***Sialolitiaza***

***Definitie:***

Sialolitiaza este o boala caracterizata prin formarea de calculi în glandele salivare și în canalele excretorii.

**Frecvenţa:**

* 83% glandele submandibulare
* 17% glanda parotidă
* Cazuri rare în glandele sublinguale şi glandele salivare mici

***Etiologia:***

* Factori morfologici care favorizeaza scurgerea mai lenta a salivei
* F.Functionali-saliva gl.submaxilare fiind bogata in mucus si saruri de Ca
* F.de mediu-frecventa mare in tarile nordice cu climat rece si umed
* F.alimentari-supraalimentatia azotata cu proteine,abuzul de alimente conservate,picante si alcool
* Intoxicatii endo si exogene,fumatul,septicitatea,mediul bucal,trauma.
* Tulburari metabolice generale
* Poliatrita cronica evolutiva

***Patogenia:***

Mecanismul de formare a calculilor nu este suficient cunoscut cu toate ca sunt numeroase teorii ca:

1. T. mecanica a stazei salivare
2. T. precipitarii in jurul unui corp strain
3. T. infectioasa a lui Galippe
4. T. reflexa-calculul se formeaza in jurul microbilor

***Clasificarea calculelor:***

* C. intracananiculari: ovoidali; fusiformi
* C. intraglandulari - neregulat sferici

***Coloratia calculelor:***

* gri
* albicioasa
* galbena
* Bruna

***Compozitia:***

minerale:

1. fosfat de Ca-hidroxiapatita
2. carbonat de Ca
3. rodanat de potasiu
4. magneziu
5. urati
6. Fe
7. materiile organice ocupa partea centrala

***Consistenta calculelor:***

A)dura B)friabila

***Clinica:***

Perioadele:

* latenta
* triada salivar dupa Teodorescu
* colica salivara
* abcesul salivar
* tumora salivara

Glandele salivare si canalele lor excretoare sunt destul de frecvent sediul unor concremenţi litiazici, care provoaca o serie de tulburari, uneori destul de importante. Cel mai frecvent sunt afectate glandele submandibulare iar localizarile parotidiene nu sunt rare, dar mai dificil de evidentiat prin metodele clinice si paraclinice cunoscute. Litiazele glandelor sublinguale si glandelor salivare mici sunt exceptionale. In prezent litiaza salivara este considerata ca o boala cu frecventa mare, mai mica insa decat localizarile renale sau hepatice.

Litiaza submandibulară prezintaîn general o perioadă de latență, în care bolnavii nu au nici o tulburare chiar dacă uneori elimină mici calculi. Ulterior bolnavii prezintă în timpul meselor o usoară durere sub limbă și în regiunea submandibulară, iar dacă se palpează singuri, simt o tumefacție, care dispare repede după masă, fără altă tulburare. In perioada de stază bolnavii prezința dureri, fenomene inflamatorii sau hipertrofie pseudotumorală a glandei bolnave.

*1.****Colica salivara*** - descrisa de Morestin se produce in litiaza canaliculara datorandu-se migrarii calculului si spasmului peretelui canalului, care produce blocajul momentan, dar total al fluxului salivar, cu destinderea brusca a canalului.  
Simptomele colicii salivare sunt mai sterse sau pot lipsi, in cazurile in care calculii sunt localizati in interiorul glandei. Colica salivara este legată de alimentatie, aparand inainte sau in timpul meselor si este favorizata de un flux abundent de saliva. Colica se manifesta prin doua semne clinice caracteristice: durerea si tumora salivara "fantoma", pasagera sau aşa-zisa "hernie salivara".

Bolnavii simt o durere vie in limba si sub planseul bucal, care iradiaza spre ureche. Regiunea submandibulara se tumefiaza repede prin oprirea scurgerii salivei. In cazul in care calculul este angajat pe canalul Warthon, pe langa tumefactia submandibulara apare si o tumefactie in planseul bucal (hernie salivară) prin distensia pereţilor canalului, datorita obstacolului realizat de calcul. Durerea dispare imediat dupa evacuarea unui val de saliva de staza pe care bolnavul il percepe ca fiind mai sarat, dar tumefactia glandei persista cateva ore, sau chiar cateva zile, retrocednad treptat. In timpul crizei bolnavul acuza o uscaciune a gurii si diminuarea senzatiei gustative. Criza dureaza cateva minute, alteori mai mult (pana la o oră) si se repeta, fapt care face pe bolnavi sa aiba frică de apropierea meselor. In intervalul dintre crize examenul clinic poate descoperi: o usoara tumefacţie a regiunii sublinguale, congestia mucoasei sublinguale: caruncula sublinguala proeminenta cu ostiumul intredeschis, congestiv sau chiar ulcerat; la palpare bimanuala se simte glanda marita în volum si, uneori, calculul ca un corp dur, fie in grosimea glandei (litiaza glandulară), fie in regiunea sublinguala (in litiaza canalului Warthon). Prin presiunea exercitata asupra glandei se scurge saliva de aspect normal sau usor tulbure, opalescenta. Migrarea periodica a calculului in timpul colicilor salivare il apropie din ce in ce mai mult de orificiul canalului si astfel poate fi eliminat uneori spontan. De obicei se supraadauga infectia si atunci boala imbraca o alta forma - abces salivar.

* *2.Abcesul salivar* - este o complicatie a litiazei. Uneori poate fi chiar primul semn al unei litiaze submandibulare. Supuratia se dezvolta in glanda si in canalele excretoare, dar poate difuza si in tesuturile vecine (loja sublinguala, submandibularA). Apar semne de inflamatie: dureri vii, febra, tulburari de masticatie si deglutitie, tumefierea inflamatorie a regiunii.  
  In litiaza canalului Warthon, tumefactia se dezvolta endobucal, bomband sub mucoasa hemiplanseului bucal care devine rosie, violacee, edematiata, plica sublinguala imbraca un aspect de creasta de cocos. Prin palpare se simte o impastare a planseului bucal si uneori fluctuenta submucoasa. Se poate percepe de asemenea canalul ingrosat ca un cordon si chiar un calcul. In litiaza glandei sau a portiunii bazinetale intraglandulare a canalului apar semnele de supuratie a glandei si lojei submandibulare. Tumefactia subangulomandibulara si a santului mandibulolingual in dreptul molarilor este insotita de dureri vii, iradiante, in ureche si in limba, trismus moderat si jena in deglutitie. Caruncula sublinguala este edematiata, proeminenta, cu ostiumul intredeschis, congestionat, iar prin presiunea exercitata pe glanda se scurge puroi, semn clinic caracteristic.  
  Netratate supuratiile se pot deschide spontan la mucoasa si mai rar la piele lasand fistule prin care se elimina puroi si uneori chiar calculii.

*.* ***Tumora salivară*** se dezvoltă în urma infecțiilor repetate care duc la transformarea scleroasă a glandei și instalarea unei sialadenite (submaxilită) cronice (forma pseudotumorală). Glanda submandibulară este marită în volum, având o suprafață neregulată, de consistență dură, aderentă de țesuturile vecine și dureroasă la presiune. Endobucal se observă congestia sau ulceratia papilei, prin orificiul canalului se scruge la apasarea pe glanda o picatură de puroi. Uneori se pot elimina chiar mici calculi sub formă de nisip sau noroi salivar. Tulburările funcționale sunt reduse, bolnavii având rareori dureri, de obicei au senzație de greutate sau de apăsare în regiunea sublinguală, accentuatî prin miscările limbii.

**LITIAZA PAROTIDIANĂ**

Este mai rara decat litiaza submandibulara si acest lucru se pune in legatura, pe de o parte cu situatia canalului excretor, care nu ingaduie patrunderea corpilor straini, iar pe de alta parte, cu faptul ca saliva parotidiana este mai saraca in mucina si saruri minerale si este secretata in cantitati mai abundente decat saliva submandibulara.  
Sediul calculului este fie in portiunea maseterina sau jugala a canalului Stenon fie in glanda. In litiaza canalului Stenon se produc colici salivare de mai mica intensitate precum si tumefierea moderata a glandei in legatura cu mesele. Sediul durerii este in obraz sau in regiunea maseterina si iradiaza in ureche. Prin palpare bidigitala endo- si exobucala se poate simti calculul in grosimea obrazului sau un cordon gros care merge in obraz din dreptul celui de al doilea molar superior pana in portiunea anterioara a glandei.

Dacă se alipește infecția, se formează **abcesul salivar** localizat, excepțional doar la nivelul canalului; de obicei se instalează o parotidită supurată, prin infectarea ascendentă a glandei.  
In litiaza glandei parotide nu se produc colici, sau daca se produc, au un caracter atenuat comparativ cu litiaza submandibulară; manifestările clinice apar numai după complicația septică, care evolueaza în puseuri. Prin cronizarea infecției se produce o scleroză parțială sau totală a glandei parotide.  
Glanda apare marită de volum (tumora salivară) de consistență dură, scleroasă, nedureroasă. Cu timpul, în urma unor repetate pusee inflamatorii, se produce scleroza atrofică a glandei.  
Atât în litiaza canalul Stenon, cât și în litiaza glandei, papila canalului de excreție apare la examenul endobucal tumefiată, congestionată, iar la presiunea exercitată pe glandă prin orificiul canalului se elimină salivă tulbure și puroi.

**LITIAZA GLANDEI SUBLINGUALE**

* este excepțională și se confundă adesea cu litiaza canalului Warthon, din cauza raporturilor strănse pe care le are acest canal cu glanda. Ea nu dă tulburări, decat prin complicațiile septice. Se dezvoltă astfel un abces al glandei sublinguale care difuzează repede în țesuturile vecine și bombează sub mucoasă.

**LITIAZA GLANDELOR SALIVARE MICI** este rară, calculul fiind de obicei mic, unic, dimensiunea sa nedepașind 1-3 cm.  
**Diagnostic.**

Diagnosticul litiazei salivare, simple sau complicate se face fara dificultate in majoritatea cazurilor deoarece afectiunea se manifesta prin semne clinice caracteristice.  
Precizarea diagnosticului se face cu ajutorul examenului radiologic și prin explorarea cailor salivare. Se fac cel mai adesea radiografii simple și mai rar sialografii, care sunt contraindicate în fazele acute. Trebuie avut in vedere ca imagini de falsi calculi pot da și alte formatii nodulare calcificate, ca de exemplu: ganglionii calcifiati, fleboliti, miozite calcifiate etc.  
Sialografia are indicatii retranse în litiază. Ea se utilizeaza numai atunci cînd banuim existența unui calcul radiotransparent, în vederea localizarii lui. In litiaza submandibulară sunt recomandate : radiografii simple cu film "muscat" în incidență axială a hemiplanseului bucal pentru a depista calculii situați în canalul Warthon și radiografia glandei submaxilare în incidentâță laterală pentru calculii situați intraglandular.  
In litiaza parotidiană sunt utilizate urmatoarele incidențe: incidența tangențială san antero-posterioară, incidența laterală pentru ramul ascendent (mandibula defilată) precum și radiografia canalului Stenon cu film retrojugal sau vestibulojugal pentru calculii situati in portiunea extraglandulara a canalului. Explorarea cailor salivare se face in afara perioadelor de inflamatie acuta folosind fire de setolina sau nylon, sau cu sonde subtiri de polivinil, care fiind elastice, nu lezeaza peretii canalului si pot detecta contactul cu concretiunea, simtindu-se un obstacol in cateterizare. Sondele metalice nu sunt indicate, existand riscul perforarii canalului sau mucoasei.

**Diagnostic pozitiv**

* Examenul clinic
* Examene complementare ca:
* Catetirismul canalului Wharton sau Stenon
* Examenul bacteriologic a salivei
* Radiografia după Kovalenko și în ocluzie (prezența umbrelor cu contururi clare);
* USG în cazul calculilor neidentificați radiologic
* Sialografie de contrast (defectul ductului cu contur clar după concrement).

***Diagnostic diferential***

1. în colica salivară-dureri de natură odontogenă (pulpite, paradontite apicale, neuralgii faciale)
2. în abces salivar – supurații de natura odontogena - forma unilaterala de oreion - sialodenite acute - chistul mucoid
3. în tumora salivară:

* adenite cronice
* sialodenite cronice specifice și nespecifice
* sialoze
* tumori ale gl. salivare

1. formele fistulizate:

* adenite banale
* tbc fistulizate
* actinomicoza cevicofaciala

***Complicații***

* dilatarea progresiva a canalului salivar
* ulcerarea peretelui canalului de excretie
* ruperea calculocelului sau prin deschiderea spontana a abcesului salivar

**Tratamentul**

**I.Conservator prin procedee medicale**

1. sialogoge-tinctura jabrondi 50-60pic./zi
2. Sialografia-prin dilatarea canalului si lubrifierea peretilor
3. Cateterismul delatator repetat al canalului

**II.Chirurgical-sialolitectomia**

* incizia mucoasei sublinguale de-a lungul canalului
* izolarea cu sonda canelate si exteriorizeaza printr-un fir de matase trecut in jurul sau
* se incizeaza canalul longitudinal
* se inlatura calculul
* se spala placa cu ser fiziologic
* se lasa deschisa