

Odontología **Pediátrica**

**Sialolito en glándula
submandibular en paciente
pediátrico**

**Sialolith in the submandibular
gland in a pediatric patient**

10.20960/odontolpediatr.00075

07/13/2026

00075

Sialolito en glándula submandibular en paciente pediátrico

Sialolith in the submandibular gland in a pediatric patient

Mireya Giselle Curiel Ventura¹, Víctor Mario Fierro Serna², Francisco Javier Tejeda Nava², Joselín Flores Velázquez², Miguel Ángel Rosales Berber², Jetsi Marlen González Fuentes³, Raúl Márquez Preciado²

¹Alumno del Posgrado en Estomatología Pediátrica. ²Catedrático del Posgrado en Estomatología Pediátrica. ³Alumno del Posgrado Cirugía Maxilofacial. Facultad de Estomatología. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México

Recibido: 11/12/2025

Aceptado: 10/07/2026

Correspondencia: Raúl Márquez Preciado. Posgrado en Estomatología Pediátrica. Facultad de Estomatología. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Av. Dr. Manuel Nava 2, Zona Universitaria. C.P.78290, San Luis Potosí, S.L.P., México
e-mail: raul.marquez@uaslp.mx

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con el artículo publicado.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

RESUMEN

Introducción: la formación de cálculos en las glándulas salivales, también llamada sialolitiasis, es infrecuente en pediatría (3 % de los casos).

Caso clínico: presentamos el caso de un paciente masculino de 5 años con un sialolito de 4 mm en el conducto de Wharton, de 3 semanas de evolución.

Discusión: tras el fracaso del manejo conservador con sialagogos, se realizó una sialolitotomía convencional bajo anestesia local. La evolución a corto y medio plazo mostró una función glandular íntegra y ausencia de recidiva.

PALABRAS CLAVE: Sialolito. Sialolitiasis. Odontopediatría. Conducto de Wharton. Cirugía bucal.

ABSTRACT

Introduction: the formation of stones into the salivary glands, also called Sialolithiasis, is uncommon in pediatrics (3 % of cases).

Case report: we present the case of a 5-year-old male patient with a 4 mm sialolith in Wharton's duct, present for 3 weeks.

Discussion: after the failure of conservative management with sialagogues, a conventional sialolithotomy was performed under local anesthesia. Short- and medium-term follow-up showed intact glandular function and no recurrence.

KEYWORDS: Sialolith. Sialolithiasis. Pediatric dentistry. Wharton's duct. Oral surgery.

INTRODUCCIÓN

La saliva es un fluido esencial para la homeostasis bucal, cuya secreción puede verse interrumpida por diversos procesos patológicos (1). Entre estos, la sialolitiasis destaca como la causa más común de obstrucción salival y afecta predominantemente a la glándula submandibular (80-90 %) debido a la mayor longitud y tortuosidad del conducto de Wharton, así como a la naturaleza más alcalina y viscosa de su secreción (2,3).

Epidemiológicamente, es una entidad clínica rara en niños, ya que representa apenas el 3 % de la casuística global (4). La fisiopatología

sugiere que la formación del cálculo se inicia con un "nido" de detritos orgánicos (células epiteliales o bacterias) que se calcifica ante estados de hipersaturación de calcio y fosfato o estasis salival (5,6). El diagnóstico temprano es crucial para evitar la atrofia glandular o infecciones graves (sialoadenitis) (6).

El tratamiento puede ser no invasivo o invasivo. Por lo general, se recomienda iniciarlo con un enfoque conservador que incluye: manejo sintomático con analgésicos, hidratación y masajes, uso de antibióticos para prevenir la sialoadenitis aguda, empleo de sialagogos (medicamentos, limón, caramelos ácidos) o bien litotripsia endoscópica con láser (6). Cuando el cálculo es grande o de difícil acceso, se opta por un tratamiento invasivo, que implica su extirpación quirúrgica (7-9). Aunque la recurrencia es relativamente baja, cuando el cálculo no es eliminado completamente o quedan fragmentos residuales, estos pueden actuar como un núcleo para la formación de nuevos sialolitos (4). El propósito de este trabajo es reportar el manejo quirúrgico exitoso de un caso inusual de sialolitiasis en la porción distal del conducto de Wharton en un paciente pediátrico tras agotar las vías no invasivas.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 5 años y 10 meses de edad acude a la Clínica del Posgrado en Estomatología Pediátrica de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México, derivado por una clínica particular por tumefacción en el piso o suelo de la boca y dolor moderado recurrente en el área submandibular durante la ingesta de alimentos y que desaparecía 10 o 20 minutos después con el uso de analgésicos, con 3 semanas de evolución y con diagnóstico presuntivo de sialolitiasis. Al realizar el interrogatorio se refiere sano sin antecedentes médicos patológicos. Se menciona haber recibido previamente tratamiento con sialagogos (alimentos ácidos como limón y caramelos ácidos) mínimo de 3 a 5 veces al día, masajes en el área de la glándula submandibular de manera extraoral de la parte más posterior hacia la parte anterior tratando de seguir la dirección del conducto salival, hidratación constante con agua

natural y analgésicos durante 7 días sin mejoría. Niega el uso previo de antibióticos.

En la inspección clínica general, todos sus signos vitales estaban dentro de los parámetros normales. Extraoralmente se observa apertura bucal adecuada y no se perciben aumentos de volumen en tejidos o en áreas de las glándulas salivales ni ningún dato de asimetría facial. Intraoralmente presenta dentición mixta temprana con erupción de los incisivos centrales permanentes inferiores y lesiones cariosas ICDAS 1 y 2 en algunos molares temporales. Se detectó inflamación localizada en la región sublingual del lado derecho y a la palpación se percibió una masa firme, móvil, de aproximadamente 4 a 5 mm a nivel de la porción distal del conducto de Wharton (Fig. 1). No se observó salida de material purulento, pero el flujo salival estaba disminuido en comparación con el lado contralateral. Se realizó, como prueba complementaria, una radiografía oclusal del maxilar inferior, que reveló una imagen radiopaca circular de bordes definidos en el piso de la boca en el espacio correspondiente al conducto de la glándula submandibular (5) (Fig. 2).

Con los datos anteriores, debido a la falta de éxito del tratamiento no invasivo y al tiempo de evolución hasta el momento (3 semanas), se decidió interconsultar al cirujano maxilofacial para realizar tratamiento de sialolitotomía convencional bajo anestesia local en el sillón dental (7-9). El tratamiento fue aceptado por los padres del paciente, que firmaron el consentimiento informado que autorizaba la atención de su hijo y la posterior publicación del este artículo.

El procedimiento consistió en una técnica de bloqueo de los nervios lingual y dentario inferior del lado derecho del paciente, además de la anestesia en la punta de la lengua para facilitar la tracción (Fig. 3). Se usaron dos cartuchos de lidocaína al 2 % con epinefrina 1:100 000, lo que está en el rango adecuado de la dosis permitida para el peso de 20 kg en este paciente tomando como referencia la dosis ponderal de 4,4 mg/kg de peso.

Se realizó una incisión longitudinal con bisturí frío sobre el conducto, seguida de la expresión y retiro del cálculo, que midió 4 mm, con pinzas

Halsted (Fig. 4); se irrigó el área para eliminar cualquier resto de material calcificado y se confirmó visualmente la permeabilidad del conducto, por lo que no hubo necesidad de ningún procedimiento extra como cateterización o marsupialización. Posteriormente, se colocaron dos puntos simples de sutura reabsorbible con Vicryl 3-0 (poliglactina 910) (Fig. 5) y se dieron las indicaciones posoperatorias a la madre: evitar alimentos ácidos e irritantes, realizar masajes suaves, administrar analgésico y antiinflamatorio durante 5 días. El paciente fue atendido mediante el empleo de técnicas básicas de manejo de conducta sin la necesidad del uso de técnicas farmacológicas debido a la excelente conducta (Frankl 4) presentada durante la cita de revisión, tratamiento y valoración por el cirujano.

El seguimiento a 1 semana mostró una cicatrización por primera intención adecuada, el área se observaba de coloración normal y sin signos inflamatorios (Fig. 6). Se realizó un control al mes y a los 3 meses, donde se observó un flujo salival normal y ausencia de sintomatología, descartando, hasta el momento, la recidiva por estasis persistente.

DISCUSIÓN

La sialolitiasis submandibular en pacientes pediátricos es una entidad poco frecuente que presenta desafíos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. La literatura indica que, a pesar de su baja incidencia, puede manifestarse con signos clínicos típicos como inflamación submandibular, dolor y sensibilidad, especialmente durante la alimentación. En las primeras etapas, los síntomas pueden ser intermitentes y leves; sin embargo, cuando el cálculo permanece durante tiempo prolongado, la saliva retenida se estanca dentro del sistema ductal, lo que favorece cambios inflamatorios y facilita la colonización bacteriana dentro del conducto y de la glándula. La infección transforma un problema obstructivo inicialmente mecánico en un cuadro inflamatorio agudo potencialmente más grave. En casos más graves puede desarrollarse absceso glandular y compromiso importante del estado general del paciente (4).

El diagnóstico diferencial en este caso incluyó el mucocelo de piso de boca (ránula) y el quiste dermoide; sin embargo, la consistencia pétrea a la palpación y la evidencia radiográfica confirmaron la sialolitiasis (1,5,10).

El tratamiento para esta patología puede ser conservador o invasivo; generalmente se inicia con medidas no invasivas como el manejo sintomático, la hidratación, los masajes glandulares, el uso de antibióticos cuando está indicado y la estimulación salival mediante sialagogos como medicamentos y alimentos ácidos, sobre todo en pacientes de corta edad. En algunos casos, puede emplearse la litotripsia endoscópica con láser como alternativa terapéutica (6,11). La decisión de un abordaje quirúrgico, cuando el tratamiento conservador ha fracasado, va a depender de la localización, el tamaño del cálculo, la recurrencia y la sintomatología (8,9,12). Además, el tiempo de evolución es muy importante, como en nuestro caso, ya que la obstrucción persistente también puede ocasionar alteraciones estructurales irreversibles de la glándula submandibular, incluso en ausencia de síntomas agudos, la retención salival prolongada puede conducir a hipofunción glandular, atrofia progresiva, pérdida de la capacidad secretora y fibrosis del tejido glandular (4).

A diferencia de los adultos (12), en quienes los cálculos pueden ser de gran tamaño, en niños (4) suelen ser pequeños (promedio 3-5 mm). La literatura sugiere que cálculos mayores de 3 mm o aquellos que no responden a sialagogos en 1 semana requieren intervención quirúrgica (3,7-9). En nuestro paciente, la ubicación anterior del sialolito y la buena conducta presentada facilitó el abordaje intraoral para la realización de una cirugía menor convencional con anestesia local en el sillón dental, evitando técnicas más agresivas como la sialoadenectomía (10,11); y aunque no existe un periodo universalmente definido para descartar completamente una recidiva, el seguimiento de la sialolitiasis submandibular suele mantenerse durante varios meses e incluso hasta 1 año o más en algunos pacientes, realizando controles periódicos a los 3, 6 y 12 meses con el fin de evaluar la permeabilidad ductal y el funcionamiento glandular adecuado (7-9).

CONCLUSIÓN

La sialolitiasis es poco frecuente en la población pediátrica, por lo que para un diagnóstico preciso es fundamental una inspección clínica detallada. La colaboración multidisciplinaria es crucial para garantizar que el paciente reciba un tratamiento apropiado y la resolución más eficaz del problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martina E, Campanati A, Diotallevi F, Offidani A. Saliva and Oral Diseases. *J Clin Med* 2020;8;9(2):466. DOI: 10.3390/jcm9020466
2. Wilson KF, Meier JD, Ward PD. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician* 2014;1;89(11):882-8.
3. Thong HK, Mohamad Mahbob H, Sabir Husin Athar PP, Tengku Kamalden TMI. Recurrent Submandibular Sialolithiasis in a Child. *Cureus* 2020;19;12(12):e12163. DOI: 10.7759/cureus.12163
4. Campos-Villanueva C, Téllez-Rodríguez J, López-Fernández R. Sialolitiasis submandibular en un paciente pediátrico: Reporte de caso. *Acta Pediátrica de México* 2014;35(5):393-401.
5. Palacios VDE, Miranda VJE, Alvarado CAL, Trillo MVG, Calderón LAS. Patología calcificante de las glándulas salivales. Presentación de dos casos clínicos. *Rev ADM* 2018;75(2):98-102.
6. Jadaun G, Pillai D, Ragji T, Kharodia S. Sialolithiasis: An Unusually Large Submandibular Salivary Stone. *Cureus* 2023;13;15(7):e41859. DOI: 10.7759/cureus.41859
7. Ferneini EM. Managing Sialolithiasis. *J Oral Maxillofac Surg* 2021;79(7):1581-2. DOI: 10.1016/j.joms.2021.04.021
8. Williams MF. Sialolithiasis. *Otolaryngol Clin North Am* 1999;32(5):819-34. DOI: 10.1016/s0030-6665(05)70175-4
9. Basra AS, Mohod S, Shinde SB, Phaye LD, Khandelwal P. Manejo de un sialolito submandibular: un informe de caso. *Cureus* 2024;6;16(6):e61812.

10. Acevedo JAD, Trocino BS, Mercado HR. Sialolitiasis del conducto submandibular: reporte de un caso. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac 2017;13(3):112-7.
11. Soliman OK, Sitton MS, Lambert EM. Sialoendoscopy and the management of pediatric sialolithiasis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2025;197:e112526. DOI: 10.1016/j.ijporl.2025.112526
12. Torres-Lagares D, Sampedro A, Figallo MAS, Iglesias P, Márquez ÁM, Pérez JLG. Sialolitiasis parotídea del conducto de Stensen. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal 2006;11(1):80-4.

Odontología
Pediátrica



Figura 1. Sialolito en el piso de boca.



Figura 2. Radiografía oclusal en el maxilar inferior donde se observa una imagen radiopaca circunscrita en la región de la lesión.



Figura 3. Se realiza técnica de anestesia bloqueando el nervio lingual, dentario inferior y la punta de la lengua.

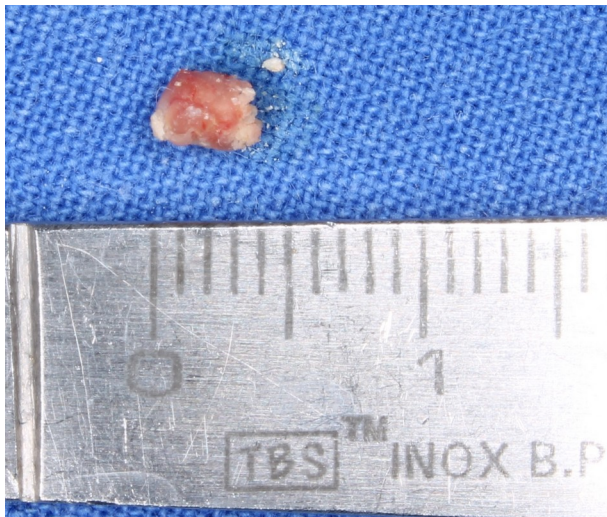


Figura 4. Extracción de sialolito de 4 mm de diámetro mayor.



Figura 5. Se realizaron 2 puntos simples de sutura.



Figura 6. Revisión posoperatoria, 1 semana después.