

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

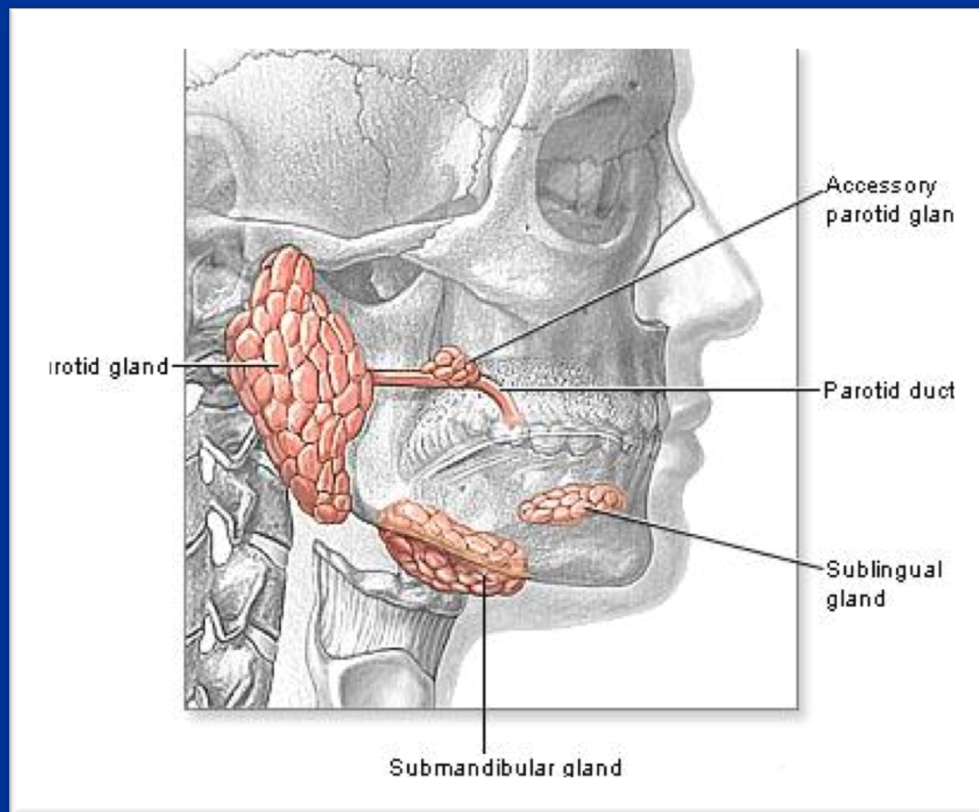
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemitanu"

Catedra Chirurgie OMF și Implantologie orală "Arsenie Guțan"

Fistulele glandelor salivare

Glandele salivare

Glandele salivare sunt glande anexe ale cavitatii bucale fiind grupate in glande salivare principale sau mari, care sunt perechi: glandele parotide, submandibulare si sublinguale; si glande salivare mici sau accesorii.



Fistulele salivare

- Reprezinta cai anormale de scurgere a salivei la mucoasa sau la piele.
- Fistulele salivare cutanate se produc cu totul exceptionnal la glanda submandibulara, niciodata la glanda sublinguala si cel mai frecvent la glanda parotida.
- Pot interesa glanda însăși (fistulele parenchimotoase) sau canalul excretor-fistulele canalului de excreție.

Etiologia



- Traumatismele accidentale ale regiunii parotido-maseteriene sau geniene (in general plagi transfixiante)
- supuratiile glandelor parotide deschise spontan la piele;
- litiaza glandulara complicata cu abces care fistulizeaza la tegumente;
- inflamatii specifice ale glandei parotide abcedate sau ulcerate la piele (TBC, actinomicoza, lues);
- tumori ulcerate.
- Un loc aparte in etiologia fistulelor salivare il ocupa traumatismele operatorii ca: incizii pentru deschiderea supuratiilor de loja parotidiana si , exceptional, de loja submandibulara; prelevari biopsice, operatii pentru mastoida.
- Se produc fistule dupa parotidectomii subtotale cind s-a ligaturat canalul Stenon sau nu s-a realizat o sutura corespunzatoare a plagii, sau s-a renuntat prea devreme la drenaj favorizand formarea unei colectii salivare de staza (salivom), care nu se poate evacua prin canalul natural de excretie, exteriorizindu-se la piele printre firele de sutura.

Simptomatologia

- Fistulele salivare nu provoaca tulburari importante, deranjeaza insa faptul ca saliva se scurge la tegumente, cantitatea fiind mai mare in timpul masticatiei.
- Daca fistulele sunt protejate de un pansament, acesta este in permanenta imbibat cu saliva constituind un element de infirmitate pentru bolnavi.
- Clinic, fistula se prezinta ca un mic orificiu, uneori abia vizibil, alteori infundat sau ascuns de un burjon(mugure granulativ). In fistulele post-traumatice, orificiul fistulos se gaseste de regula in plina cicatrice, fiind mascat de aceasta. Pielea din jurul fistulei poate fi normala sau destul de frecvent prezinta un halou congestiv cu zone macerate sau eczematizate din cauza scurgerii de saliva.

Sediul fistulilor

Fistulele canalului Stenon se găsesc de-a lungul traiectului acestui canal, pe linia care uneste lobul urechii cu aripa nasului (linia Poirier), în regiunea maseterina (fistule maseterine) sau în obraz (fistule geniene).

Fistulele glandulare, parenchimotoase, parotidiene, se deschid la piele retromandibular, în dreptul glandei, subangulomandibular, și în porțiunea posterioară a regiunii maseteriene. Uneori fistula se poate deschide la distanță, spre mastoida sau în regiunea gâtului. Pot exista cazuri cu mai multe orificii fistuloase.

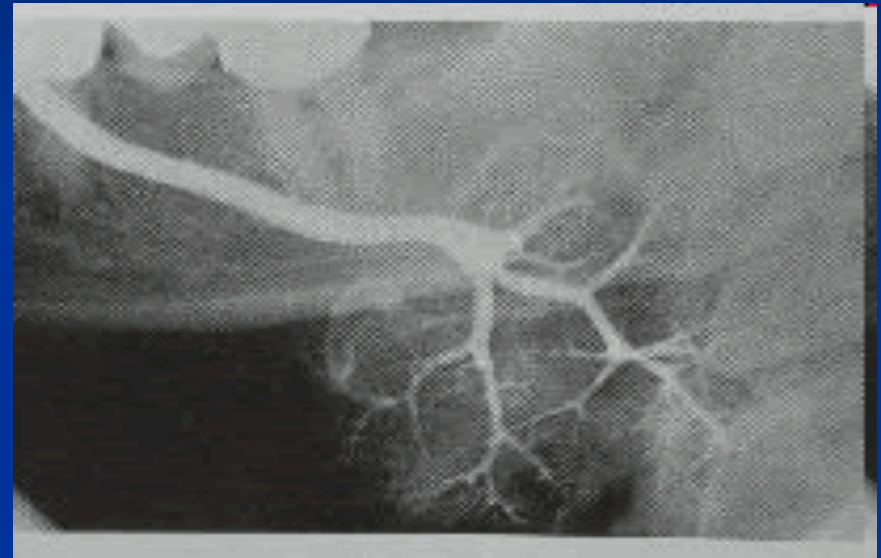
Fistulele glandei submandibulare sunt cu totul exceptionale fiind usor de recunoscut dupa sediu si de regula nu pun probleme deosebite la tratament.



In fistulele parenchimotoase parotidiene cantitatea de saliva care se scurge este mai mica, in timp ce fistula canalului Stenon contine in ea toata saliva secretata de glanda respectiva si care se elimina prin orificiul fistulos, segmentul anterior al canalului fiind nefunctional. In fistulele mai vechi saliva poate fi modificata, turbure sau purulenta datorita suprainfectiei.

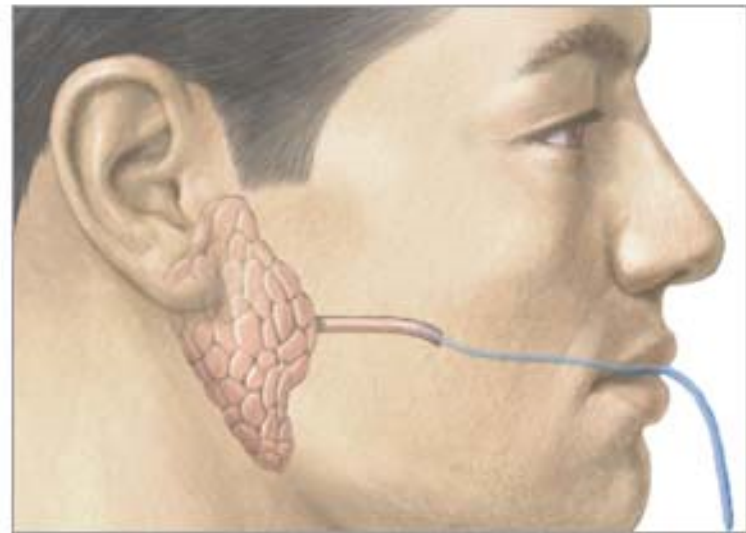


- Sialografia poate constitui un element de diagnostic diferential in precizarea etiologiei fistulei - tumorale sau inflamatorii.



- Fistulografia poate da unele indicatii privind traiectul fistulei. Ea se face prin introducerea unui ac bont de sialografie direct in traiectul fistulos cu iodolipol.

Sialografia arata de obicei o glanda normala sau eventual suprainfectata si pune in evidenta traiectul fistulos in raport cu caile de excretie; substanta de contrast (iodolipoul) se elimina de-a lungul fistulei.



Se inyecta el medio de contraste en el conducto de la glándula salival

Diagnosticul diferential

- Diagnosticul diferential se face cu sindromul Frey datorat, excitatiei reflexe anormale a nervului auriculotemporal; apare la cateva luni dupa supuratiile sau traumatismele parotidiene cel mai frecvent fiind semnalat dupa parotidectomii. Se manifesta prin congestia pielii regiunii parotidiene si eliminarea uneori in cantitate mare, sub forma de picaturi a unui lichid limpede, asemanator cu transpiratia, pe toata suprafata cutanata. Aparitia acestei secretii se produce tot in timpul mesei, dar lichidul nu prezinta caracterele salivei, nu contine ptialina, administrarea de atropina duce la disparitia secretiei, dar congestia persista.

Tratamentul

- Tratamentul profilactic - in plagile regiunii parotideo-maseterine sau geniene, in care este sectionat canalul Stenon, se va cauta identificarea celor doua capete ale canalului, suturarea lor si realizarea unui drenaj filiform prin canal cu ajutorul unor fire de setolina sau nylon . Cele mai bune rezultate se obtin prin introducerea in canalul Stenon pe cale endobucala a unui cateter venos din politen care depaseste zona de sectiune a canalului. Prin aceasta se forteaza eliminarea salivei, se creeaza si un grad de vid tisular in interiorul glandei parotide unde uneori se formeaza un chist de retentie si astfel se favorizeaza alipirea tesuturilor afectate si evitarea spatiilor moarte ,in care se acumuleaza saliva. Tubul de politen sau cateterul venos este lasat pe loc cel putin 3 saptamani.

- In plagile parenchimului glandular, sutura se va face in mai multe planuri, fiind urmata de un pansament compresiv, pentru 7-8 zile care sa impiedice scurgerea salivei prin solutia de continuitate.

Curativ se pot practica:

- suprimarea temporara a secretiei salivare pentru inchiderea spontana a traiectului fistulos: este indicata in special in fistulele mici parenchimotoase. S-au recomandat diverse procedee:
 - aplicarea unei fronde mentoniere sau chiar a unui blocaj rigid al mandibulei urmarind ca prin suprimarea miscarilor mandibulei, sa se impiedice masticatia si prin aceasta sa se scada cantitatea de secretie a parotidei;
 - compresia pe glanda cu bandaj strans mentinut 7-8 zile;
 - radioterapia in doze represorii pentru secretia salivara (600 R);
 - administrarea de substante care inhiba secretia salivara, cum ar fi atropina si tinctura de beladona.

- • cauterizarea traiectului fistulos pentru a provoca o cicatrice scleroasa care sa inchida fistula (termo sau electrocoagularea si cauterizarile chimice cu acid tricloracetic sau azotat de argint 30 %);
- • aplicarea, peste fistula ,a unei pelicule de colodiu (soluție obținută prin dizolvarea nitrocelulozei într-un amestec de eter și alcool și care, prin evaporare, lasă o peliculă aderentă.). care sa impiedice temporar scurgerea salivei si sa favorizeze astfel cicatrizarea tesuturilor la suprafata.

- In fistulele parenchimotoase se poate practica inchiderea chirurgicala a fistulei facandu-se o excizie mica pentru inlaturarea orificiului si sutura, sau , mai bine, excizia traiectului fistulos in profunzime si sutura in doua sau trei planuri urmata de pansament compresiv mentinut 7-8 zile.







- In fistulele canalului Stenon se urmareste crearea unei noi cai de scurgere a salivei in cavitatea bucala sau restabilirea continuitatii canalului. Se poate tenta devierea secretiei salivare prin realizarea unei fistule spre cavitatea bucala prin punctie simpla sau dubla sau implantarea canalului la mucoasa. Aceasta metoda de implantare a canalului la mucoasa este indicata in fistulele anterioare ale canalului Stenon; se elibereaza cu multa dificultate, prin disectia pe cale endobucala sau cutanata, capatul proximal al canalului Stenon, care se implanteaza la mucoasa bucala (neostomie salivara). Daca portiunea de canal descoperita nu este suficient de lunga si nu poate fi adusa la mucoasa, se trec prin capatul sau distal doua fire neresorbabile care se scot la mucoasa jugala, in dreptul molarului doi superior.

- Sutura canalului Stenon se practica in cazurile in care cele doua capete pot fi descoperite si bine eliberate facandu-se sutura lor cu fire subtiri trecute prin lumenul capatului periferic si scoase in cavitatea bucala, realizandu-se astfel un drenaj al salivei, pana la cicatrizarea si restabilirea continuitatii canalului. In aceste cazuri se poate face si sutura termino-terminala a celor doua capete care au fost in prealabil perfect izolate. Drenajul ambelor capete se mentine timp indelungat, pana la restabilirea fluxului salivar.

Suprimarea definitiva a secretiei parotidiene este o metoda de exceptie, la care se va recurge numai in cazurile de fistule parenchimotoase sau ale canalelor de excretie rebele la celelalte tratamente. Aceasta suprimare a secretiei se poate realiza prin mai multe metode si anume:

smulgerea nervului auriculo-temporal pe cale temporală sau a nervului Jacobson (timpanic) pe cale endocraniana. Rezultatele sunt contestabile, existand de asemenea si riscul instalarii sindromului Frey;

parotidectomia totala cu conservarea nervului facial (daca fistula coexista cu paralizia de nerv facial se poate incerca in timpul parotidectomiei, restaurarea prin sutura capetelor nervoase sectionate);

submaxilectomia in fistulele glandei submandibulare care nu s-au inchis prin simpla compresie;

radioterapia in doze sclerozante administrand in principiu 2000 r. Uneori daca dupa aceasta doza nu se obtine scleroza, este necesara administrarea de doze antitumorale sau , mai bine, extirparea glandei in totalitate.