

Manejo conservador de pseudoquiste salival parotídeo postraumático. Reporte de un caso

Juan Carlos Rodríguez Delgado ⁽¹⁾, Pedro Toledo Matamoras ⁽²⁾, Carlos Valle Ochoa ⁽¹⁾,
Marjorie Hinojosa Dueñas ⁽³⁾

Resumen

Debido a su compleja anatomía, las lesiones en la región bucal pueden llevar a múltiples complicaciones. Si bien 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) y rara vez es reportada en la literatura. El tratamiento de estas lesiones genera controversias, ya que series cortas y estudios de casos anecdóticos reportan su efectividad desde diversos enfoques (el tratamiento no quirúrgico, la 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).

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

Palabras clave. Conducto Parotídeo. Heridas de avulsión. Pseudoquiste salival.

Abstract

Conservative management of post-traumatic parotid salivary pseudocyst. A case report.

Given the complex anatomy of the mouth, injuries occurring in this region can result in multiple complications. 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 antisialogogue medication, primary repair with microsurgery, the creation of the fistula sialoplasty using oral mucosa and vein graft replacement.

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

Keywords. Parotid duct. Avulsion injuries. Salivary pseudocyst.

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 el 75% de las víctimas ⁽²⁾. Esta incidencia de los traumatismos faciales es muy alta, debido a que la cara está expuesta y posee escasa cobertura de protección. Además, afectan predominantemente a pacientes jóvenes del sexo masculino y su etiología, en general, es consecuencia de accidentes de tránsito. Otras causas son los accidentes domésticos y caídas (especialmente en niños y ancianos), las agresiones, los accidentes laborales, las mordeduras y las armas de fuego ⁽²⁾.

El trauma maxilofacial afecta los tejidos blandos y duros faciales, y compromete a la piel, el cuero cabelludo y las regiones frontal orbitaria, geniana y cigo-

mática, nasal, labial y mandibular.

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

En el 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 para la mayor parte de los traumatismos faciales depende de una buena historia clínica y un examen físico completo. Continuar el estudio radiográfico completo (el cual debe ser efectuado aunque el estudio clínico haya demostrado una

(1) Médico especialista en Imagenología

(2) Médico especialista en Otorrinolaringología

(3) Médico especialista en Patología clínica

Departamento de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Alcívar, Guayaquil-Ecuador.

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Rodríguez Delgado -
dr_jcrodriguez@hotmail.com

Recibido: marzo 2011; aceptado: julio 2011

Received: march 2011; accepted: july 2011

©SAR-FAARDIT

fractura obvia) permite sugerir un tratamiento adecuado y es indispensable para la evaluación del paciente que presenta traumatismos de cabeza y cara. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia éste 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 tomografía computada (TC), obteniendo imágenes en los planos transversales y reconstrucciones multiplanares coronales y sagitales, además de las reconstrucciones tridimensionales. Si la lesión es grave, se realiza TC de cráneo y macizo facial en primera instancia.

Luego de la estabilización del paciente y del diagnóstico, se realiza el tratamiento de heridas, tejidos blandos y tejido óseo. Es, en ese momento, que se debe explorar 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 constatamos 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 y produce el 45% del total de saliva (la cual es principalmente serosa). El conducto de Stenon es el conducto excretor parotídeo y tiene una longitud aproximada de 6 cm: nace del borde anterior de la glándula, atraviesa el músculo masetero y perfora el músculo buccinador y la mucosa oral. Se abre en la boca, a nivel del cuello del segundo molar superior, y posee relaciones anatómicas importantes con el nervio facial, el espacio parafaríngeo y las ramas de la arteria carótida externa ^(4,5).

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

Si bien 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.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 35 años de edad, procedente de la provincia de Manabí, Ecuador -lugar donde ocurrió el accidente de tránsito (colisión frontal)-. Allí, recibió primeros auxilios, estabilización hemodinámica y sutura primaria inmediata de múltiples heridas superficiales y profundas. Luego de 24 horas, acudió a la consulta particular de este centro hospitalario por presentar dolor moderado y deformidad facial predominantemente de la hemicara derecha (lugar donde se



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

encontraba el 90% de las heridas superficiales y profundas) (Fig.1).

El paciente fue ingresado al hospital y se le realizó examen clínico y físico (además de la valoración de las áreas de inervación del facial), sin encontrar alteración neurológica central ni periférica. Asimismo, se 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 resaltar que no fue posible realizar una valoración óptima de la integridad del conducto de Stenon debido a un gran edema facial.

Posteriormente, se realizaron estudios de laboratorio (que no demostraron cambios hemodinámicos) y también se llevaron a cabo radiografías de columna cervical, TC de cerebro y macizo facial. Allí, se observaba una fractura del hueso malar derecho y la presencia de varios fragmentos óseos en el espesor de los tejidos blandos. Estos mostraban marcado engrosamiento debido a la presencia de heridas recientemente suturadas (Figs. 2 y 3).

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

A los 14 días, se le realizó una nueva valoración y se observó, al examen físico, una tumoración de consistencia blanda e indolora, de aproximadamente 3 x 5 cm, con bordes definidos y regulares, localizada en el espesor de los tejidos blandos de la mejilla derecha. Estaba acompañada de un edema facial moderado y múltiples cicatrices faciales.

Se le realizó RM y valoración ecográfica, distinguiendo una colección líquida localizada en el espesor de los tejidos blandos de la mejilla (Fig. 4 a y b). Por este motivo, se llevó a cabo una punción, bajo guía ecográfica, de la cual se obtuvieron 20 cc de líquido cristalino y espumoso. El estudio físico y químico arrojó los valores siguientes: densidad: 1.015, pH 9.0,



Fig. 2: Imágenes de TC en coronal (a) y axial (b) en las que se observan la fractura del hueso malar y de la pared externa del seno maxilar derecho con hemoseno y la presencia de varios fragmentos óseos en los tejidos blandos profundos de la mejilla.

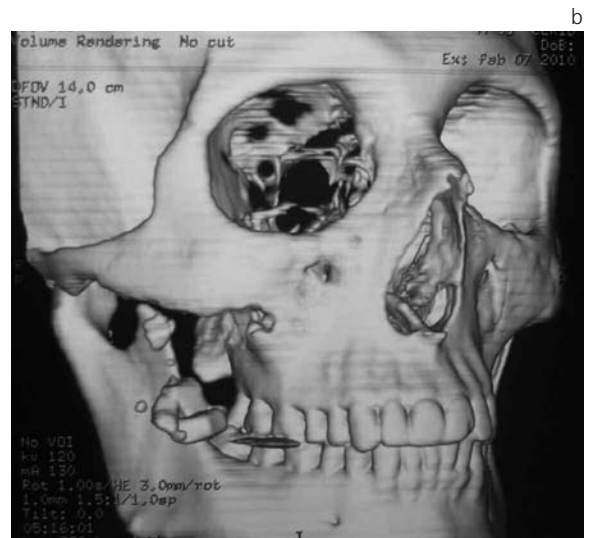


Fig. 3 (a) y (b): Reconstrucciones tridimensionales de TC, en las que se observan fractura del hueso malar y maxilar superior derecho y presencia de varios fragmentos óseos.

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).

A las 4 horas de realizada la punción, se formó otra vez la tumoración antes descrita, verificando su llenado a través de control ecográfico. Se confirmó el diagnóstico de pseudoquiste salival por desgarramiento traumático del segmento distal del conducto de Stenon (Figs. 4 c-d y 5).

Realizado el diagnóstico, se procedió a realizar una exploración del conducto mediante aguja de sialografía y se encontró una oclusión a 1 cm aproximadamente del orificio de desembocadura. Se observó durante una semana y se administró anticolinérgicos (Buscapina®), esperando que se produjera la remisión

espontánea del pseudoquiste. Sin embargo, al no haber cambios y al persistir la deformidad de la cara, se consideraron dos conductas terapéuticas para prevenir complicaciones (infección local, formación de abscesos o dolor intenso por estasis salival):

- 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 pseudoquiste salival y la creación de una fístula entre éste y el extremo distal del conducto mediante la colocación de un catéter. El método conservador es el que se relata a conti-



Fig. 4: Imágenes de TC (a) (b) y RM en secuencias T2 (c) (d) en planos transversal y coronal en las que se observa una colección líquida en el espesor de los tejidos blandos de la mejilla; en su interior se notan pequeños fragmentos óseos.

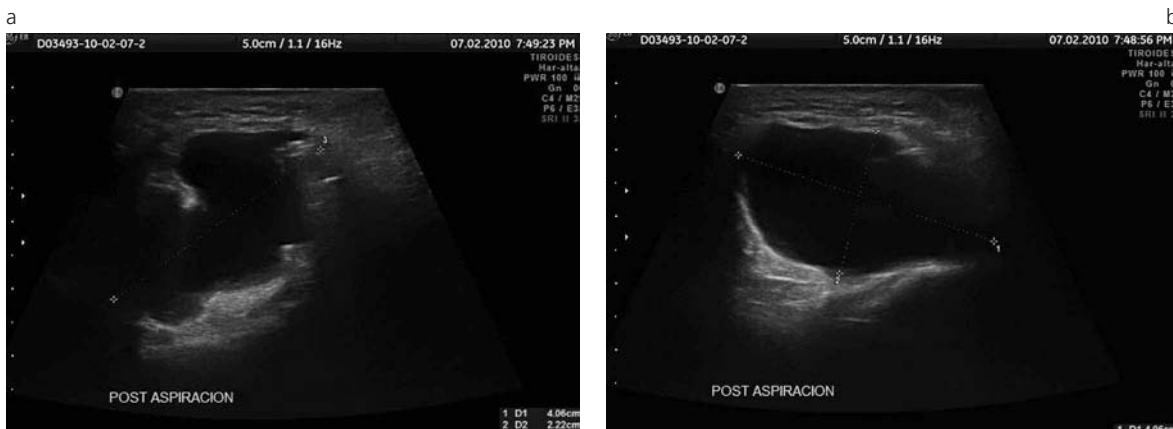


Fig. 5 (a) y (b): Control ecográfico luego de 4 horas de realizada la punción y aspiración de la colección líquida en la mejilla derecha. Se demuestra el nuevo acumulo de líquido.

nuación:

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 punzó el pseudoquiste salival, visualizando la salida espontánea de saliva a través del catéter, y se procedió a fijar el catéter a la mucosa de la cavidad bucal mediante suturas simples con material no absorbible (SEDA) (Fig. 6). Este procedimiento fue realizado en dos ocasiones posteriores (dada la salida accidental del catéter, éste fue inmediatamente recolocado).

El catéter permaneció durante dos meses y después fue retirado, dejando un trayecto fistuloso per-

manente desde el pseudoquiste hasta el extremo distal del conducto parotídeo que permitía el drenaje y la no acumulación de saliva en los tejidos blandos de la mejilla (Fig. 7).

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 trauma contuso o penetrante de la mejilla.

Cuando se constata una lesión del conducto de Stenon, se debe proceder a su reparación inmediata para evitar fístulas 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 una parálisis del nervio facial. Estas lesiones, por lo general, pasan desapercibidas en la evaluación inicial del paciente politraumatizado ⁽²⁾.

El tratamiento de estas lesiones genera controversias, ya que series cortas y estudios de casos anecdóticos reportan efectividad desde diversos enfoques. Uno es la recanalización, que se utiliza en casos agudos o posteriores al trauma. En ésta se localizan los dos extremos, se los caracteriza con un tubo fino y se los sutura con un hilo de 10/0, ayudado 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, ya que provoca atrofia glandular, estasis salival y dolor. Además, puede causar una infección local y la 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 en la revisión bibliográfica y búsqueda en internet indican cerca de 70 casos. De este total, el traumatismo fue responsable de casi el 90% de casos y más de la mitad de los pacientes (54%) fueron manejados por los métodos conservadores y el uso de anticolinérgicos. El drenaje quirúrgico externo se llevó a cabo en aproximadamente el 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 se retira después de 5 días ⁽⁷⁾.

Aunque se ha comunicado que la ligadura del conducto de Stenon 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 es descrita por 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 postraumática del conducto de Stenon, que se ayuda con la colocación de un stent de silicona durante 8 semanas. En éste, el examen sialográfico muestra buenos resultados funcionales después de la operación, sin estenosis ^(10,11).



Fig. 6: Foto durante la colocación y fijación del catéter con suturas en el orificio de desembocadura del conducto parotídeo derecho.



Fig. 7: Tomografía de control con cortes transversales y coronales luego de 10 meses de retirado el catéter. No se observa colección líquida residual en el espesor de los tejidos blandos. Persisten fragmentos óseos.

CONCLUSIONES

El paciente con trauma facial debe ser evaluado y tratado inicialmente de acuerdo a las normas establecidas para la atención del paciente politraumatizado.

La mayoría de las heridas de los tejidos blandos puede ser cerrada en forma primaria. El tratamiento temprano y preciso disminuye la posibilidad de desfiguración facial permanente y de limitaciones funcionales graves. No obstante, hay que tener en cuenta la posibilidad de que existan lesiones asociadas de elementos nobles.

La inspección y la palpación son de vital importancia y deben ser realizadas en forma ordenada y detallada, sospechando siempre una lesión del nervio facial y del conducto parotídeo en lesiones del tercio medio de la cara.

La cirugía de la glándula parótida, dada la presencia del nervio facial, es una conducta terapéutica de alto riesgo, por lo que es importante considerar métodos alternativos no quirúrgicos como el relatado (es un procedimiento de menor complejidad).

Nuestra técnica no pretende reparar el conducto parotídeo, sino que 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 del trayecto fistuloso.

El procedimiento es tan sencillo que nos ha sorprendido no encontrarlo descrito en la literatura internacional, al realizar la búsqueda bibliográfica antes de la puesta en marcha de nuestro proyecto.

Primero la vida, luego la función y después la forma.

Bibliografía

1. World Health Organization. Causas más frecuentes de muertes en el mundo. Disponible en (Available at): <http://www.who.int>. Accedido (accessed): septiembre 15, 2010.
2. Goña Espildora I. (2003) Traumatismo facial grave. Disponible en (Available at): <http://www.urgenciauc.com>. Accedido (accessed): septiembre 20, 2010.
3. Daura Sáez A, Aguilar Lizarralde Y, Gutierrez A. (2002) Traumatismos maxilofaciales. Disponible en (Available at): <http://www.medynet>. Accedido (accessed): septiembre 28, 2010.
4. Desgarro del Conducto de Stenon. Asociación Médica Argentina. Disponible en (Available at): <http://www.ama-med.org.ar>. Accedido (accessed) : mayo 5, 2010.
5. Van Siclels JE. Management of parotid gland and duch injuries. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2009; 21(2):243-6.
6. Akinbami BO. Traumatic diseases of parotid gland and sequalae. Review of literature and case reports. J Clin Pract Níger. 2009; 12 (2):212-5.
7. Monfares A, Ortiz J, Roller C. Distal parotid duct pseudocyst as a result of blunt facial trauma. Ear Nose Throat J 2009; 88(8):E15-7.
8. Edkins O, Van Lierop Ac, Fagan JJ, Lubbe DE. Peroral drainage of post-traumatic sialocoeles: report of three cases. J Laryngol Otol 2009; 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; 65(3):732-5.
10. Heymans O, Nelissen X, Médot M, Fissette J. Microsurgical repair of Stensen's duct using an interposition vein graft. J Reconstr Microsurg. 1999; 15 (2):105-7; discussion 107-8.
11. Liang CC, Jeng SF, Yeh MC, Liu YT, Kuo VR. Reconstruction of traumatic Stensen duct defect using a vein graft as a conduit: two case reports. Ann Plast Surg 2004; 53 (3):299-300.

El autor y los colaboradores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.