

**Ricevuto il:**

31 maggio 2010

**Accettato il:**

14 ottobre 2010

**Disponibile online:**

10 dicembre 2010

# Trattamento chirurgico della scialolitiasi gigante intraduttale: casi clinici

## Surgical management of a giant ductal sialolith: case reports

C. Bacci<sup>a,\*</sup>, D. Camilleri<sup>b</sup>, M. Berengo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Dirigente Odontoiatra, Professore a contratto; Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche, Sezione di Clinica Odontoiatrica (Direttore: Prof. G.A. Favero), Azienda Ospedaliera Università degli Studi di Padova

<sup>b</sup> Corso di perfezionamento in chirurgia orale; Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche, Sezione di Clinica Odontoiatrica (Direttore: Prof. G.A. Favero), Azienda Ospedaliera Università degli Studi di Padova

<sup>c</sup> Professore associato; Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche, Sezione di Clinica Odontoiatrica (Direttore: Prof. G.A. Favero), Azienda Ospedaliera Università degli Studi di Padova

**Parole chiave:**

Scialolitiasi gigante  
Calcoli salivari  
Ghiandola  
sottomandibolare  
Dotto di Wharton  
Ghiandole salivari

**Key words:**

Giant sialolith  
Salivary stones  
Submandibular gland  
Wharton's duct  
Salivary glands

**\*Autore di riferimento:**

christian.bacci@sanita.  
padova.it  
(C. Bacci)

**Riassunto**

**Obiettivi:** I casi di scialoliti giganti riportati in letteratura sono pochissimi. Scopo di questo articolo è offrire una revisione della letteratura e di valutare l'efficacia di due differenti trattamenti chirurgici: uno con marsupializzazione del dotto di Wharton sul pavimento della bocca, l'altro con l'ausilio di una cannula di Teflon al fine di mantenere la pervietà duttale.

**Materiali e metodi:** Giungono alla nostra osservazione due pazienti: uno di sesso femminile di 67 anni che manifesta dolore e tumefazione in sede sottomandibolare destra accompagnata da febbre; l'altro di sesso maschile di 51 anni, senza alcun sintomo, ma che avverte la presenza di un corpo estraneo nel pavimento della bocca. Eseguite le indagini radiologiche e confermata la presenza di scialoliti giganti, si è proceduto all'exeresi chirurgica dei calcoli finalizzando gli interventi in maniera diversa: tramite marsupializzazione del dotto nel primo caso e tramite l'inserimento di una cannula in Teflon nell'altro.

**Risultati e conclusioni:** Entrambi i trattamenti si sono dimostrati efficaci e risolutivi.

© 2010 Elsevier Srl. Tutti i diritti riservati.

**Abstract**

**Objectives:** Very few cases of giant sialoliths have been reported in literature. The purpose of this article is to provide a literature review and assess the effectiveness of two different surgical treatments for this condition: one involving marsupialization of Wharton's duct on the floor of the mouth, the other involving the use of a Teflon cannula to maintain the patency of the duct.

**Materials and methods:** The two patients included were a 67-year-old woman who presented with fever and pain and swelling in the right submandibular region and a 51-year-old man, whose only symptom was the sensation of a foreign body in the floor of the mouth. Radiological examinations confirmed the presence of giant salivary gland stones, which were removed. The operations were completed by duct marsupialization in the first case and by placement of a Teflon tube in the second.

**Results and conclusions:** Both treatments proved effective and decisive.

© 2010 Elsevier Srl. All rights reserved.

### CLINICAL IMPLICATIONS

Mantenere la pervietà del dotto ghiandolare dopo la rimozione del calcolo è fondamentale per evitare complicanze postoperatorie. Sia la tecnica con l'utilizzo di una cannula in Teflon sia quella che prevede la marsupializzazione risultano efficaci.

*After the sialolith has been removed, the patency of the duct must be maintained to avoid postoperative complications. This can be effectively achieved with both the techniques reported (Teflon tube insertion and duct marsupialization).*

## Introduzione

Per scialolitiasi si intende la presenza di concrezioni calcificate (calcoli) nei dotti escretori o nel parenchima delle ghiandole salivari. La sintomatologia consiste in dolore (colica salivare) e tumefazione intermittente della ghiandola, cui fa seguito un quadro di scialodochite (infiammazione del dotto escretore) e scialoadenite (flogosi della ghiandola) cronica con tumefazione permanente.

È stato stimato che circa 12 individui su 1000 sono affetti da scialolitiasi ogni anno; questa patologia è di gran lunga la più frequente a carico delle ghiandole salivari e rappresenta oltre il 50% di tutte le malattie delle ghiandole salivari [1].

La scialolitiasi si manifesta prevalentemente a carico della ghiandola sottomandibolare (80-95%), mentre solo nel 5-20% colpisce la parotide. È di raro riscontro a carico della ghiandola sottolinguale e delle ghiandole salivari minori (1-2%) [1,2]. La scialolitiasi può insorgere a qualsiasi età, ma si presenta con maggior frequenza nei maschi in terza-sesta decade di età [3,4], mentre è rara in età prepuberale [5,6].

I calcoli possono avere dimensione e peso estremamente variabili: si va da dimensioni inferiori al millimetro per arrivare a calcoli che raggiungono i 70 mm, mentre il peso può arrivare a superare i 90 grammi [5]. I calcoli di dimensioni inferiori a 10 mm rappresentano l'88% e solo il 7,6% supera 15 mm. Vengono classificati come calcoli giganti quelli che superano 15 mm di lunghezza o il grammo di peso [5].

Dal punto di vista clinico, i calcoli possono apparire rotondi od ovoidali, lisci o ruvidi e di colore giallastro. Sono costituiti principalmente di fosfato di calcio con piccole quote di carbonati in forma di idrossiapatite, nonché piccole quantità di magnesio, potassio e ammonio. I calcoli sottomandibolari sono costituiti per l'82% da materiale inorganico e per il restante 18% da materiale organico, a differenza di quelli parotidici che presentano il 49% di materiale inorganico e il 51% di materiale organico [3].

Si distinguono calcoli duttali (85%) e intraghiandolari (15%): questi ultimi non causano ostruzione del flusso salivare, per cui tendono a rimanere silenti per molti anni fino a raggiungere dimensioni notevoli. Viceversa, i calcoli duttali sono spesso sintomatici perché creano coliche salivari, in occasione dell'aumento del flusso salivare, come durante i pasti [5]. Se un dotto escretore ha la capacità di dilatarsi e permettere il passaggio di saliva nonostante la presenza di un calcolo, verosimilmente questo potrà accrescersi in maniera asintomatica e diventare un calcolo gigante intraduttale [7].

Il meccanismo di formazione dei calcoli non è del tutto noto. Si sa però che le seguenti tre condizioni risultano necessarie: ristagno salivare, presenza di nucleo iniziale e precipitazione di sali minerali [2].

Fattori predisponenti sono l'instaurarsi di processi flogistici, l'introduzione di corpi estranei e traumi fisici al dotto o al suo orifizio, che possono favorire il formarsi di un nucleo iniziale di accrescimento [8] (costituito da mucine salivari alterate, cellule epiteliali

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3136046>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3136046>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)