

GHIANDOLE SALIVARI

Le ghiandole salivari di interesse chirurgico sono la parotide, la sottomandibolare, la sottolinguale.

La parotide è contenuta nella regione masseterina: essa invia prolungamenti in profondità verso il faringe, in avanti sopravvenendo il margine posteriore del muscolo massetere, in basso nell'angolo compreso tra la regione sopraioidea e quella sternocleidomastoidea. Il suo dotto escretore è il dotto di Stenone che sbuca nel cavo orale a livello del 2° molare superiore; l'orifizio di tale dotto è situato talora all'apice di una papilla.

La ghiandola sottomandibolare è situata sotto e dietro la branca orizzontale della mandibola a livello dell' incisura facciale. Essa, delle dimensioni di una mandorla, invia una propaggine posteriormente che spesso valica il margine posteriore del muscolo miloioideo, ribaltandosi poi sopra questo in senso anteriore: da questa propaggine fuoriesce il dotto escretore, dotto di Wharton, che quindi decorre con un'ansa aggirante il margine posteriore del muscolo miloioideo e decorrente quindi sopra tale muscolo fino a sbucare nel pavimento della bocca in sede sottolinguale in corrispondenza della caruncola linguale.

La ghiandola sottolinguale è piccola e spesso variamente conformata: il dotto escretore, quando unico, prende il nome di dotto di Rivino.

In condizioni normali la palpazione delle due ghiandole maggiori è irrilevante: tuttavia abbastanza spesso tali ghiandole possono essere ipertrofiche, sempre comunque nell'ambito della normalità, e diventare palpabili.

Ciò avviene nei soggetti in cui si ha una costante stimolazione della secrezione salivare (masticatori di gomma, fumatori, bevitori, ecc.). In tal caso talora, in modo particolare le ghiandole sottomandibolari, creano problemi di diagnosi differenziale, soprattutto quando l'ipertrofia non è simmetrica.

L'assenza di disturbi, la frequente simmetria, la consistenza, la forma, l'assenza di dolorabilità elettiva e, nei casi più dubbi, l'ecografia ed eventualmente la biopsia, sono elementi in grado di chiarire la diagnosi.

Le affezioni salivari di interesse chirurgico sono su base flogistica, litiasica, displastica, neoplastica.

La parotite acuta è sostenuta solitamente dallo stafilococco piogeno aureo. Essa compare di solito in soggetti defedati, nel decorso postoperatorio di interventi gravi, e rappresenta complicanza grave con significati infausti.

La regione masseterina (parotide) si presenta tumefatta di solito monolateralmente: il paziente avverte dolore, talora intenso, ed è febbrile (febbre intermittente). All'inizio la tumefazione è di consistenza dura, la cute è calda, è presente intensa dolorabilità. Successivamente la tumefazione può diventare di consistenza elastica e comparire fluttuazione, quando si verifichi la suppurazione. Lo sbocco salivare si presenta arrossato e si può osservare sgocciolamento di liquido torbido o francamente purulento. La diagnosi differenziale con la parotite epidemica è intuitiva: il dato epidemiologico, la bilateralità, l'assenza di dolore violento, le condizioni generali del paziente.

Meno frequenti i fatti infiammatori acuti a carico delle altre ghiandole salivari.

La scialoadenite cronica può essere la sequela di un fatto acuto oppure può essere tale ab initio. La presenza di una tumefazione di consistenza piuttosto sostenuta, la scarsità di sintomatologia dolorosa può indurre problemi di diagnosi differenziale con il cancro.

Elementi discriminanti sono la lentezza dell'evoluzione, l'eventuale elemento anamnestico, la visualizzazione ecografica e radiologica di calcificazioni nella compagine delle ghiandole, la scialografia. Questa si esegue introducendo un mezzo di contrasto idrosolubile nel dotto escretore interessato per mezzo di un sottile sondino di polietilene. La presenza di tratti substenotici del dotto e l'irregolarità dell'immagine scialografica assieme agli altri elementi citati può indirizzare la diagnosi differenziale.

Le affezioni croniche prediligono la ghiandola sottomandibolare: spesso tuttavia questa può essere interessata secondariamente, per vicinanza, da affezioni flogistiche dei linfonodi sottomandibolari, che sono in intimo contatto con essa, spesso addirittura compenetrandola.

La calcolosi delle ghiandole salivari è quasi esclusiva della parotide e della sottomandibolare.

Il calcolo, costituito di solito da carbonato di calcio, si localizza in un dotto escretore, determinandone ostruzione.

Il paziente di solito riferisce che, accingendosi al pasto, o anche talora quando subisce stimoli olfattivi o visivi inerenti al cibo, compare rapidamente una tumefazione anche notevole in sede masseterina o in sede sottomandibolare, la quale può persistere per un certo tempo e quindi regredire, salvo a ripresentarsi ad un successivo stimolo.

Questo fenomeno può essere accompagnato da vivo dolore, riferito di solito nella sede ghiandolare o in corrispondenza dello sbocco del dotto escretore, “la colica salivare”. Questa peraltro può presentarsi anche senza la tumefazione. Il calcolo infatti, e questa è regola generale della litiasi degli apparati tubulari, non occlude mai completamente il lume, se non temporaneamente per l'edema e lo spasmo che induce.

Quando il calcolo si localizza nei segmenti distali del dotto di Stenone o di Wharton, può essere palpato con manovra bimanuale dall'interno e dall'esterno del cavo orale.

L'esame ecografico e radiografico a vuoto, eseguiti con opportune proiezioni, di solito evidenzia la masserella radiopaca corrispondente al calcolo.

La scialografia è in grado di precisare meglio i caratteri dell'ostacolo e soprattutto la sede, elemento utile ai fini terapeutici.

Le displasie delle ghiandole salivari consistono di solito in formazioni cistiche.

Di queste tipica e più frequente è la cisti della ghiandola sottolinguale, la ranula.

Si presenta come una tumefazione occupante lo spazio sotto-linguale, più o meno affondata nel pavimento della bocca. Ha aspetto liscio e lucente, transilluminabile e alla palpazione bimanuale (endo ed extraorale) di consistenza teso-elastica, spesso fluttuante.

La diagnosi differenziale va posta con altre tumefazioni di questa regione, quali le adenopatie sottomentoniere, formazioni dermoidi o cisti del dotto tiro-glosso, che hanno peraltro un'estrinsecazione verso la regione sopraiodea a differenza della ranula, che si sviluppa prevalentemente sul versante orale.

Le neoplasie delle ghiandole salivari interessano prevalentemente la parotide, meno la sottomandibolare, ancor meno le altre.

La forma più frequente è il cosiddetto tumore misto, definizione impropria basata sull'aspetto istomorfologico contrassegnato da un coacervo di strutture apparentemente varie (connettivali, endoteliali, mucose, epiteliali, linfoidi, ecc.), ma riconducibili tutte ad una particolare metaplasia di elementi epiteliali (adenoma pleiomorfo).

E' un tumore ad evoluzione molto lenta che si accresce fino a raggiungere dimensioni cospicue (spesso mostruose): non è maligno, ma facilmente recidiva in loco, se non si rispettano opportuni accorgimenti chirurgici. Sembra rara la trasformazione maligna.

Nelle fasi iniziali si presenta come una tumefazione sferica delle dimensioni di una nocciola, di consistenza dura, non dolente nè dolorabile, non aderente ai piani superficiali, ma fissa sul piano profondo, rappresentato dalla ghiandola, in cui è immerso. Di solito esso è localizzato negli strati superficiali della parotide e quindi diventa presto evidente all'ispezione; la sede elettiva è fra il trago e l'angolo della mandibola.

In questa fase si può porre il problema differenziale con una tumefazione del linfonodo pretragico.

Questa però oltre ad essere di solito più alta, cioè proprio al davanti del trago, è più mobile rispetto ai piani profondi, la consistenza è meno dura a meno che non si tratti di lesione neoplastica primitiva o metastatica. Se il linfonodo pretragico è tumefatto con caratteristiche infiammatorie, si dovrà ricercarne il motivo nei distretti, di cui raccoglie il drenaggio: regione oculopalpebrale, regione temporo-parietale, meato acustico esterno. In tal caso inoltre il linfonodo è anche dolente e dolorabile, elemento assente nel tumore misto.

L'evoluzione molto lenta e senza disturbi, se non quello estetico, fa sì che il tumore possa raggiungere dimensioni anche enormi. Raramente questa espansione provoca disturbi per compressione di elementi vicini, proprio per l'estrema lentezza dell'accrescimento (molti anni).

Quando questi tumori raggiungono siffatte dimensioni, la diagnosi si fa a prima vista.

Queste considerazioni valgono prevalentemente per la parotide, dove questi tumori sono più frequenti.

Il cancro delle ghiandole salivari ha caratteristiche opposte a quelle del tumore misto: è una tumefazione di forma irregolare, di consistenza molto dura, che aumenta rapidamente di volume e precocemente dà dolori per compressione rapida ed infiltrazione degli elementi circostanti. Per quanto riguarda la parotide, abbastanza precoce è la paralisi del nervo facciale. Com'è noto questo dopo un brevissimo percorso dall'emergenza a livello dell'apofisi stiloidea s'immerge nel tessuto ghiandolare e nel contesto di questo si ramifica. La paralisi del facciale, quando è totale, comporta flaccidità dei muscoli facciali omolaterali e stiramento della rima labiale verso il lato opposto, mancata chiusura della rima palpebrale (lagofalmo) omolaterale, impossibilità di elevare il sopracciglio e scomparsa del corrugamento della fronte, sempre dal lato colpito. Quando la lesione colpisce il nervo dopo la sua suddivisione, potrà verificarsi la paralisi nel territorio inferiore della faccia, importante soprattutto dal lato estetico oppure nel territorio superiore, importante per le lesioni corneali, che la mancanza dell'ammiccamento e della protezione palpebrale comportano. (cheratite).