

PAROTIDITIS BILATERAL Y SUBMAXILITIS DERECHA
CRONICA (*)

¿Síndrome de Mikulicz frustrado?

Prof. D. Prat, Dres. L. Correa y R. Leborgne

M. F. de P., 70 años, uruguaya, viuda, de Minas. Ingresó el 6-XII-46 por tumefacción de ambas regiones parotídeas.

Historia clínica. — Hace 6 años, le aparece una tumefacción a nivel del ángulo izquierdo del maxilar inferior y región preauricular, tumefacción dolorosa, que tomaba la piel, eprojejiéndola, según datos de la anamnesis de la enferma, acompañada de escalofríos y trismus. Alcanzó el tamaño de una nuez y luego en pocos días retrocedió, aunque no completamente, habiendo sufrido fluctuaciones en su tamaño. Siempre fué de consistencia más bien blanda.

Pasó bien hasta febrero de 1946, habiendo desaparecido por completo en todo ese intervalo; en esa fecha aparece una tumefacción semejante a la anterior en el lado derecho, también de comienzo agudo, sin causa aparente, alcanzando un tamaño parecido a la del lado izquierdo y retrocediendo luego. En mayo nuevo empuje, esta vez bilateral, aunque sin escalofríos ni fiebre. Tuvo trismus. Presentaba sequedad marcada de la boca más acentuada ahora. Este episodio retrocede como las otras veces, con tratamiento de belladona y sulfamidados.

En agosto se hace extraer todas las piezas dentarias del maxilar inferior, manifiesta la enferma que desde mucho tiempo antes tenía dentadura en muy mal estado, habiéndose aflojado sus piezas dentarias y drenando pus. Como últimamente reaparecieron ambas tumefacciones, que no regresan como las otras veces, con el tratamiento y su consistencia se volviera más dura, decide consultar en Montevideo.

Como antecedente personal sólo a destacar un tétanos por mordedura de perro hace 3 años.

Examen. — Enferma con buen estado general; piel y mucosas bien coloreadas. Pulso 70. Lengua roja, seca, lisa. Dificultad y limitación en la abertura de la boca.

Las regiones parotídeas presentan bilateralmente, dos tumefacciones,

(*) Comunicación leída en la sesión del 30 de abril de 1947.

que alcanzan a derecha el tamaño de una nuez, siendo mayor aún a izquierda. Su mayor eje es vertical, no levantando el lóbulo de la oreja en ninguno de los dos lados, deborando ambas hacia abajo el ángulo del maxilar, más a la izquierda. La piel presenta aspecto normal, con ligera circulación colateral. La palpación revela que ambas tumefacciones son con planos superficiales libres que deslizan fácilmente sobre la tumefacción, de consistencia dura, leñosa, de superficie irregular, lobulada, no dolorosa,



FIG. 1. — M. F. de P. Aspecto de la tumefacción bilateral de ambas parótidas.

firmente adheridas a la profundidad, siendo completamente fijas a los planos profundos. a tumefacción se prolonga por debajo y detrás del ángulo y reborde del maxilar en los dos lados y se tiene la impresión de que ambas glándulas parotídeas están tomadas en totalidad por el proceso. El examen de las regiones vecinas, muestra en el lado derecho una tumefacción alargada, como un dátil, que ocupa la región de la glándula submaxilar, sin modificaciones de la piel a ese nivel. La palpación muestra que es de consistencia dura, no adherente a los planos superficiales, fija a los planos profundos. El examen intrabucal muestra la ausencia total de piezas dentarias y la sequedad y depapilación de la lengua. Nada de particular a nivel de los orificios de los canales de las glándulas salivales.

No se consigue visualizar exudados por la expresión glandular o de sus canales. La palpación intra bucal permite comprobar las tumefacciones glandulares con los caracteres ya descritos.

Las regiones ganglionares, tanto del cuello como axilares e inguinales, no revelan adenopatías dignas de mencionarse. La región de las glándulas lacrimales no presenta particularidades. Nunca tuvo falta o disminución de secreción lacrimal.

El examen de los aparatos cardiovascular, pulmonar y nervioso, sin particularidades. Abdomen: normal, no se palpa bazo.

Exámenes de laboratorio. Orina: normal. Reacción de Wassermann: negativa. Urea en suero: 0 gr.45.

Glóbulos rojos: 4.500.000. Hemoglobina: 88 %. V. G.: 0.98.

Glóbulos blancos: 5.200. Tiempo de coagulación: 9'. Tiempo de sangría: 4'.

Apréptica en toda su evolución.

Tratamiento. — La enferma estuvo internada durante unos 18 días, habiéndosele hecho un tratamiento anti infeccioso a base de penicilina, unas 160.000 u. diarias y sulfatiazol 6 gr. diarios, durante 12 días. Rayos infrarrojos, desinfección bucal, estimulantes de la secreción salival, etc. Se consigue una mejoría muy discreta, habiendo disminuído ligeramente sus tumefacciones parótideas y consiguiendo una abertura mayor y más fácil de la boca.

En resumen: se obtuvo poco resultado con dicho tratamiento.

Se envía al Laboratorio del Dr. Leborgne para tratamiento roentgenterápico.

Estudio radiográfico. — Al nivel de ambas parótidas y de la submaxilar izquierda, observamos una profunda alteración de la morfología canalicular.

Llama la atención, especialmente, el escaso volumen del aceite opaco tolerado en la instilación, la brevedad e irregularidad de los canales y la extraordinaria disminución del número de ellos, a pesar de la presión utilizada en la inyección (Figs. 2, 3, 4 y 5).

Estas imágenes no corresponden, de ningún modo, a las dilataciones acinocanaliculares que hemos observado muy frecuentemente en los procesos inflamatorios y en especial en las parotiditis recidivantes.

Si bien las radiografías que presentamos no son superponibles a las imágenes mostradas en contadas oportunidades en la enfermedad de Mikulicz, creemos que ello pudiera obedecer a las distintas etapas evolutivas en las cuales es estudiada radiológicamente dicha afección.

El proceso evolucionó satisfactoriamente con el tratamiento

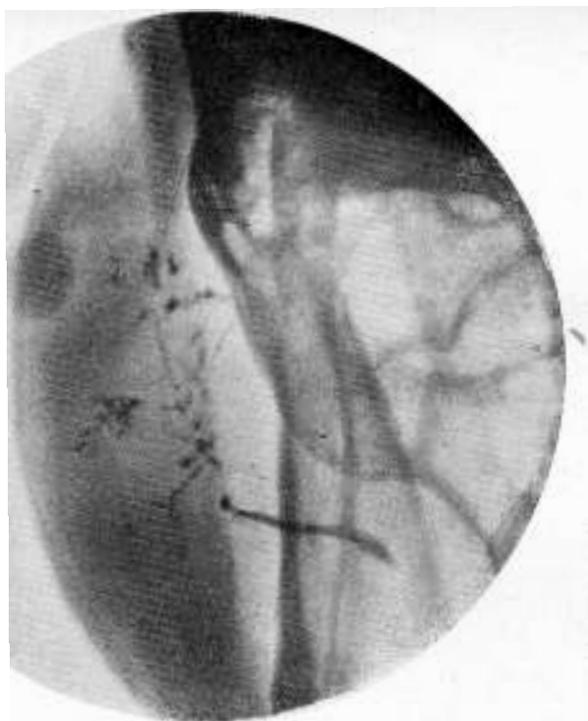


FIG. 2

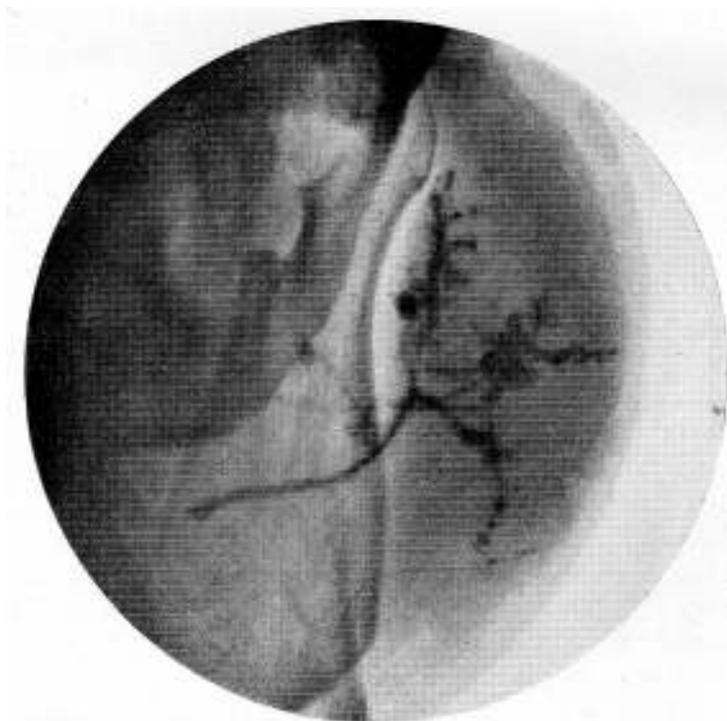


FIG. 3

FIGS. 2 y 3. Sialogramas en proyección frontal, donde se aprecia la morfología canalicular y la tumefacción de ambas parótidas.

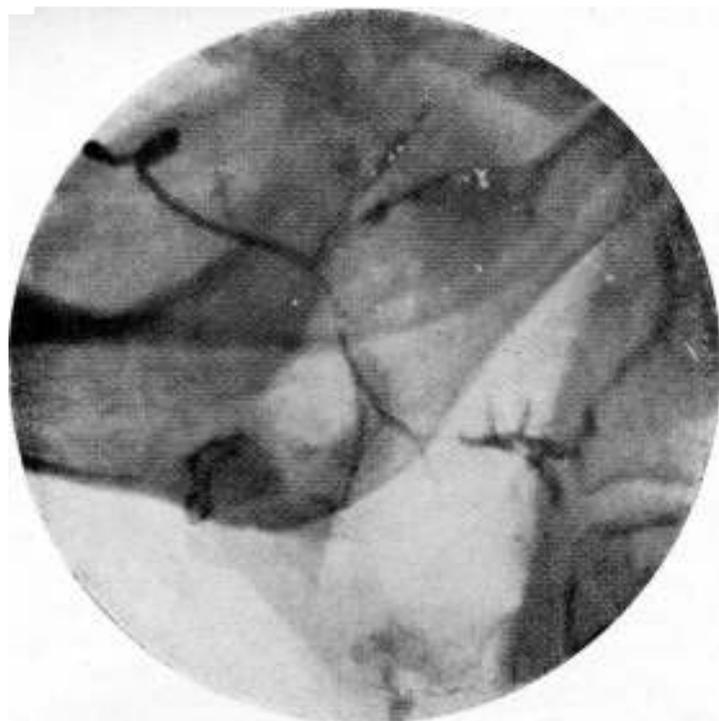


FIG. 4

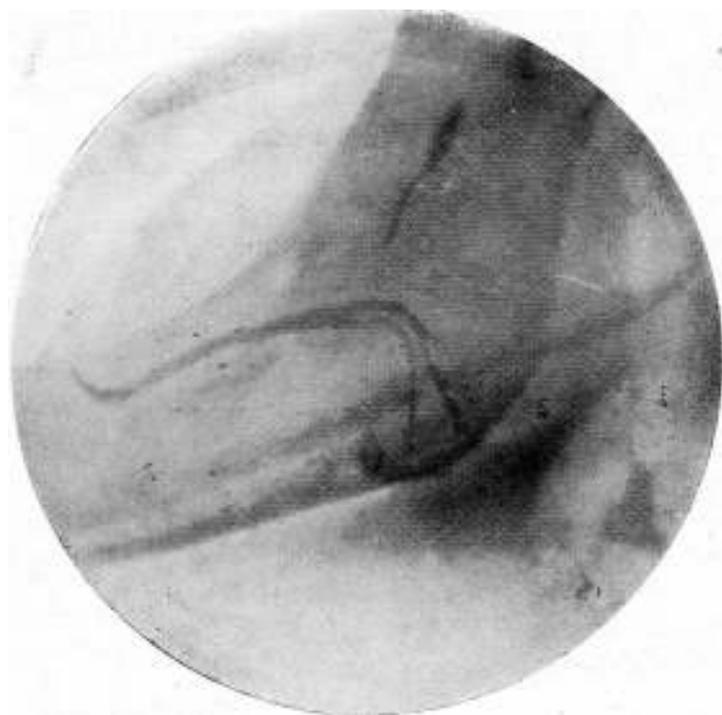


FIG. 5

FIGS. 4 y 5. — Sinlogramas en proyección de perfil de la parótida y submaxilar del lado izquierdo.

roengenterápico, habiendo sido necesario administrarle una dosis relativamente elevada: 2.000 r del lado izquierdo y 1.400 r del lado derecho. Hacemos notar que a pesar de haberse obtenido una buena regresión de las tumoraciones glandulares, las imágenes sialográficas no sufrieron modificación apreciable.

Se trata en resumen, de una señora de 70 años de edad, que comienza hace seis años, con un primer accidente localizado en su región parotídea izquierda, a comienzo brusco, con buen estado de salud. Proceso doloroso con franco aspecto inflamatorio (dolor, enrojecimiento de la piel, escalofríos, fiebre, trismus) y con tumefacción franca de su región parotídea. Proceso que retrocede, al parecer completamente.

Pasa bien hasta febrero de 1946, en que hace una crisis semejante, localizada en la región parotídea del lado derecho. El mismo comienzo agudo, la misma sintomatología inflamatoria y la misma retrocesión del proceso.

En mayo del mismo año, nuevo empuje, esta vez bilateral, con tumefacción de ambas regiones parotídeas, al parecer mucho más atenuado, sin escalofríos, sin sensación de fiebre, menos dolorosa, que retrocede como las otras veces, con tratamiento médico. En agosto se hace extraer todas las piezas dentarias del maxilar inferior y tiene un nuevo empuje leve como hace un par de meses, reaparecieron ambas tumefacciones parotídeas, que la deciden a venir a Montevideo.

Es evidente que la historia que cuenta la enferma nos lleva a pensar en un proceso inflamatorio franco, a comienzo agudo, en ambos lados y a evolución sucesiva, luego empujes, tomando ambas regiones, atenuados, hasta adquirir una marcha crónica, estacionaria, no dolorosa.

Al pretender establecer el diagnóstico de las lesiones de las glándulas salivales, recordaremos los procesos inflamatorios agudos y crónicos, que hace la infección canalicular ascendente y entre las glándulas salivales, son mucho más frecuentes las inflamaciones de las parótidas; una estomatitis, una gingivitis, inadvertida, puede ser el foco infeccioso. Las lesiones histológicas se localizan primero en la luz canalicular, canales excretores y luego en la luz glandular, el tejido conjuntivo interlobular es invadido secundariamente.

La glándula está protegida contra la invasión microbiana por

la saliva, que barre la vía de excreción todo lo que disminuye la secreción salival predispone a la infección ascendente (infecciones graves, estados caquéticos, intervenciones quirúrgicas; sobre todo abdominales regionales, reflejo de inhibición glandular, masajes de los anestesiistas, etc.).

La estasis salivar puede tener las mismas consecuencias (ligadura del canal, litiasis, compresión por tumores, etc.).

En nuestra enferma, aparece un foco séptico bucal, que lleva a la extracción de todas las piezas dentarias del maxilar inferior y una sequedad de la boca, acusada espontáneamente y que se exagera cuando su proceso toma una marcha crónica.

Los estados inflamatorios agudos de las glándulas salivales que muy frecuentemente son bilaterales (hasta el 70 % de los casos en los postoperatorios, según Morel), pueden tener una evolución variada desde la curación absoluta, hasta la supuración y la gangrena. Pero, pueden a veces, dejar como secuela, infecciones atenuadas mantenidas por un foco poco séptico o estrecheces del conducto excretor y tenemos las condiciones etiológicas y anatómicas que pueden originar las inflamaciones crónicas, no específicas de las glándulas salivales, ya que la infección y la retención salival son los elementos más importantes. De ahí la rareza de los tumores inflamatorios salivales fuera de la litiasis. Desde el punto de vista anatómico, es una inflamación crónica intersticial, a veces con pequeños abscesos miliares diseminados y con infiltración embrionaria difusa, que conduce a la esclerosis secundaria ahogando y atrofiando el parénquima glandular.

Clínicamente este proceso hace su aparición en forma insidiosa de un tumor de crecimiento lento hasta cierto límite, quedando a veces estacionario, poco o nada doloroso, respetando generalmente los planos superficiales que quedan móviles sobre la tumefacción, fijándose profundamente, como pasaba en nuestro caso. Cuando el proceso es unilateral, sólo el microscopio revela la diferencia entre este proceso y las neoplasias.

En nuestra enferma, el proceso tomaba las dos glándulas parótidas y la submaxilar derecha, esta última tenía un tamaño discreto. La invasión simultánea de estas tres glándulas salivales nos lleva a citar un proceso que se caracteriza por la hipertrofia simétrica de todas las glándulas salivales, aunque agregada de la

inclusión de las glándulas lacrimales: la enfermedad de Mikulicz, enfermedad rara, descrita en 1892 y de naturaleza discutida.

Aparece en general en individuos jóvenes, de 20 a 30 años, sin causa apreciable. Es una tumefacción simétrica de glándulas salivales y lacrimales, evoluciona con lentitud y de marcha crónica, necesita meses y años para hacerse evidente y persiste siempre de volumen moderado. Los dos lados son atacados simultánea y simétricamente. Puede agregarse la hipertrofia de las glándulas palatinas y las glándulas salivales de los labios. La cápsula es respetada siempre, lo que da una movilidad de los planos superficiales y del tumor sobre los planos profundos. Consistencia firme o blanduzca, trastornos funcionales poco considerables, en general de dificultad mecánica; a veces ligera hipertrofia de los ganglios o del bazo.

Nunca se ha observado metástasis o generalización; se la considera una infección crónica de origen indeterminado, probablemente a punto de partida buconasofaríngeo.

Anatómicamente los caracteres son bastante semejantes con los procesos inflamatorios crónicos no específicos a infiltración embrionaria, que rodean los acinis ahogándolos en un primer período, luego se transforman en tejido conjuntivo y la esclerosis invade la glándula, provocando a una verdadera cirrosis de las glándulas salivales y lacrimales.

Se describen síndromes de Mikulicz, tomando sólo las glándulas salivales o lacrimales.

En el caso que relatamos, creemos que los siguientes elementos lo acercan más a un proceso inflamatorio: por haber sido precedido por cuadro inflamatorio agudo con regresiones y empujes, hasta llegar a la forma crónica; por tomar las glándulas salivales parcialmente, no tomando las glándulas lacrimales; por la respuesta terapéutica antiinfecciosa, aunque solo muy discretamente; por la fijeza de las tumefacciones a los planos profundos, más característico de los procesos inflamatorios que del Mikulicz, que siempre respeta la cápsula glandular y por la dureza leñosa más propia de los procesos inflamatorios crónicos. En favor de un síndrome de Mikulicz frustrado, estaría: la imagen radiológica, que no corresponde a los procesos parotídeos agudos ni a las parotiditis recidivantes y la sensibilidad mostrada por tal proceso al tratamiento.

Dr. Andreón. — Los cirujanos generales no tenemos oportunidad de ver gran número de afecciones de las glándulas salivales; es una de las razones que nos lleva a agradecer la comunicación que acabamos de oír.

Es una comunicación interesante desde más de un punto de vista. En primer lugar los autores exponen con sinceridad las dificultades que han tenido para formular el diagnóstico y las dudas que aún tienen en el momento actual, lo cual nos graba el concepto del serio problema que significa el diagnóstico de las afecciones múltiples de las glándulas salivales, que a veces no se resuelve ni siquiera con la biopsia.

En segundo lugar creo conveniente, destacar el estudio radiográfico que se ha practicado, cuyo valor diagnóstico es de toda evidencia, siendo de lamentar que en nuestro ambiente, no se practique en todos los casos de tumores de las glándulas salivales.

Por todas esas razones, se trata de una comunicación de interés y de utilidad. Quiero felicitar a los comunicantes y agradecerles el aporte a la solución del importante problema que significa, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico las tumoraciones múltiples de las glándulas salivales.