

Medicina Interna

Manejo Conservador de Pseudoquiste Salival Parotídeo Post-Traumático. Reporte de un Caso.

Dr. Juan Carlos Rodríguez Delgado - Médico Radiólogo del Hospital Alcívar

Dr. Pedro Toledo Matamoros - Otorrinolaringólogo del Hospital Alcívar

Dr. Carlos Valle Ochoa - Médico Radiólogo, Jefe del Dpto. de Imágenes del Hospital Alcívar

Dra. Marjorie Hinojosa Dueñas - Médico especialista en Patología clínica

Dr. Marthin David Habib. Médico residente Hospital Alcívar

Resumen

Las lesiones en la región bucal pueden llevar a múltiples complicaciones debido a su compleja anatomía. El nervio facial y el conducto parotídeo pueden ser fácilmente heridos por golpes fuertes o traumatismos penetrantes de la mejilla.

La lesión del conducto parotídeo es en general pasada por alto, especialmente en entornos de múltiples lesiones. En consecuencia, rara vez son reportadas en la literatura. El tratamiento de estas lesiones es muy controvertido. Series cortas y estudios de casos anecdóticos reclaman el éxito con diversos enfoques, tales como tratamiento no quirúrgico, ligadura del conducto proximal con o sin medicamentos antisialorreicos, la reparación primaria con microcirugía, la creación de la fístula sialoplastia usando mucosa oral y la sustitución de injerto venoso.

Presentamos un método conservador que los autores ideamos, con el objetivo de drenar y mantener funcional el conducto de Stenon, en un paciente masculino que presentó pseudoquiste salival derecho, como complicación del desgarro de la parte distal de este conducto, por trauma maxilofacial, causado por accidente automovilístico.

Palabras Clave: Conducto Parotídeo, pseudoquiste salival, heridas de avulsión.

Summary

Injuries in the mouth can lead to multiple complications due to its complex anatomy. The facial nerve and parotid duct can be easily injured by blows or trauma penetrating the cheek.

Parotid duct injury is generally overlooked, especially in settings of multiple injuries. Consequently, they are rarely reported in the literature. The treatment of these injuries is very controversial. Short series and anecdotal case studies claim success with various approaches, such as non-surgical treatment, proximal duct glide with or without antisialagogues medication, primary repair with microsurgery, the creation of the fistula, sialoplasty using oral mucosa and replacement of the graft veins.

We present a conservative approach that the authors of this revision devised, with the aim of draining and maintaining functional Stenson's duct in a male patient who presented a right salivary pseudocyst, as a complication from a tear of the distal part of the duct in a maxillofacial trauma caused by a car accident.

Keywords: parotid duct, pseudocyst salivary, avulsion injuries

Introducción

Los traumatismos constituyen, a nivel mundial, la décima primera causa de muerte para todas las edades.(1)

En los accidentes automovilísticos las lesiones de la cabeza, cara y médula cervical se observan en 75% de las víctimas.(2)

La incidencia de los traumatismos faciales es muy alta, debido a que la cara está expuesta y además posee escasa cobertura de protección. Afectan predominantemente a pacientes jóvenes del sexo masculino. Su etiología generalmente es consecuencia de un accidente de tránsito, otras causas son los accidentes domésticos y caídas, especialmente en niños y ancianos, las agresiones, accidentes laborales, mordeduras y armas de fuego.(2)

El trauma maxilofacial afecta los tejidos blandos y tejidos duros faciales, y compromete a la piel, el cuero cabelludo, la región frontal, la región orbitaria, la región geniana y cigomática, la región nasal, la región labial y la región mandibular.

En el manejo de las heridas de los tejidos blandos de la región maxilofacial se siguen los principios generales de tratamiento especializado; el manejo no se concentra únicamente en el cierre de las heridas para prevenir infecciones y mejorar la estética, sino que incluyen procedimientos dirigidos a restaurar la forma y la función.(3)

En caso de traumatismos maxilofaciales se procede a examinar la cara mientras se realizan los estudios de los diferentes sistemas de acuerdo con las normas establecidas para la atención inicial del paciente politraumatizado.

La base del diagnóstico de la mayor parte de los traumatismos faciales depende de una buena historia clínica y de un examen físico completo.

Continúa el estudio radiográfico completo que debe ser efectuado aunque el estudio clínico haya demostrado una fractura obvia y permita sugerir un tratamiento adecuado. Es indispensable para la evaluación del paciente que presenta traumatismos de la cabeza y la cara. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia reemplaza al examen clínico, que sigue siendo el indicador más sensible del traumatismo facial.

Las estructuras media y superior de la cara se observan con mayor precisión con la TAC. obteniéndose imágenes en planos transversales y reconstrucciones multiplanares coronales y sagitales, además de reconstrucciones tridimensionales. Si la lesión es grave, se realiza TAC de cráneo y macizo facial en primera instancia.

Posterior a la estabilización del paciente y al diagnóstico se realiza el tratamiento de heridas, tejidos blandos y tejido óseo, es en este momento cuando debe explorarse y buscar lesiones del conducto de Stenon o de la rama bucal del nervio facial, en especial si las heridas en la cara cruzan el tercio medio facial.

Cuando constatemos una lesión del conducto de Stenon se debe proceder a su reparación inmediata para evitar la formación de fístulas y quistes salivales que posteriormente pueden llegar a condicionar la exéresis de la parótida.

La parótida es la glándula salival de mayor tamaño, produce el 45% del total de saliva, la cual es principalmente serosa. El conducto de Stenon es el conducto excretor parotídeo, tiene una longitud aproximada de 6 cm, nace del borde anterior de la glándula, atraviesa el músculo masetero, perfora el músculo buccinador y la mucosa oral. Se abre en la boca a nivel del cuello del segundo molar superior. Posee relaciones anatómicas importantes con el nervio facial, espacio parafaríngeo y ramas de la arteria carótida externa.(4)(5)

En la evolución y resultado final del trauma maxilofacial influyen factores importantes, tales como la edad, el estado general del paciente, la presencia de enfermedades concomitantes, la complejidad de las fracturas, así como la idoneidad del profesional que las trate y la técnica quirúrgica que utilice.

Aunque los traumatismos de los tejidos blandos y huesos de la cara rara vez son urgencias quirúrgicas, el tratamiento temprano y preciso disminuye la posibilidad de desfiguración facial permanente y de limitaciones funcionales graves.

Descripción del Caso Clínico

Paciente masculino de 35 años de edad, procedente de la provincia de Manabí, lugar donde ocurrió el accidente de tránsito tipo colisión frontal, recibiendo primeros auxilios, estabilización hemodinámica y sutura primaria inmediata de múltiples heridas superficiales y profundas.

Acude luego de 24 horas de lo ocurrido a la consulta particular de este centro hospitalario por presentar dolor moderado y deformidad facial predominantemente de la hemicara derecha, que es el lugar donde se encontraba el 90% de las heridas, tanto superficiales como profundas.



Fig. 1. Foto en que se observa las múltiples cicatrices y deformidad en la hemicara derecha.

El paciente es ingresado a este hospital, se le realizan exámenes clínico y físico, además de valoración de las áreas de inervación del facial, sin encontrar alteración neurológica central ni periférica, también se le supervisaron las múltiples heridas suturadas, especialmente la de mayor profundidad, tipo avulsión, de aproximadamente 6 cm, que se localizaba en el tercio medio de la cara y se extendía desde la comisura labial derecha hasta aproximadamente el borde anterior de la rama ascendente derecha del maxilar inferior, cabe recalcar, que no fue posible realizar una valoración óptima de la integridad del conducto de Stenon, debido a gran edema facial.

Posteriormente se realizaron estudios de laboratorio, los cuales no demostraron cambios hemodinámicos, también se realizaron radiografías de columna cervical, TAC de cerebro y macizo facial, observando fractura del hueso malar derecho y presencia de varios fragmentos óseos en el espesor de los tejidos blandos, los cuales muestran marcado engrosamiento, debido a la presencia de heridas recientemente suturadas.



Fig. 2

Fig. 3

Imágenes de tomografía computada en coronal y axial, en la que se observa fractura del hueso malar y de la pared externa del seno maxilar derecho con hemoseno y presencia de varios fragmentos óseos en los tejidos blandos profundos de la mejilla.

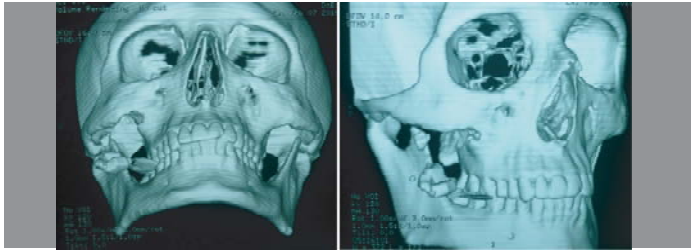


Fig. 4

Fig. 5

Reconstrucciones tridimensionales de tomografía computada, en la que se observa fractura del hueso malar y maxilar superior derecho y presencia de varios fragmentos óseos.

El paciente es ingresado para observación, luego de 48 horas se observa mejoría parcial del edema facial y del dolor, por lo que es dado de alta.

A los 14 días se le realiza nueva valoración, observando al examen físico una tumoración de consistencia blanda, indolora, de aproximadamente 3cm por 5 cm, de bordes definidos y regulares, localizada en el espesor de los tejidos blandos de la mejilla derecha, acompañado de moderado edema facial y de múltiples cicatrices de heridas.

Se le realiza RMN y valoración ecográfica observando colección líquida localizada en el espesor de los tejidos blandos de la mejilla, se realiza punción bajo guía ecográfica, obteniendo 20cc. de líquido cristalino, espumoso, se le realiza estudio físico y químico encontrando los siguientes valores: Densidad: 1,015, pH 9,0, glucosa: 81 mg/dl, proteínas: 0,3 g/dl, LDH: 68 U/L, leucocitos: 425 por mm³, valores compatibles con un trasudado, lo que sugiere secreción salival.

Luego de cuatro horas de realizada la punción se forma otra vez la tumoración antes descrita, verificando su llenado a través de control ecográfico, confirmando el diagnóstico de pseudoquiste salival por desgarro traumático de la parte distal del conducto de Stenon.

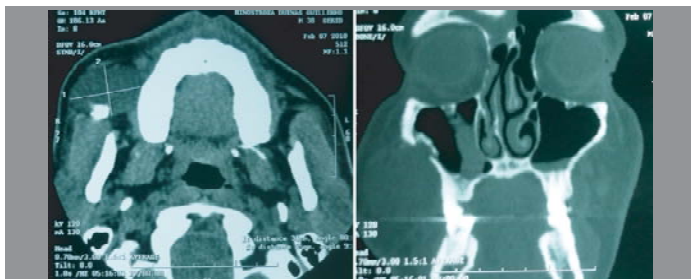


Fig. 6

Fig. 7

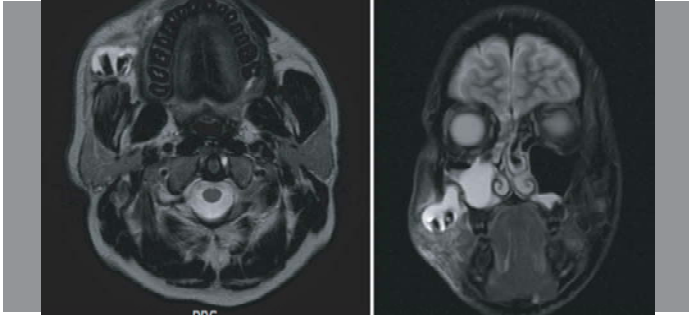


Fig. 8

Fig. 9

Imágenes de TC (figuras 6 y 7) y RMN en secuencias T2 (figuras 8 y 9) en planos transversal y coronal se observa colección líquida en el espesor de los tejidos blandos de la mejilla, en su interior se observan pequeños fragmentos óseos.



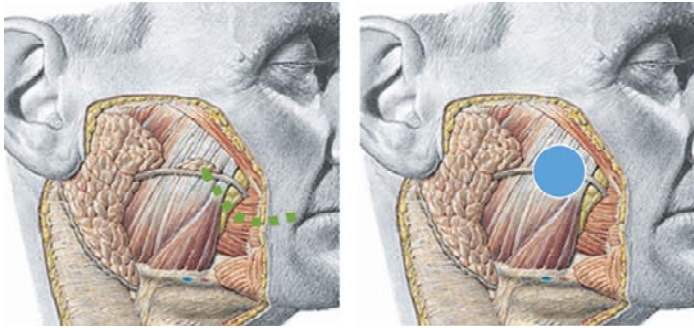
Fig. 10

Fig. 11

Control ecográfico luego de 4 horas posterior a punción y aspiración de la colección líquida en la mejilla derecha, demuestra el nuevo acumulo de líquido.

Realizado el diagnóstico se procede a realizar exploración del conducto mediante aguja de sialografía, encontrándose oclusión a aproximadamente 1cm, del orificio de desembocadura; se observa durante una semana, y se administra anticolinérgicos (Buscapina) esperando que se produzca remisión espontánea del pseudoquistes. Pero al no haber cambios, persistir la deformidad de la cara y para prevenir complicaciones (infección local, formación de abscesos o dolor intenso por estasis salival) se consideraron dos conductas terapéuticas:

- 1) La posibilidad de una cirugía reconstructiva del conducto, explicándole al paciente los riesgos por sus relaciones anatómicas en especial con el nervio facial y la glándula parótida.
- 2) Ideamos un método conservador, no descrito en la literatura, que consistía en lograr el drenaje permanente del pseudoquistes salival y la creación de una fístula entre este y el extremo distal del conducto mediante la colocación de un catéter.



Tomadas del ATLAS DE NETTER

Fig. 12

Fig. 13

En la figura 10 con puntos rojos se señala esquemáticamente el sitio de la herida de tejidos blandos y desgarro del conducto parotídeo y en la figura 11 el acumulo de saliva en el espesor de los tejidos blandos

Este método conservador es el que se relata a continuación:

- Se localizó y canalizó el conducto parotídeo desde su orificio natural de desembocadura en la boca, con catéter de venoclisis de poliuretano # 22 luego se punciona el pseudoquiste salival, visualizando salida espontánea de saliva a través del catéter.

- Se procede a fijar el catéter a la mucosa de la cavidad bucal mediante suturas simples con material no absorbible (SEDA). (Este procedimiento fue realizado en dos ocasiones posteriores debido a la salida accidental del catéter, siendo inmediatamente recolocado)

El catéter permaneció durante dos meses, luego de lo cual fue retirado, dejando creado trayecto fistuloso permanente desde el pseudoquiste hasta el extremo distal del conducto parotídeo, logrando el drenaje y la consecuente no acumulación de saliva en el espesor de los tejidos blandos de la mejilla.



Fig. 14 Foto luego de colocación y fijación del catéter con suturas en el orificio de desembocadura del conducto parotídeo derecho.

Discusión

Aunque los traumatismos de los tejidos blandos y huesos de la cara rara vez son urgencias quirúrgicas, el tratamiento temprano y preciso disminuye la posibilidad de desfiguración facial permanente y de limitaciones funcionales graves. (1)

Las lesiones en la región bucal de la cara pueden llevar a múltiples complicaciones debido a la compleja anatomía que se encuentra en su interior. El nervio facial y el conducto parotídeo pueden ser fácilmente heridos por fuerza o por un traumatismo penetrante de la mejilla.

Cuando se constata una lesión del conducto de Stenon se debe proceder a su reparación inmediata para evitar fistulas salivales en la superficie de la piel o en la mucosa de la boca. (2)

Las lesiones del conducto de Stenon son raras y se asocian a menudo con parálisis del nervio facial. Estas lesiones por lo general pasan desapercibidas en la evaluación inicial del paciente politraumatizado. (2)

El tratamiento de estas lesiones es muy controvertido. Series cortas y estudios de casos anecdóticos reclaman el éxito con diversos enfoques.

Uno es la recanalización, utilizada en casos agudos o posteriores al trauma, en la que se localiza los dos extremos, cateterizándolos con un tubo fino, y suturados con un hilo de 10/0, ayudados por gafas lupa. El extremo distal se localiza metiendo una sonda por la desembocadura bucal (a nivel del segundo molar superior) mientras que el extremo proximal se manifiesta exprimiendo la glándula parótida y viendo cómo sale una gota de saliva por la herida. Se coloca un catéter de venoclisis en el conducto y se sutura con 2 ó 3 puntos. El tubo permanecerá unas dos semanas (10-14 días). Si la reparación del conducto no es posible deberá desviarse el muñón proximal a la boca.

Debe evitarse la ligadura del conducto, utilizada como forma de tratamiento de la parotiditis crónica recurrente, por provocar atrofia glandular, porque ocasiona estasis salival, extremadamente dolorosa, y puede provocar infección local y formación de un absceso. (4) (5)

Una revisión de la etiología y el manejo de los casos existentes de las lesiones de la glándula parótida obtenidos a partir de revistas y búsqueda en internet indican cerca de 70 casos, de los cuales el asalto fue responsable de casi el 90% de casos. Más de la mitad de los pacientes (54%) fueron manejados por los métodos conservadores y con el uso de anticolinérgicos. El drenaje quirúrgico externo se llevó a cabo en aproximadamente 44% de los casos, junto a la reducción de la ingesta y a las aspiraciones. (6)

Hay autores que reparan este daño a través de la marsupialización del conducto parotídeo a nivel del pseudoquiste. Los bordes de la abertura del conducto proximal y el pseudoquiste se suturan a la mucosa oral, y dejan un drenaje intraoral pequeño en el pseudoquiste para prevenir el colapso y formación de abscesos. El drenaje lo retiran después de 5 días. (7)

Aunque la ligadura del conducto de Stenon está reportado que ha dado resultados positivos, los autores prefieren una reconstrucción más anatómica de esta estructura siempre que sea posible. (8)

Una novedosa técnica de sialoplastia con la mucosa bucal o colgajo pediculado la describen ciertos autores como otra medida alternativa. (9)

También hay descripciones sobre el uso exitoso de un injerto de vena retrógrada con la formación de un conducto para la reconstrucción traumática del conducto de Stenon, ayudándose con la colocación de un stent de silicona durante 8 semanas. En el cual el examen sialográfico muestra buenos resultados funcionales después de la operación sin estenosis.(10) (11)

Conclusiones

1. El paciente con trauma facial debe ser evaluado y tratado inicialmente de acuerdo a las normas establecidas para la atención del paciente politraumatizado.
2. La mayoría de las heridas de los tejidos blandos pueden ser cerradas en forma primaria, y el tratamiento temprano y preciso disminuye la posibilidad de desfiguración facial permanente y de limitaciones funcionales graves. Tener en cuenta, no obstante, la posibilidad de que existan lesiones asociadas de elementos nobles.
3. La inspección y la palpación son de vital importancia y deben ser realizadas en forma ordenada y detallada, siempre sospechar en lesión del nervio facial y del conducto parotídeo en lesiones del tercio medio de la cara.
4. La cirugía de la glándula parótida es una conducta terapéutica de alto riesgo por la presencia del nervio facial, por lo que es importante considerar métodos alternativos no quirúrgicos como el relatado, ya que este es un procedimiento de menor complejidad.
5. Nuestra técnica no pretende reparar el conducto parotídeo, el objetivo es lograr el drenaje de la saliva del pseudoquiste hacia el conducto de Stenon (distal) temporalmente (2 meses) a través del catéter, y luego permanentemente a través de trayecto fistuloso.
6. El procedimiento es tan sencillo que nos ha sorprendido no encontrarlo descrito en la literatura internacional al realizar la búsqueda bibliográfica previa a la puesta en marcha de nuestro proyecto.
7. Recordar: Primero la vida, luego la función y después la forma.

Bibliografía

1. Causas más frecuentes de muertes en el mundo. www.who.int

2. Traumatismo facial grave. [www. Urgenciauc.com](http://www.Urgenciauc.com)
3. Traumatismos maxilofaciales. [www. Medynet](http://www.Medynet).
4. Desgarro del Conducto de Stenon. Asociación Médica Argentina. www.ama-med.org.ar
5. Van Siclès JE. Management of parotid gland and Duch injuries. *Oral Maxillofacial Surg Clin North Am.* 2009 May; 21(2):243-6.
6. Akinbami BO. Traumatic diseases of parotid gland and sequelae. Review of literature and case reports.. *J Clin Pract Níger.* 2009 Jun; 12 (2):212-5.
7. Monfares A, Ortiz J, Roller C. Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Distal parotid duct pseudocyst as a result of blunt facial trauma. Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305, USA.
8. Edkins O, Van Lierop Ac, Fagan JJ, Lubbe DE. Peroral drainage of post-traumatic sialocoeles: report of three cases. *J. Laryngol. Otol,* 2009 aug; 123(8): 922-4.
9. Raveenthiran V. Reconstruction of traumatically avulsed parotid duct using buccal mucosa flap: report of a new technique. *J. Trauma,* 2008 sep;65(3):732-5
10. O Heymans, Nelissen X, M Médot, Fissette. Departamento de Cirugía Plástica y Cirugía Máxilo-facial, CHU Sart Tilman, Lieja, Bélgica. Microquirúrgica de reparación del conducto de Stensen utilizando un injerto de vena de interposición. *J Reconstr Microsurg.* 1999 Feb; 15 (2):105-7; discusión 107-8
11. CC Liang, Jeng SF, MC Yeh, YT Liu, Kuo VR. Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Reconstrucción de defectos traumáticos conducto de Stensen utilizando un injerto de vena como un conducto: dos informes del caso. *Chang Gung Memorial Hospital, Taiwán.* 2004 sep; 53 (3): 299-300.