pdf>. (1)
- Minerva Lazos Ochoa; Sialadenitis poco frecuentes, conceptos actuales [en línea]; Hospital General de México Abr.-Jun. 2010 [accesado Ago 2016]; 73(2): 120 – 128, Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2010/hg102h.pdf>. (8)
- Nayeli Martínez Consuegra, Javier Baquera Heredia, Rodolfo Sánchez Cisneros, María Luisa Márquez Rochac y Carlos Ortiz-Hidalgo; Tumor de Küttner (sialoadenitis crónica esclerosante). Estudio clinicopatológico e inmunohistoquímico de 8 casos de una entidad poco reconocida [en línea]; Acta

- Otorrinolaringol Esp. 2007 [accesado Ago 2016]; 58(1): 25-30, Disponible en: [pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/ibc-053719](http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/ibc-053719). (2)
- Sara Abizanda Guillén, Ignacio Delgado Ramón, Laura Irizar Zabala, Paula Peña Salguero, Diana Pérez Hernández; Sialoadenitis: Revisión bibliográfica de los artículos científicos más relevantes publicados en los 2 últimos años [en línea]; Foros de Patología de la URJC 2007-2008 [accesado Ago 2016]; Disponible en: [http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2007-2008\\_G14.pdf](http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2007-2008_G14.pdf). (10)
  - Sialadenitis [en línea]; Wikipedia may 2015 [accesado Agost 2016]; Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Sialadenitis>. (4)
  - Sialadenitis o Inflamación de las Glándulas Salivales [en línea]; Arriba salud 2014 [accesado Agost 2016]; Disponible en: <http://arribasalud.com/sialadenitis/>.(6)

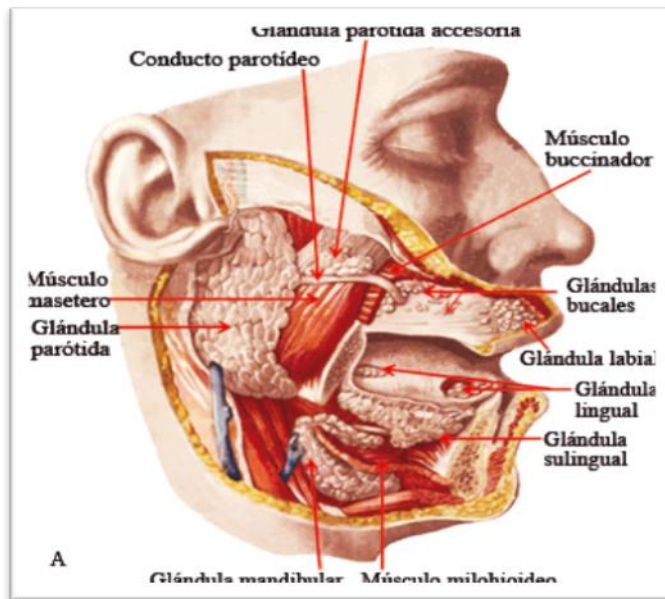
#### CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

- **ProQuest:** Culver, E. L., Hunt, A., Crewe, E., Shah, K. A., & Martinez-Devesa, P. (2015). Immunoglobulin G4 related chronic sclerosing sialadenitis. *The Journal of Laryngology and Otology*, 129(3), 226-231. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0022215115000195> (3)
- **ProQuest:** De Cocker, L.,J., D'Arco, F., De Beule, T., Tousseyn, T., Blockmans, D., & Hermans, R. (2014). IgG4-related systemic disease affecting the parotid and submandibular glands: Magnetic resonance imaging features of IgG4-related chronic sclerosing sialadenitis and concomitant lymphadenitis. *Clinical Imaging*, 38(2), 195-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.clinimag.2013.11.002> (5)
- **ProQuest:** Kawano, M., Yamada, K., Kakuchi, Y., Ito, K., Hamano, R., Fujii, H., . . . Yamagishi, M. (2009). A case of immunoglobulin G4-related chronic sclerosing sialadenitis and dacryoadenitis associated with tuberculosis. *Modern Rheumatology*, 19(1), 87-90. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10165-008-0127-z>. (11)
- **ProQuest:** Melo, J. C., Kitsko, D., & Reyes-Múgica, M. (2012). Pediatric chronic sclerosing sialadenitis: Küttner tumor. *Pediatric and Developmental Pathology*, 15(2), 165-9. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1030728477?accountid=36765>. (15)

- **ProQuest:** Tiemann, M., Teymoortash, A., Schrader, C., Werner, J. A., Parwaresch, R., Seifert, G., & Klöppel, G. (2002). Chronic sclerosing sialadenitis of the submandibular gland is mainly due to a T lymphocyte immune reaction. *Modern Pathology*, 15(8), 845-52. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.MP.0000022280.72359.04>. (14)

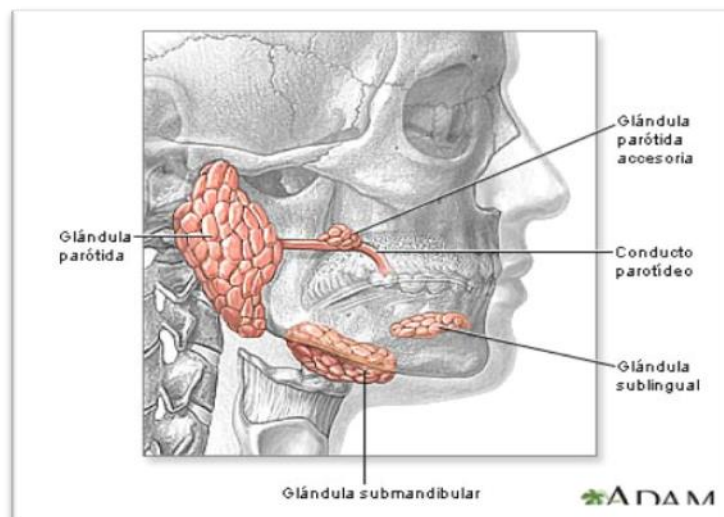
## ANEXOS

Gráfico N° 1 Glándulas salivales menores



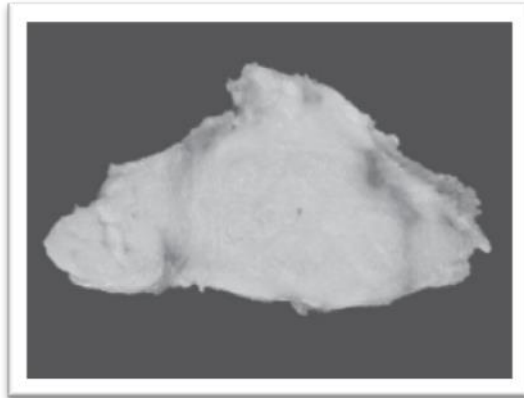
Fuente: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library>

Gráfico N° 2 Glándulas salivales mayores



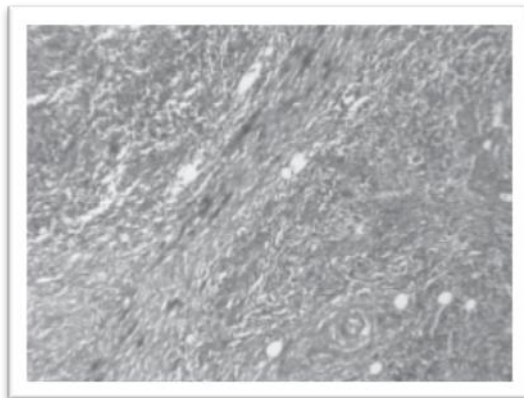
Fuente: <http://ely-risitas.blogspot.com/2011/12/glandulas-salivales.html>

**Gráfico N° 3 Sialadenitis crónica esclerosante. Glándula submaxilar con superficie de corte nodular**



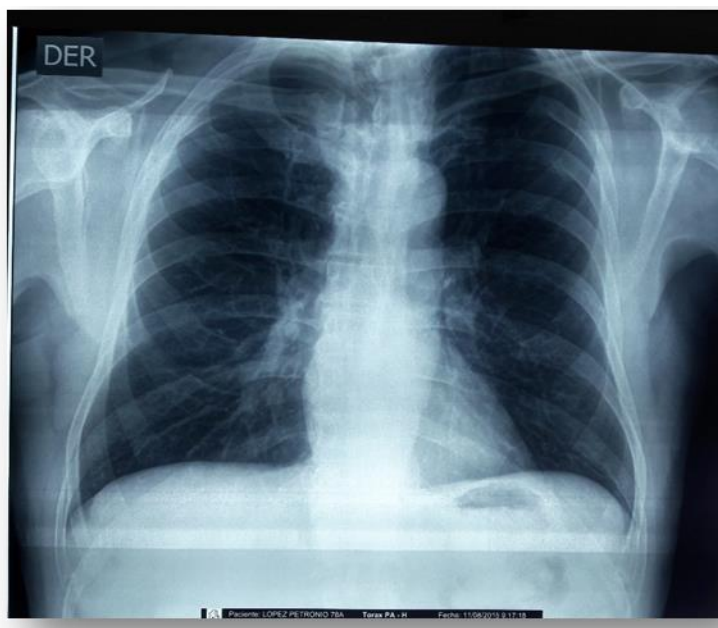
**Fuente:** Bibliografía N° 8

**Gráfico N° 4 Sialadenitis crónica esclerosante. Etapa 3: atrofia acinar, bandas de fibrosis y esclerosis periductal.**



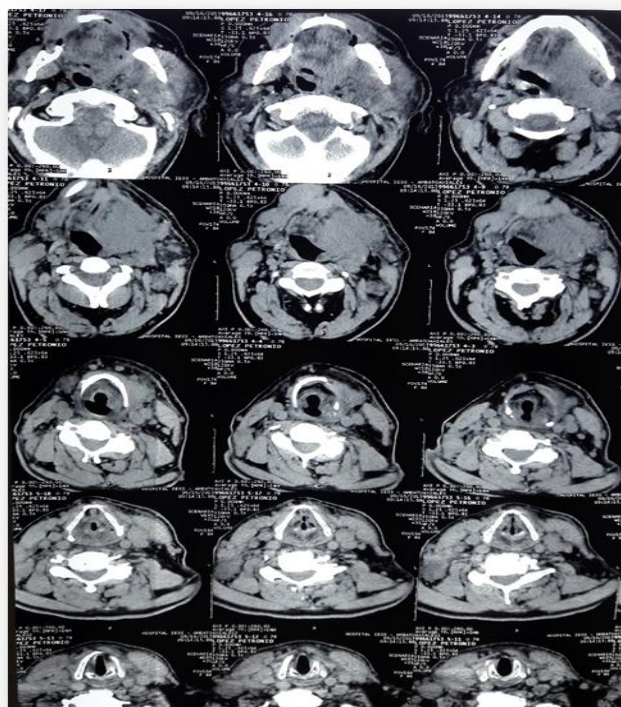
**Fuente:** Bibliografía N° 8

**Ilustración N° 1 Rx de tórax**



**Fuente: IESS Ambato**

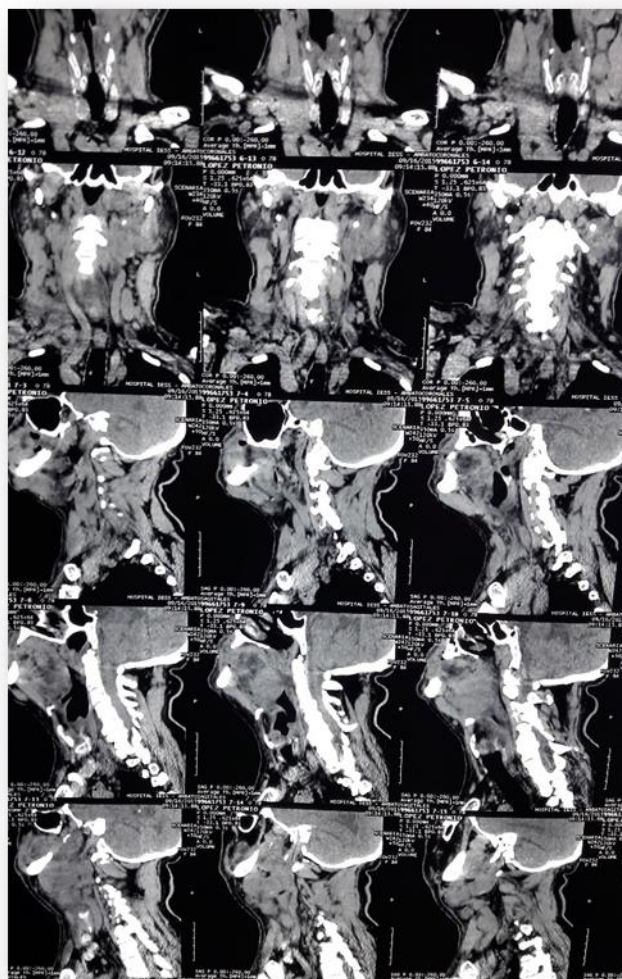
**Ilustración N° 2 Tac simple de cuello**



**Fuente: IESS Ambato**



**Ilustración N° 3 Tac simple de cuello**



**Fuente: IESS Ambato**

## TABLAS

**Tabla N° 2 Exámenes de laboratorio**

<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>	<b>15-sep-15</b>	<b>19-sep-15</b>	<b>21-sep-15</b>	<b>23-sep-15</b>	<b>28-sep-15</b>	<b>04-oct-15</b>
<b>Recuento Leucocitario (WBC)</b>	8.10	6.70	6.90	10.30	16.7	14.7
<b>Recuento de glóbulos rojos</b>	4.35	3.60	3.44	3.56	4.54	3.86
<b>Hemoglobina (HGB)</b>	11.8	10.8	9.7	10.5	13.2	11.3
<b>Hematocrito (HCT)</b>	38.8	32.2	31.2	31.9	40.4	34.5
<b>Volumen corp. medio</b>	89	90	91	90	89	89
<b>Hemoglobina Cospus Media (MCH)</b>	29.3	30	29.5	29.4	29.1	29.2
<b>Concen HB Corp. media (MCHC)</b>	32.9	33.5	32.6	32.8	32.7	32.7
<b>Recuento Plaquetas</b>	217	199	168	235	254	134
<b>Neutrófilos %</b>	55.1	64.3	57.5	71.6	70.9	66.8
<b>Linfocitos %</b>	35.1	26.8	31.1	22.4	24.2	23.6
<b>Monocitos %</b>	8.1	8.2	9.6	5.4	3.8	6
<b>Eosinófilos %</b>	1.7	0.7	1.7	0.6	1.1	0.9
<b>Basófilos %</b>	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0

**Fuente:** Base de datos IESS Ambato

Tabla N° 3 Exámenes de Laboratorio

	15-sep-15	17-sep-15	19-sep-15	21-sep-15	23-sep-15	29-sep-15	04-oct-15
<b>Glucosa</b>	91.00		119	109.30			87.60
<b>urea en suero</b>	38.1		39.4	28.2			
<b>Creatinina</b>	1.5		1.6	1.3			1.5
<b>Ácido úrico</b>	2.7			2.7			
<b>Lipasa</b>			31.1				
<b>Amilasa</b>			91				
<b>Proteínas Totales</b>		7.1		5.2			
<b>Colesterol</b>		129					
<b>Triglicéridos</b>		119					
<b>HDL</b>		21.5					
<b>LDL</b>		84					
<b>Bilirrubina Total</b>		1.50					
<b>Bilirrubina Directa</b>		0.47					
<b>Bilirrubina Indirecta</b>		1.03					
<b>AST (SGOT)</b>		29					
<b>ALT (SGPT)</b>		8					
<b>Fosfatasa alcalina</b>		80					
<b>Albúmina</b>		3.7	3.2	2.6			
<b>TP</b>	13.1		15.1				
<b>TTP</b>	33.3		36.1				
<b>PCR</b>			48	12	48	(-)	
<b>PSA Total</b>				38.6			
<b>PSA Libre</b>				5.4			

Fuente: Base de datos IEES Ambato

**Tabla N° 4 Exámenes de Laboratorio**

<b>MARCADORES TUMORALES</b>	<b>21-sep-15</b>
<b>CEA</b>	1.06
<b>CA 19-9</b>	14.96
<b>AFP Alfa- fetoproteína</b>	1.82
<b>Beta-2 microglobulina</b>	3.69

**Fuente:** Base de datos IESS Ambato

**Tabla N° 5 Exámenes de Laboratorio**

<b>GASOMETRIA</b>	<b>19-sep-15</b>	<b>22-sep-15</b>	<b>24-sep-15</b>	<b>27-sep-15</b>
<b>Cloro</b>	-	-	108	105.9
<b>Sodio</b>	134.6	139.2	144	
<b>Potasio (k)</b>	6,65	5.15	3.6	
<b>Ph</b>	7.45	7.49	7.70	7.5
<b>PCO2</b>	30	30.3	10.3	27.1
<b>PO2</b>	179.7	94.3	44.8	67
<b>BE</b>	-2.1	0.7	-2.6	-0.7
<b>TCO2</b>	21.5	23.8	12.9	21.7
<b>HCO3</b>	20.6	22.9	12.6	20.9
<b>Saturación de Oxígeno</b>	99.6	98.0	91.5	94.9
<b>Calcio Iónico en Suero</b>	0.82	0.86	1.15	-

**Fuente:** Base de datos IESS Ambato

**Tabla N° 6 Exámenes de Laboratorio**

<b>ELECTROLITOS</b>	<b>21-sep-15</b>
<b>NA</b>	141
<b>K</b>	3.30

**Fuente:** Base de datos IESS Ambato

**Tabla N° 7 Imágenes**

<b>Examen solicitado</b>	<b>Resultados</b>
<b>Radiografía de tórax</b> (16/09/2015)	Aumento de trama vascular, horizontalización de las costillas, aumento de los espacios intercostales.
<b>Eco de cuello</b> (17/09/2015)	Se explora área de interés observándose absceso en formación, definido, de paredes engrosadas, mide: 1.8cm x 1.3cm en sus diámetros mayores, con ecos en su interior, situado hacia región submaxilar izquierda. Glándula parótida y vasos cuello izquierdos normales. Ganglio cervical derecho de 3.0cm. <b>IDG.</b> Absceso submaxilar izquierdo - ganglio submaxilar derecho.
<b>Tac de cuello cervical</b> (17/09/2015)	Presencia de proceso ocupativo inflamatorio submandibular izquierdo isodenso con tejidos blandos vecino que muestra captación heterogenia de medio de contraste en relación con el flegmón inflamatorio con zonas hipodensas liquidas por ascedación mide 8 cm de diámetro mayor y se extiende hacia la zona de glándula parotídea izquierda. vol. aprox. de flegmón es de 200 cc múltiples formaciones ganglionares cervicales, bilaterales de tipo reactivo en triángulos 2, 3 y 5
<b>Tac cuello simple</b> (21/09/2015)	se observa masa tumoral solida de densidad de tejido blando mal definida irregular e infiltrativa localizada en triangulo

	<p>submaxilar izquierdo de la región suprahiodea, mide 6 x 5cm de diámetros mayores aproximado, con compromiso de los músculos milohioideo, fascículo anterior de digastrico, parte superior de la glándula submaxilar y engrosamiento irregular del musculo largo del cuello en lado izquierdo. Además disminución de la luz de la orofaringe, con desplazamiento a la derecha de laringe supraglotica y del pliegue aritenoepiglótico izquierdo. Hallazgos en relación probable con masa neoplásica a este nivel.</p> <p>Glándula tiroides de tamaño normal y densidad homogénea las glándulas submaxilar derecha y parótidas de morfología normales y densidad adecuada. En los niveles submentonianos, submaxilares, carotideos y yugulares supra hiodeos y infrahiodeos, espinales, regiones claviculares con este estudio simple no hay evidencia de adenopatías. Se sugiere complementar con ecografía y/o estudio contrastado de cuello.</p> <p><b>I.D.G:</b> masa tumoral sólida en triangulo submaxilar izquierdo y región suprahiodea. Se sugiere estudio contrastado de cuello.</p>
<p><b>Eco tiroideo</b> <b>(30/09/2015)</b></p>	<p>Informe: glándula tiroidea de textura heterogénea, tamaño normal. El lóbulo derecho mide de largo 3.9 cm por 1.5 cm de ancho y por 1.6 cm de antero posterior; con dos adenomas de 11 y 13 mm ecogenicos el lóbulo izquierdo mide de largo 3.2 cm por 1.5 cm de ancho y por 1.1 cm de antero posterior con quistes coloide de 4, 3 y 2 mm</p> <p>El istmo: mide 4 mm de contornos regulares</p> <p><b>IDG:</b> adenomas derechos y quistes coloides izquierdos.</p>

<b>Ecografía de riñón + próstata (30/09/2015)</b>	<p>Informe: próstata de textura homogénea, bordes regulares, encapsulados mide de largo 6.0 cm por 4.4 cm de ancho y por 4.8 cm de antero posterior con un peso que se calcula en 68 gramos. Lóbulo medio prominente de 3 cm</p> <p>vejiga: parcialmente llena con bag en su interior riñón derecho mide de largo: 10.2 cm por 3.9 cm y un grosor de la corteza de 16 mm., de características normales riñón izquierdo mide de largo 9.1 cm por 4.4 cm y un grosor de 15 mm., de características normales</p> <p><b>I.D.G:</b> próstata de 68 gramos + riñones normales</p>
---	---

**Fuente:** Base de datos IESS Ambato

**Tabla N° 8 Patología**

Examen solicitado	Resultado
<b>Histopatológico de glándula afecta Pedido el 5/10/15</b>	<p>31630-15-lp se recibe 3 placas y 3 bloques rotuladas h3484/15)2, y h3485/15 para revisión de laminillas.</p> <p><b>ESTUDIO MICROSCÓPICO</b></p> <p>Glándula salival con arquitectura lobular y denso infiltrado linfoplas mocitario en el interior de los lóbulos, se acompaña de atrofia acinar y fibrosis interlobular inmunohistoquímica</p> <p>Cd4: positivos en linfocitos t (h)</p> <p>Cd8: positivo en linfocitos t (c)</p> <p>Cd20: positivo en población de linfocitos b</p> <p>Cd79a: positivo en población de linfocitos b</p> <p>Alc: positivo en población de leucocitos</p> <p>Cd138: positivo en algunas células plasmáticas</p> <p>Revisión de caso h3484/15</p> <p>Diagnósticos patológicos finales</p> <p>Revisión de caso h3484/15</p> <p>Sialodentitis esclerosante crónica</p>

**Fuente:** Base de datos IESS Ambato

**Tabla N° 9 Lista de problemas**

<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>	<b>SIGNOS</b>	<b>SÍNTOMAS</b>
Hipertensión arterial	Taquipnea	Dolor en región maxilar izquierda
Cáncer de próstata	Edema frío en región maxilar izquierda	Disnea
Consumo ocasional de alcohol	Expectoración	Disfagia
	Voz hipofonética	Odinofagia
	Palidez generalizada	Tos
	Conjuntivas pálidas	Pérdida de peso
	Orofaringe congestiva	
	Orofaringe eritematosa	
	Masa dura, no móvil, de bordes regulares, y dolorosa en región maxilar izquierda hasta submaxilar izquierda	
	Adenopatías cervicales	
	Expansibilidad torácica disminuida	
	Murmullo vesicular disminuido bilateral	
	Crepitantes en ambos campos pulmonares	
	Ruidos cardíacos hipofonéticos	

**Realizada:** Carlos Gaibor



Tabla N° 10 Agrupación Sindrómica

	<b>PATOLOGÍA</b>	<b>SIGNOS Y SINTOMAS ENFERMEDAD</b>	<b>SIGNOS Y SINTOMAS EN PACIENTE</b>	<b>SOSPECHA CLÍNICA</b>	
	<b>RESFRIADO COMÚN</b>	Congestión nasal		NO	
		Fiebre			
		Ojo lloroso			
		Estornudo			
		Disfagia	X		
		Tos seca moderada			
		Escalofríos			
		Dolor muscular			
		Secreción nasal			
			Fiebre		
			Cefalea		
			Ganglios linfáticos inflamados en el cuello	X	
			Odinofagia	X	

	<b>FARINGITIS</b>	Erupción cutánea		NO	
		Dolores musculares y articulares			
	<b>AMIGDALITIS</b>	Amígdalas roja e inflamada		NO	
		Disfagia	X		
		Fiebre			
		Escalofríos			
		Pérdida de apetito			
		Otalgia			
			Secreción nasal acuosa y con sangre		
			Disnea	X	
			Estridor		
			Escalofríos		

<b>SÍNDROME RESPIRATORIO SUPERIOR</b>	<b>DIFTERIA</b>	Fiebre		NO
		Disfagia	X	
		Ronquera		
		Lesiones en la piel		
		Aumento de los ganglios linfáticos cervicales	X	
	<b>EPIGLOTITIS</b>	Fiebre		NO
		Orofaringe eritematosa		
		Ruidos respiratorios anormales		
		Estornudo		
		Disnea	X	
		Odinofagia		
		Ronquera		
		Orofaringe congestiva	X	

	PATOLOGÍA	SIGNOS Y SINTOMAS ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS EN PACIENTE	SOSPECHA CLÍNICA	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
	<b>BRONQUITIS AGUDA</b>	Tos que empeora en la noche menor a 10 días		NO	
Expectoración con moco					
Disnea		X			
Sibilancias					
Fiebre					
Dolor pleurítico					
Escalofríos					
Hemoptisis					
Malestar general					
Taquipnea		X			
Estertores					

<b>SÍNDROMES RESPIRATORIOS INFERIORES</b>	<b>BRONQUITIS CRÓNICA (EPOC)</b>	Tos crónica	X	SI	Biometría hemática
		Expectoración	X		Gasometría arterial
		Disnea	X		Espirometría
		Sibilancias			Radiografía de tórax
		Fatiga			TAC de tórax
		Cefalea			
		Edema en tobillos, pies y piernas			
		Dolor torácico			
		Fiebre			
		Estertores	X		
		Expansibilidad torácica disminuida	X		
		Disminución de murmullo vesicular	X		
		Crepitantes	X		

		Taquipnea	X		
	<b>BRONQUIECTASIA</b>	Tos crónica	X	NO	
		Espujo denso			
		Tos de predominio matutino			
		Hemoptisis			
		Fiebre			
		Dolor torácico			
		Sibilancias			
		Disnea	X		
		Pérdida de peso			
		Tos seca al inicio			
		Expectoración progresiva	X		
		Disnea	X		
		Sibilancias			
Expectoración		X			

	<b>ASMA</b>	blanquecina		NO	
		Dolor torácico			
		Cianosis			
		Diaforesis			
		Secreción nasal			
		Expansibilidad torácica disminuida	X		
		Retracciones costales			
	Tos	X			
	Disnea	X			
	Expectoración	X			
	Dolor torácico				
	Taquipnea	X			
	Crepitantes	X			
	Mala entrada de aire				
	Matidez				

	<b>NEUMONÍA</b>	Fiebre		NO	
		Escalofríos			
		Taquicardia			
		Roncus			
		Hipoxemia			
	<b>ATELECTASIA</b>	Disnea	X	NO	
		Taquipnea	X		
		Taquicardia			
		Cianosis			
		Dolor torácico			
		Expansibilidad torácica disminuida	X		
	<b>ENFISEMA</b>	Disnea	X	NO	
		Tos crónica	X		
Expectoración		X			
Sibilancias					



		Pérdida de peso	X			
		Fatiga				
		Estertores				
	<b>FIBROSIS PULMONAR</b>		Disnea	X	NO	
			Ortopnea			
			Tos seca			
			Tos crónica	X		
			Cianosis			
			Dolor torácico			
			Pérdida de peso	X		
			Fatiga			
			Debilidad			
			Hipoxemia severa			
			Disnea	X		
			Ortopnea			
Ansiedad						

	<b>EDEMA AGUDO DE PULMÓN</b>	Tos	X	NO	
		Expectoración rosada			
		Gorgorismos			
		Estertores	X		
		Crepitantes	X		
		Taquipnea	X		
		Taquicardia			
		Diaforesis			
		Hipoxemia			
		Retracciones costales			
	Aleteo nasal				
	<b>EMBOLIA PULMONAR</b>	Dolor torácico		NO	
		Tos súbita			
		Hemoptisis			
		Taquipnea	X		
Taquicardia					

		Disnea súbita			
		Ansiedad			
		Cianosis			
		Diaforesis			
		Sibilancias			
	<b>CÁNCER PULMONAR</b>	Tos	X	NO	
		Expectoración	X		
		Dolor torácico			
		Hemoptisis			
		Mal estado general			
		Pérdida de peso	X		
		Atelectasia			
		Derrame pleural			
		Absceso			
	Dolor torácico				
	Tos seca				

	<b>DERRAME PLEURAL</b>	Disnea	X	NO	
		Cianosis			
		Expansibilidad torácica disminuida	X		
		Murmullo vesicular abolido			
		Matidez			
		Frémitoabolido			
		Tiraje costal			
	<b>NEUMOTÓRAX</b>	Dolor torácica		NO	
		Tos seca			
		Disnea	X		
		Cianosis			
		Expansibilidad torácica disminuida	X		
		Frémitoabolido			
		Timpanismo			

		Tiraje costal			
		Ausencia del murmullo vesicular			

	<b>PATOLOGÍA</b>	<b>SIGNOS Y SINTOMAS ENFERMEDAD</b>	<b>SIGNOS Y SINTOMAS EN PACIENTE</b>	<b>SOSPECHA CLÍNICA</b>	<b>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</b>
	<b>ABSCESO SUBMAXILAR</b>	Odinofagia	X	SI	Biometría hemática
		Disfagia	X		Reactantes de fase aguda
		Fiebre			Eco de cabeza y cuello
		Adenopatías cervicales	X		Tac columna vertebral cervical
		Edema cervical o facial	X		Cultivo y antibiograma
		Cefalea			
		Dolor al abrir la boca			

<b>SÍNDROMES DIGESTIVOS</b>	<b>CÁNCER DE BOCA O OROFARINGE</b>	Llaga en la boca o el labio que no cicatriza; este es el síntoma más común		<b>NO</b>	
		Mancha roja o blanca en las encías, la lengua, las amígdalas o el revestimiento de la boca			
		Nódulo en el labio, la boca, el cuello o la garganta o sensación de engrosamiento de la mejilla			
		Disfagia	X		
		Ronquera o cambio en la voz	X		
		Adormecimiento de la boca o la lengua			
		Odinofagia	X		

		Dolor de oído			
		Dolor de mandíbula	X		
		Mal aliento crónico			
		Pérdida de piezas dentales o dolor de dientes o muelas			
		Dentaduras postizas que ya no encajan			
		Pérdida de peso sin razón aparente			
		Fatiga			
	<b>CÁNCER GLÁNDULAS SALIVALES</b>	Edema de cara	X	NO	
		Parálisis de nervio facial			
		Masa en el área del oído, mejilla, mandíbula, labio o dentro de la boca.	X		

		Secreción de oídos			
		Disfagia	X		
		Odinofagia	X		
		Dolor facial			
		Parestesias facial			
	<b>SIALOADENITIS</b>	Dolor facial		SI	Biometría hemática
		Dolor submaxilar	X		Reactantes de fase aguda
		Edema de cara	X		Eco de cabeza y cuello
		Edema submaxilar	X		Tac columna vertebral cervical
		Edema de cuello			Cultivo y antibiograma
		Fiebre			
		Escalofríos			
		Síndrome febril			
Tumefacción		X			
Dolor		X			



	<b>SIALOADENITIS AGUDA</b>	Trismus		NO	
		Eritema			
		Edema cutáneo	X		
		Calor cutáneo			
		Salida de material purulento por el conducto excretor			
	<b>SIALOADENITIS CRÓNICA BACTERIANA</b>	Tumefacción unilateral de instauración gradual	X	NO	
		Fiebre			
		Trismus.			
		Reiteración de las crisis con aumento de intensidad, duración y frecuencia.			
		Xerostomía en el 80 %			

	<b>SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE</b>	Tumefacción unilateral dura e indolora de la glándula afecta	X	SI	Biometría hemática
		Disfagia	X		Reactantes de fase aguda
		Odinofagia	X		Eco de cabeza y cuello
		EF: Glándula dura, fija y dolorosa o no dolorosa	X		Tac columna vertebral cervical
					Punción y aspiración con aguja fina de glándula afecta.

**Realizada:** Carlos Gaibor