



Lesión postraumática del conducto parotídeo. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Óscar Mora-Rincones,* Julio Corona-Rodríguez,** Ronald Torres-Labardini**

RESUMEN

El trauma penetrante a nivel facial puede lesionar importantes estructuras anatómicas. El trauma en la región de la glándula parótida puede incluir no sólo la glándula en sí misma, sino también múltiples estructuras anatómicas adyacentes. A pesar de que esta clase de heridas son poco comunes, requieren de un adecuado diagnóstico y tratamiento, que de no ser llevados a cabo de la manera correcta, darán paso a la aparición de complicaciones como lo es una fístula salival a nivel facial.

Palabras claves: Glándula salival, conducto de Stensen, fístula salival.

SUMMARY

The facial penetrating trauma can injure key anatomic structures. Trauma to the parotid gland area can injure not only the gland itself but many adjacent anatomic structures. These kinds of injuries are not very common, but require a very careful diagnosis and treatment, that if it is not performed in the right way can yield complications like cutaneous salivary fistula.

Key words: Salivary gland, Stensen's duct, salivary fistula.

INTRODUCCIÓN

El trauma penetrante en la región facial puede lesionar estructuras anatómicas importantes.^{1,2} El traumatismo en la región parotídea puede incluir no sólo a la glándula y al conducto, sino también, estructuras adyacentes como ramas del nervio facial, estructuras vasculares como la arteria facial transversa, el conducto auditivo externo y la articulación temporomandibular.^{1,3,4} Las causas más comunes

de lesión del conducto parotídeo incluyen lesiones por armas punzocortantes, fragmentos de botellas, vidrios en accidentes automovilísticos, heridas por arma de fuego, ulceraciones por litos de gran tamaño y lesiones iatrogénicas secundarias a procedimientos quirúrgicos.^{1,2,5}

Van Sickels y Alexander⁶ clasificaron las lesiones del conducto parotídeo desde el punto de vista anatómico. Las heridas pueden separarse en tres áreas: área A, que incluye a las lesiones próximas al borde posterior

* Profesor Titular del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad de Carabobo, Venezuela.

** Residente del cuarto año. Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:

Julio Corona-Rodríguez

UNAM. Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. DEPEI. Circuito Institutos, s/n. Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

Teléfono: 005215543590764 Correo electrónico: coroleft@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

del músculo masetero; área B, que corresponde a las lesiones del conducto parotídeo mientras éste realiza su recorrido de manera superficial sobre el músculo masetero, y en el área C, las lesiones del conducto ocurren anteriores al músculo masetero. El conducto parotídeo es más susceptible de ser lesionado en su trayecto sobre el músculo masetero (área B).⁵⁻⁷

A pesar de que las lesiones del conducto de Stensen son poco frecuentes, su reconocimiento e inmediata reparación son de gran importancia para prevenir la aparición de complicaciones posteriores como son la formación de sialoceles, fistulas salivales cutáneas o quistes del conducto salival.^{1,2,4,5,7} Se han empleado múltiples técnicas para el manejo de estas complicaciones con diferentes grados de éxito.

En este reporte, presentamos un caso de una fistula salival postraumática del conducto parotídeo, reparado sobre un catéter de silicón con la respectiva revisión de la literatura.

REPORTE DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 40 años de edad, quien sufre un traumatismo penetrante en la hemicara izquierda con un fragmento de una botella de vidrio. Pocas horas después de este evento, el paciente es ingresado en un hospital local debido a una hemorragia profusa. En la Sala de Emergencias, la hemorragia es controlada y la herida es suturada de manera superficial sin valoración de las estructuras anatómicas profundas, posteriormente el paciente es egresado del hospital. Quince días después del incidente, el paciente se presenta al consultorio del primer autor, refiriendo como queja principal: «me escurre saliva a través de mi mejilla izquierda». A la exploración física, se encuentra una herida suturada que se extiende desde la región temporal izquierda, que cruza la región maseterina y se dirige hacia la zona ángulo mandibular del lado izquierdo, con drenaje de saliva a través de la piel (*Figura 1*). No había compromiso del nervio facial, así como tampoco dolor espontáneo ni provocado. Intraoralmente no había flujo salival proveniente del conducto de Stensen.

Se propuso entonces la reparación quirúrgica del conducto de Stensen. La cirugía fue llevada a cabo bajo anestesia local para lo cual se removieron las suturas, se reabrió la herida y se irrigó con solución salina al 0.9%. El cabo proximal del conducto se localizó mediante una aguja de Tuohy modificada (ATM) (*Figura 2a*), éste fue disecado y se canalizó por medio de un catéter de silicón, el cual se introdujo dentro del conducto aproximadamente

1.5 cm (*Figura 2b*). Luego, de manera intraoral y con previa dilatación de la papila parotídea, se introdujo la aguja Tuohy modificada para localizar la porción distal del conducto seccionado (*Figura 3a*). El segmento del catéter de silicón colocado en la porción proximal del conducto se colocó sobre la aguja Tuohy modificada y, de esta manera, fue traccionado intraoralmente (*Figuras 3b y 3c*), uniendo ambos segmentos (*Figura 4*). La permeabilidad del conducto reparado fue verificada al obtener flujo salival en el cabo distal del catéter (*Figura 5*). Finalmente, los tejidos alrededor del catéter fueron reapproximados y suturados por medio de cuatro puntos de sutura simples de seda 3-0, el resto de los planos profundos fueron suturados con vycril 4-0 y el plano superficial con nylon 5-0. El segmento distal del catéter fue fijado a los dientes adyacentes a la zona. El drenaje fue removido 10 días después, sin evidencia de fistula salival a nivel cutáneo y con salida de saliva intraoralmente.

DISCUSIÓN

Las laceraciones faciales son heridas comunes.⁸ No obstante, las heridas en la glándula parótida y en su conducto son relativamente raras.^{7,9} Lewis y Knottenbelt¹⁰ encontraron que de los pacientes vistos en una Unidad de Trauma, en un periodo de seis meses, sólo el 0.21% tenían lesiones a nivel parotídeo, con una incidencia de formación de fistulas cutáneas salivales en pacientes con conductos parotídeos no reparados de 37%. Hasta el momento, múltiples alternativas de tratamiento han sido propuestas para el manejo de las fistulas salivales cutáneas. Los tratamientos no quirúrgicos para las fistulas salivales consisten básicamente en suprimir la función de la glándula para promover el cierre de la fistula. Landau y Stewart⁹ proponen un manejo conservador que consiste en restringir la ingesta vía oral, administrar un antisialógeno, colocar un vendaje compresivo y mantener al paciente por medio de soporte intravenoso de soluciones por cinco días. Parekh et al.¹¹ reportaron dos modalidades de tratamiento conservador en dos grupos diferentes con fistulas parotídeas y sialoceles. Un grupo recibió nutrición parenteral por cinco días, propantelina y vendajes compresivos; el otro grupo no recibió alimentos por vía oral hasta la resolución del sialocele o la fistula. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente de su secuela, con una media de tiempo para la resolución de la fistula parotídea de 14.6 días. Los pacientes del primer grupo sanaron de manera más rápida que los del segundo grupo.



Figura 1. Herida suturada con saliva que fluye a través de la misma.



Figura 3a. Dilatación de la papila y ubicación de la porción distal del conducto seccionado.



Figura 2a. Aguja de Tuohy modificada que ha sido insertada en el cabo proximal del conducto de Stensen. Se aprecia la saliva saliendo en la porción distal de la aguja.



Figura 3b. La porción del catéter de silicón fuera de la porción proximal del conducto es colocado sobre la aguja de Tuohy modificada.

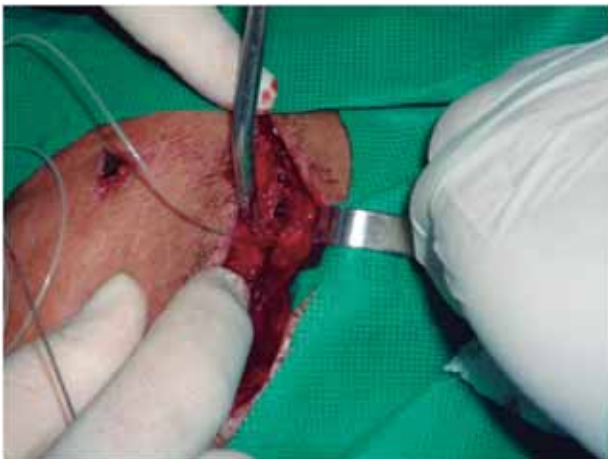


Figura 2b. Catéter de silicón introducido aproximadamente 2 cm dentro de la porción proximal del conducto seccionado.



Figura 3c. Catéter de silicón de tracción intraoral.



Figura 4. Catéter de silicón (flecha) funcionando como guía para unir los cabos del conducto seccionado.



Figura 5. Flujo salival normal a través del catéter de silicón.

El manejo quirúrgico de las fístulas parotídeas crónicas debe ser considerado posterior al fallo del manejo conservador.⁵ El principal objetivo debe ser el restablecimiento de la continuidad del conducto, por lo que se han propuesto varias técnicas para este propósito: catéteres intraorales y cierre cutáneo, por ejemplo;⁶ la escisión primaria de la fístula y la colocación de un catéter desde el defecto hasta la cavidad bucal por 10 días para redireccionar el flujo salival es también una alternativa de tratamiento.¹² Doctor y otros⁵ propusieron la derivación intraoral de una isla elíptica de piel alrededor de la fístula, restableciendo de esta manera el flujo salival intraoralmente. La identificación y ligadura de la porción proximal del conducto podría ser el siguiente paso.^{1,4,6} Otra opción descrita es la neurectomía timpánica, especialmente para el tratamiento de fístulas salivales crónicas; los resultados de este tipo de procedimientos han sido inconsistentes debido a la reinervación y/o resección parcial de las fibras nerviosas.¹³ Otros tratamientos más agresivos incluyen parotidectomía superficial o inclusive total.¹ Ananthakrishnan y Parkash¹⁴ han reportado parálisis facial permanente en dos de cuatro pacientes que recibieron parotidectomías para el tratamiento de fístulas salivales crónicas. En algunas oportunidades, se ha sugerido radioterapia para inducir la fibrosis glandular y el cese de la producción de saliva; no obstante, esto no es recomendado debido a los bien conocidos efectos locales adversos de la radioterapia.⁶ Ananthakrishnan¹⁵ propuso el reemplazo completo del conducto de Stensen por un autoinjerto de vena; sin embargo, él mismo no recomienda este procedimiento debido a la dificultad técnica para realizarlo. Una reciente modalidad de

tratamiento conservador ha sido propuesto para las fístulas salivales, mediante la infiltración de toxina botulínica en el parénquima glandular.¹⁶ Breuer y colaboradores¹⁷ reportaron dos casos de fístulas salivales exitosamente tratados con esta técnica. Se han propuesto múltiples alternativas de tratamiento para el manejo de las fístulas salivales, con diferentes grados de éxito. Concluyen los autores que no hay razón para esperar que se desarrolle la fístula salival, sino que se debería realizar una valoración exhaustiva de la región parotídea si ésta se ve afectada, con el fin de reconocer si existen lesiones del conducto parotídeo a fin de evitar complicaciones ulteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steinberg M, Herrera A. Management of parotid duct injuries. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99: 136.
2. Ghoreishian M, Gheisari R. Parotid duct repair with suturing and anastomosis using tissue adhesive, evaluated by sialography: An experimental study in the dog. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 1191.
3. Van Sickels J. Management of parotid gland and duct injuries. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2009; 21: 243.
4. Lewkowicz A, Hasson O, Nahlieli O. Traumatic injuries to the parotid gland and duct. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 676.
5. Doctor V, Raffi A, Enepekides, Tollefson T. Intraoral transposition of traumatic parotid duct fistula. *Arch Facial Plast Surg* 2007; 9: 44.
6. Van Sickels J, Alexander J. Parotid duct injuries. *Oral Surg* 1981; 52: 364.
7. White J. Primary repair of parotid duct injuries. *J Natl Med Assoc* 1950; 42: 233.
8. Canosa A, Cohen M. Post-traumatic parotid sialoceles: Report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57: 742.

9. Landau R, Stewart M. Conservative management of post-traumatic parotid fistulae and sialoceles: a prospective study. *Br J Surg* 1985; 72: 42.
10. Lewis G, Knottenbelt JD. Parotid duct injury: Is immediate surgical repair necessary? *Injury* 1991; 22: 407.
11. Parekh D, Glezerson G, Stewart M, Esser J, Lawson HH. Post-traumatic parotid fistulae and sialoceles. *Ann Surg* 1989; 209: 105.
12. Demetriades D, Rabinowitz B. Management of parotid sialoceles: a simple surgical technique. *Br J Surg* 1987; 74: 309.
13. Chadwick SJ, Davis WE, Templer JW. Parotid fistula: current management. *South Med J* 1979; 72: 922.
14. Ananthakrishnan N, Parkash S. Parotid fistulas: a review. *Br J Surg* 1982; 69: 641.
15. Ananthakrishnan N. Vein graft repair of a chronic parotid duct fistula. *J Oral Maxillofac Surg* 1983; 41: 266.
16. Ellies M, Laskawi R, Rohrbach-Volland S, Arglebe C. Up-to-date report of botulinum toxin therapy in patients with drooling caused by different etiologies. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 454.
17. Breuer T, Ferrazzini A, Grossenbacher R. Botulinum toxin A as treatment of traumatic salivary gland fistulas. *HNO* 2006; 54: 385.