



Cirugía endoscópica de las glándulas salivales

S. Vergez, B. Vairel, C. Chossegras, G. De Bonnecaze, F. Faure

Las técnicas de cirugía endoscópica de las glándulas submandibular y parótida han modificado considerablemente el tratamiento de las patologías salivales obstructivas e inflamatorias crónicas. La exploración endoscópica de los conductos salivales, a menudo bajo sedación, incluso con anestesia tópica, puede proporcionar el diagnóstico de litiasis, de estenosis ductal o de otro tipo. En estas situaciones, se puede realizar un tratamiento quirúrgico endoscópico. En las sialoendoscopias intervencionistas, a menudo bajo anestesia general, se realiza la dilatación de las estenosis y la resección de litiasis, en ocasiones tras su fragmentación. El auge de las técnicas quirúrgicas endoscópicas salivales reduce la realización de parotidectomías y submandibulectomías en estas situaciones inflamatorias, donde la morbilidad de estos procedimientos, sobre todo de tipo nervioso, es mayor.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Sialoendoscopia; Patología salival obstructiva; Parotiditis; Submandibulitis; Litiasis salival; Estenosis salival; Litotricia

Plan

■ Indicaciones: patologías salivales obstructivas	1
Reseñas anatómicas y fisiológicas	1
Sialoendoscopia diagnóstica	1
Sialoendoscopia (terapéutica) intervencionista	2
■ Instrumental de sialoendoscopia	2
Endoscopios	2
Instrumental intervencionista específico	4
■ Técnica quirúrgica: sialoendoscopia diagnóstica	4
Dilatación papilar	4
Acceso retropapilar del conducto de Wharton	5
Sialoendoscopia diagnóstica parotídea y/o submandibular	5
■ Técnica quirúrgica: sialoendoscopia intervencionista	6
Dilatación de estenosis, tratamiento endoscópico de sialodocitis	6
Extracción endoscópica litíásica	6
Fragmentación litíásica intraductal con láser	7
Fragmentación litíásica por litotricia extracorpórea	7
■ Vías combinadas	8
Acceso quirúrgico del conducto	8
Extracción combinada endoscópica y endobucal de litiasis submandibulares enclavadas	8
Extracción combinada endoscópica y transyugal de litiasis parotídeas enclavadas	9
■ Complicaciones	9

■ Indicaciones: patologías salivales obstructivas

Reseñas anatómicas y fisiológicas

La sialoendoscopia se puede realizar en dos de las tres glándulas salivales principales: la parótida y la glándula submandibular.

La glándula parótida está compuesta mayoritariamente por acinos serosos y la saliva que produce se dirige por el conducto parotídeo (conducto de Stenon) a la papila. El conducto mide 6 cm de largo por 2 mm de diámetro. Su trayecto no es rectilíneo y realiza una doble curva al rodear el borde anterior del músculo masetero.

Por su parte, la glándula submandibular produce una saliva seromucosa, lo que unido a la orientación ascendente de su conducto de excreción (conducto de Wharton) explica la mayor proporción de litiasis en esta glándula en comparación con la parótida.

El conducto submandibular mide 7 cm de largo por 2-3 mm de diámetro. Su papila es mucho más difícil de identificar que la papila del conducto de Stenon [1].

Sialoendoscopia diagnóstica

Los síntomas de tipo hernias/cólicos parotídeos o submandibulares o incluso las infecciones agudas recidivantes de estas glándulas pueden justificar en su manejo una exploración endoscópica en busca de una etiología.

Cuadro 1.

Clasificación endoscópica «LED»: litiasis (L), estenosis (E) y dilatación (D) (según [3]).

Clasificación «LED»	Diagnóstico endoscópico	
Litiasis	L0	Ausencia de litiasis
	L1	Litiasis flotante
	L2a	Litiasis fija, totalmente visible, menor de 8 mm
	L2b	Litiasis fija, totalmente visible, mayor de 8 mm
	L3a	Litiasis fija parcialmente visible, palpable
	L3b	Litiasis fija parcialmente visible, no palpable
Estenosis	E0	Ausencia de estenosis
	E1	Estenosis focal en diafragma
	E2	Estenosis única del conducto principal
	E3	Estenosis múltiples del conducto principal
	E4	Estenosis generalizadas
Dilatación	D0	Ausencia de dilatación
	D1	Dilatación única
	D2	Dilataciones múltiples
	D3	Dilataciones generalizadas

La patología obstructiva salival predominante corresponde a la patología litiasica. Sin embargo, la sialoendoscopia puede permitir el diagnóstico de otras afecciones del conducto (sialodocitis por estenosis) o incluso de patologías sistémicas con expresión salival (sialosis) [2].

La evaluación presialoendoscópica todavía depende de las costumbres de cada escuela y, para la mayoría de los equipos, la sialoendoscopia es una prueba complementaria de pleno derecho que se utiliza precozmente en la evaluación de una sialoadenitis crónica obstructiva. Estos mismos equipos realizan la sialoendoscopia diagnóstica clásicamente después de efectuar una ecografía.

Se ha publicado una clasificación internacional de los diagnósticos de litiasis, estenosis y dilataciones «LED» (Cuadro 1) [3].

Para algunos autores, la sialoendoscopia terapéutica puede asociarse en el mismo tiempo quirúrgico, lo que requiere conocer con precisión si existe una o varias litiasis, sus dimensiones, localización y forma. De este modo, los datos de un estudio más amplio con pruebas de imagen (tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [RM]) guiarán la programación de una sialoendoscopia diagnóstica e intervencionista, asociada en ocasiones a una vía combinada, y también permitirán adaptar la elección de las modalidades anestésicas [4].

Es importante señalar que la sialoendoscopia no se realiza en el contexto de una infección aguda. La inflamación local y el edema hacen que los conductos salivales sean fácilmente hemorrágicos, lo que dificulta la posibilidad de realizarla y, sobre todo, disminuye su eficacia. Por tanto, se recomienda «enfriar» el episodio agudo con un tratamiento médico antes de plantear la exploración sialoendoscópica.

Sialoendoscopia (terapéutica) intervencionista

La patología obstructiva salival diagnosticada idealmente mediante pruebas complementarias preoperatorias se confirma con el primer tiempo de sialoendoscopia diagnóstica y después se trata en la misma intervención durante el tiempo de sialoendoscopia intervencionista [5].

Extracción/fragmentación de litiasis

La extracción estrictamente endoscópica de una litiasis puede realizarse con una sonda de cesta o incluso con una pinza de prensión [6, 7]. Sin embargo, la extracción endoscópica requiere que el eje menor de la litiasis tenga unas dimensiones adecuadas al diámetro del conducto para que no quede enclavada en éste. La forma de la litiasis también es importante para la extracción endoscópica. Una litiasis oblonga será más fácil de extraer por las vías naturales ductales que una litiasis esférica cuyo diámetro sea mayor de 3 mm.

La fragmentación intraductal con láser (holmio o tulio) o mediante litotricia extracorpórea puede facilitar la extracción fragmentada de una litiasis voluminosa y/o enclavada [2]. Otra opción terapéutica consiste en realizar primero una identificación sialoendoscópica de la litiasis, la evaluación de su tamaño y la confirmación de su enclavamiento que impide cualquier extracción endoscópica exclusiva, tras lo que se asocia una fragmentación o una vía combinada endobucal transyugal guiada por la transluminación [8, 9].

Dilatación de estenosis ductal

Una estenosis única concéntrica puede atravesarse y dilatarse por el paso del sialoendoscopio, que en ocasiones se facilita por el uso de una guía metálica. En ocasiones, se puede realizar una dilatación focal mediante la colocación de un balón a nivel de una estenosis infranqueable con el sialoendoscopio. Por último, en el marco de estenosis difusas, distales, la irrigación a presión con suero fisiológico (algunos autores añaden corticoides y anestésicos tópicos) puede proporcionar un alivio sintomático a los pacientes [10].

Irrigación abundante intraductal y drenaje glandular

La irrigación continua es indispensable en todos los procedimientos de sialoendoscopia. Esto optimiza la visualización con la óptica y dilata el árbol salival. Es posible añadir corticoides y anestésicos tópicos al suero fisiológico inyectado [11].

Los efectos de la dilatación papilar, asociada a una irrigación abundante, permiten un drenaje de la saliva espesa retenida, responsable de la formación de tapones mucosos. La mejoría sintomática es considerable en las parotiditis recidivantes juveniles [12, 13], pero también en otras situaciones de sialodocitis, como después de una sialoadenitis aguda o incluso en la enfermedad de Sjögren, así como después de la radioterapia (yodo 131) [14, 15].

Instrumental de sialoendoscopia

Endoscopios

La exploración del árbol salival mediante visión directa se realizó por primera vez en la década de 1980, gracias a la utilización de un endoscopio flexible ultrafino [16].

Con posterioridad, la sialoendoscopia no ha dejado de beneficiarse de los avances tecnológicos en términos de miniaturización y de calidad óptica, que ofrecen en la actualidad una amplia gama de sialoendoscopios asociada a un abundante instrumental específico [17].

Sialoendoscopios flexibles

Son los primeros endoscopios que se utilizan para la exploración de las glándulas salivales. Estos endoscopios provistos de una sola fibra óptica son muy finos (0,8 mm) [18]. Su direccionamiento, a pesar de la presencia de codos o de bifurcaciones ductales, parece fácil [19].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805834>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805834>

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