

Ectasia bilateral congénita del conducto de Stenon: “el signo del bigote”

Congenital Bilateral Parotid Duct Dilation: “Mustache Sign”

J. Romualdo¹ N. Larrañaga¹ A. Oyarzún¹ G. Espil¹ G. Matzke¹ S. Kozima¹

¹Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Address for correspondence Romualdo Jesica Eliana, Residente, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina (e-mail: jesieli_85@hotmail.com).

Rev Argent Radiol 2018;82:175–177.

Estimada Editora,

Nuestro objetivo es compartir con la comunidad radiológica un caso caracterizado por su infrecuencia, presentación clínica característica y un particular signo imagenológico, que lo hacen verdaderamente interesante.

La ectasia bilateral congénita del conducto de Stenon se presentó en una joven paciente con tumefacciones recurrentes de ambas mejillas ante la masticación. En los estudios de imágenes realizados (sialografía, tomografía computada y resonancia magnética) aparecieron hallazgos que simulan una apariencia de bigote en su morfología.

El conducto de Stenon es el conducto excretor parotídeo, presenta habitualmente una longitud entre 60 y 70 mm y diámetro de 3 mm. Emerge del borde anterior de la glándula, se dirige en sentido anterior sobre la superficie lateral del músculo masetero, contenido en un desdoblamiento de su fascia, perfora el músculo buccinador y la mucosa oral, para emerger a nivel del cuello del segundo molar superior.¹

La dilatación bilateral congénita del conducto de Stenon es una patología benigna infrecuente, con escasos reportes en la literatura; al estar presente en forma bilateral, conforma el “signo del bigote” o del *mustache*, descrito por primera vez en 2013 por Yoruk O. y Kilic K. Kantarci del Hospital Universitario Estatal de Atartürk y Palandöken en Erzurum, Turquía. Puede ser unilateral o bilateral (raro pero más característico). Es de etiología desconocida; pero se atribuye a una displasia parietal ductal, anomalía de las fibras musculares que carecen de motilidad normal, asociada a contracción espasmódica del meato que conduce a estasis salival y ectasia ductal consecutiva.²

Presentamos el caso de una mujer de 34 años que acudió al servicio con historia de 2 años de tumefacciones levemente dolorosas recurrentes ante la masticación en ambas mejillas que cedían a la realización de masajes, que conducía a la

eyección de saliva. La paciente carecía de antecedentes de infecciones parotídeas, enfermedades autoinmunes, HIV, traumatismos, cirugías, extracciones dentarias y negaba maniobras de Valsalva recurrentes.

La tomografía computada (TC), ecografía y resonancia magnética (RM) (►Figs. 1,2 y 3) evidenciaron ambos conductos de Stenon dilatados sin imagen que justifique un origen obstructivo (litiasis, cuerpos extraños, estenosis, pliegues, pólipos, neoplasias o compresión extrínseca). La sialografía (►Fig. 4) mostró ambos conductos sin imágenes por defecto de relleno, permeables, con ectasia bilateral y morfología arrosariada en toda su extensión.

En conjunto, los hallazgos imagenológicos, la morfología que adoptaron ambos conductos y su topografía, conformaron el signo del bigote en referencia a la apariencia que adquirió esta dilatación bilateral del conducto de Stenon. El diagnóstico se basa en la clínica característica y recurrente en ausencia de infecciones, traumatismos, litiasis, estenosis, pliegues, enfermedades autoinmunes, neoplasias o procesos extrínsecos asociados (por ejemplo maniobras de Valsalva recurrentes).³ Los métodos de imagen⁴⁻⁷ son imprescindibles a fin de descartar esas causas frecuentes de obstrucción^{7,8} y dilatación ductal.

Los hallazgos en ultrasonido; la sialografía⁷⁻⁹ con el aspecto arrosariado de ambos conductos, su apariencia en la vista panorámica del paciente, tanto en este estudio como en la TC y la RM, conformando el “signo del bigote,” en presencia de recurrencia de los síntomas ante la masticación, son característicos de esa infrecuente entidad, la cual no debe desestimarse ante la ausencia de otras patologías a fin de evitar tratamientos innecesarios e instaurar el correcto. En referencia a ese último punto, mencionamos el manejo conservador y profiláctico como primera medida, incluyendo masajes, higiene bucal, hidratación y consumo de chicles para estimular la secreción salival. Sin embargo

received
March 1, 2017
accepted
November 9, 2017
published online
July 17, 2018

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0038-1637725>.
ISSN 1853-5844.

Copyright © 2018, Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Thieme Revinter Publicações Ltda., Rio de Janeiro, Brazil. Todos los derechos reservados.

License terms



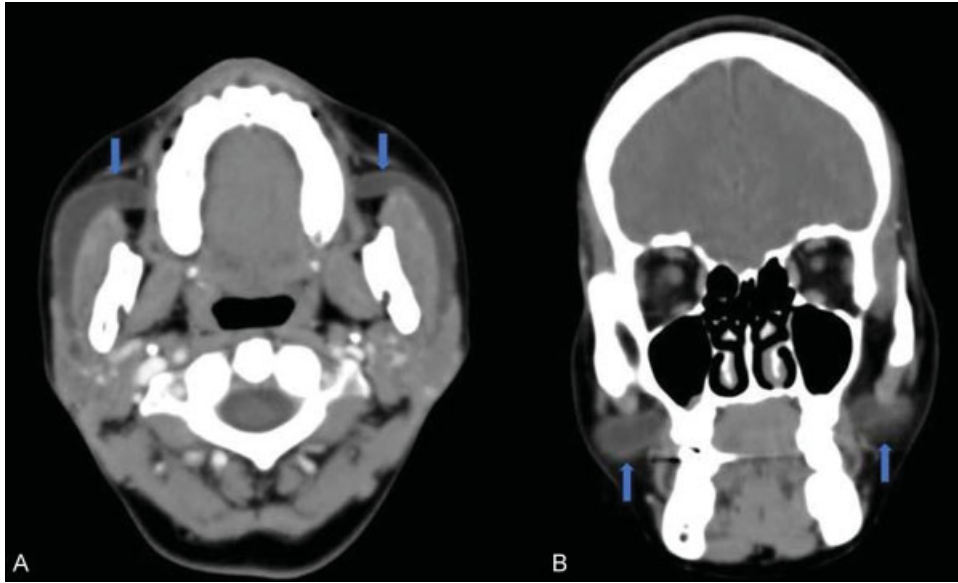


Fig. 1 Tomografía computada donde se aprecian ambos conductos parotídeos dilatados (flechas) sin evidenciarse otras alteraciones que lo justifiquen. (A) Corte axial. (B) Corte coronal.

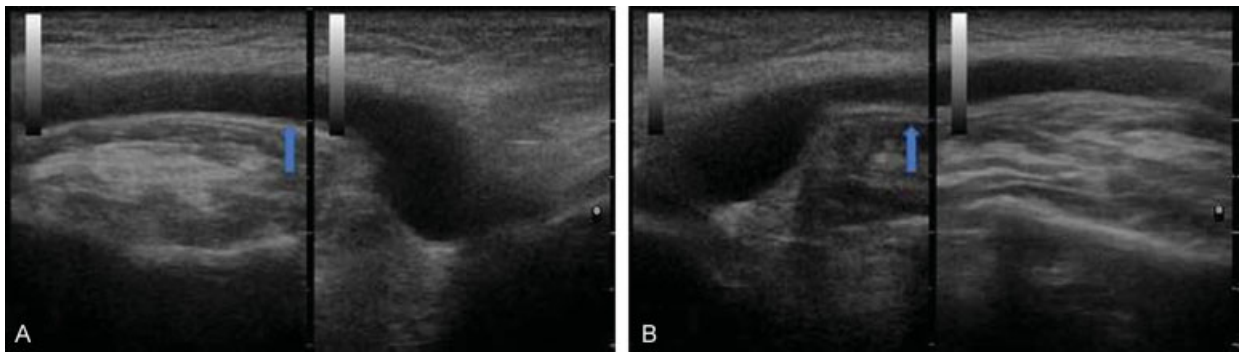


Fig. 2 Ecografía en cortes longitudinales de ambas glándulas parotídeas muestran estructuras tubulares anecoicas (flechas) sin imágenes endoluminales ni extrínsecas asociadas, correspondientes a ambos conductos de Stenon dilatados. (A) Conducto derecho. (B) Conducto izquierdo.

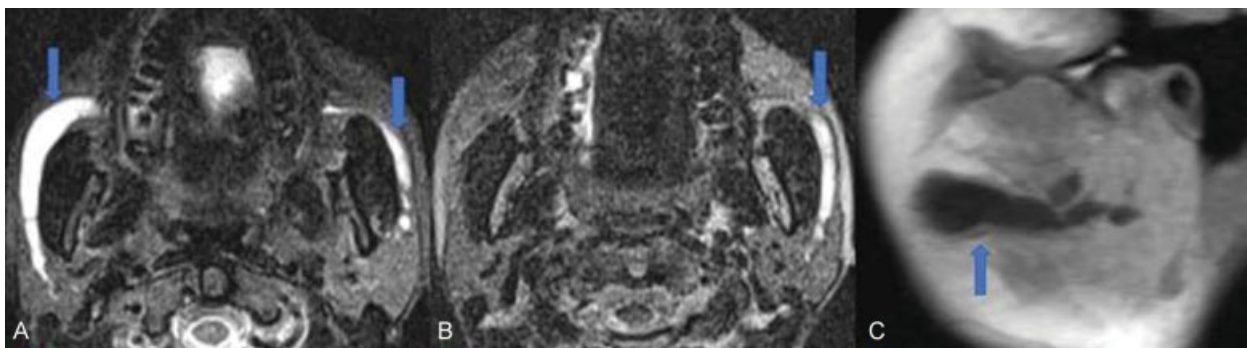


Fig. 3 Resonancia magnética axial ponderada en T2 fat-sat (A y B) y sagital ponderada en T1 (C), muestran la permeabilidad del conducto dilatado (flechas), sin imágenes patológicas asociadas.

para los pacientes con sintomatología recurrente e infecciones a repetición, es recomendable la parotidectomía superficial con escisión del conducto, la marzupialización y la sialoendoscopia como método

diagnóstico y terapéutico prometedor, con la posibilidad de miotomía, colocación de stent y balones que permitan la correcta secreción salival son las distintas opciones terapéuticas disponibles para paliar esa patología.⁷⁻¹⁰

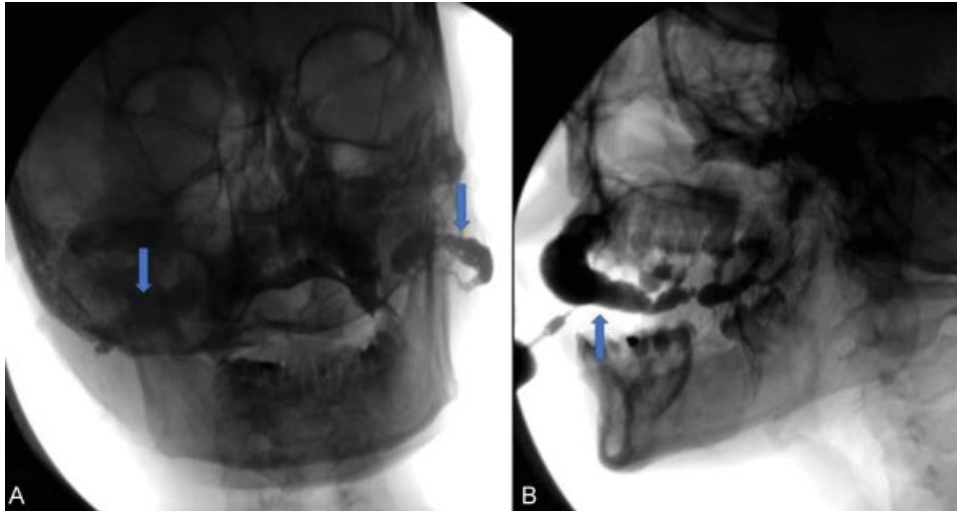


Fig. 4 Sialografía. Morfología arrosariada de ambos conductos, permeables, sin imágenes por defecto de relleno en su interior (flechas) en placa de frente, ligeramente oblicuada (A). Placa de perfil (B), demostrando uno de los conductos en toda su extensión (flecha).

Por último y no menos importante, nos parece pertinente mencionar que el signo del bigote ha sido descrito también en otras dos patologías: fibrosis del disco intervertebral con osificación ligamentosa en espondilitis anquilosante con cifosis e hipertrofia del nervio trigémino.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 Beale T, Madani G. Anatomy of the salivary glands. *Semin Ultrasound CT MR* 2006;27(06):436-439
- 2 Yoruk O, Kilic K, Kantarci M. "Mustache sign" due to Stensen duct dilation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013;116(06):e514-e516
- 3 Han S, Isaacson G. Recurrent pneumoparotid: cause and treatment. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;131(05):758-761
- 4 Kim HC, Han MH, Moon MH, Kim JH, Kim IO, Chang KH. CT and MR imaging of the buccal space: normal anatomy and abnormalities. *Korean J Radiol* 2005;6(01):22-30
- 5 Morimoto Y, Tanaka T, Yoshioka I, Masumi S, Yamashita M, Ohba T. Virtual endoscopic view of salivary gland ducts using MR sialography data from three dimension fast asymmetric spin-echo (3D-FASE) sequences: a preliminary study. *Oral Dis* 2002;8(05):268-274
- 6 Bialek EJ, Jakubowski W, Zajkowski P, Szopinski KT, Osmolski A. US of the major salivary glands: anatomy and spatial relationships, pathologic conditions, and pitfalls. *Radiographics* 2006;26(03):745-763
- 7 Koch M, Iro H, Zenk J. Sialendoscopy-based diagnosis and classification of parotid duct stenoses. *Laryngoscope* 2009;119(09):1696-1703
- 8 Nahlieli O, Nakar LH, Nazarian Y, Turner MD. Sialoendoscopy: A new approach to salivary gland obstructive pathology. *J Am Dent Assoc* 2006;137(10):1394-1400
- 9 Hasson O. Modern sialography for screening of salivary gland obstruction. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68(02):276-280
- 10 Wang Y, Yu GY, Huang MX, Mao C, Zhang L. Diagnosis and treatment of congenital dilatation of Stensen's duct. *Laryngoscope* 2011;121(08):1682-1686