

74
Mon B72 / 82

Dott. VINCENZO GALANTUOMO

Disturbi riflessi salivari di origine dentaria

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



1942-XX

NUOVE GRAFICHE S.A. - ROMA

VIA ADDA 129-A

DISTURBI RIFLESSI SALIVARI DI ORIGINE DENTARIA

Su un raro caso di infezione secondaria della ghiandola sottomascellare

DOCT. VINCENZO GALANTUOMO

Poichè il trigemino è un nervo particolarmente riflesso-geno, è naturale pensare che durante affezioni dentarie, si possono avere disturbi riflessi ghiandolari.

Questi pertanto sono rari a carico delle ghiandole salivari, se si eccettua il ptialismo, che è un fatto comune e banale determinato da affezioni infiammatorie e da interventi sul sistema gengivo-dentario.

Le pulpiti per esempio, si accompagnano spesso ad aumento della secrezione salivare, lacrimale, pituitaria e sudorale.

Le lesioni degli incisivi si riflettono maggiormente sulle ghiandole della pituitaria e si può avere una vero coriza uni o bilaterale, mentre i canini determinano per lo più disturbi della secrezione lacrimale.

Frequentemente ci è dato osservare durante lesioni gengivali, alveolo-dentarie e mascellari, una iperidrosi unilaterale o l'aumento della secrezione sudorale in un dato punto del corpo, che presentano grande interesse fisio-patologico.

Tra i disturbi riflessi ghiandolari di origine dentaria, hanno grande interesse quelli salivari notati per primo da NOTTA nel 1854 e da ZIMMERN durante violenti accessi di nevralgia facciale.

A parte il ptialismo, che, come ho detto, è un fatto banale e frequente, ve ne sono di più rari, la cui etiologia molte volte rimane sconosciuta, e tra questi presenta molto interesse la tumefazione intermittente delle ghiandole salivari, provocata da irritazioni acute dentarie o peridentarie, che è indipendente dalle adenopatie sottomascellari concomitanti, con le quali può essere confusa specie in caso di artrite alveolo-dentaria.

In caso di pulpiti acute, dove non esiste risentimento linfo-ghiandolare, si può invece notare tumefazione delle ghiandole salivari che generalmente presenta i seguenti caratteri (ROUSSEAU-DECELLE):

E' unilaterale.

Si trova dallo stesso lato della lesione.

E' sensibile alla pressione.

E' essenzialmente intermittente.

Questa congestione intermittente si osserva a carico della ghiandola sottomascellare soprattutto nelle lesioni dei denti inferiori, mentre quelle dei superiori, per lo più, si ri-

flettono sulla parotide. L'irritazione porta con sè una vaso-dilatazione intraghiandolare che, finchè resta allo stato congestizio, è molto fugace, potendo scomparire anche da una ora all'altra, per ricomparire durante una crisi dolorosa.

Per la sottomascellare la vaso-dilatazione riflessa è data da un'irritazione che segue la via del nervo dentario inferiore, l'anastomosi col linguale e la corda del timpano.

Per la parotide invece l'irritazione passa probabilmente per le anastomosi del trigemino col simpatico, ma può seguire altre vie, quali:

ganglio di CASSER, n. mascellare inferiore, n. auricclo-temporale; ganglio sfeno-palatino, grande petroso superficiale, ganglio genicolato, auricolo petroso superficiale, ganglio otico, n. auricolo temporale.

E' da notare che la vaso-dilatazione della ghiandola sottomascellare è tra i primi sintomi per la posizione anatomica della ghiandola stessa mentre per la parotide, che è chiusa in una loggia che non si lascia facilmente distendere, la congestione non si manifesta subito, ma è il sintomo dolore che avverte prima il paziente.

La diagnosi differenziale è meno facile con un'artrite temporo-mandibolare per la quale bisogna tener presente il modo in cui insorge il dolore, che è spontaneo nell'artrite e la sede nell'interlinea articolare, mentre in caso di congestione parotideica questo si riscontra tra bordo posteriore mandibolare e bordo anteriore mastoideo.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

La *scialodochite* che è legata il più delle volte a calcolosi o a presenza di corpo estraneo, può anche essere data da invasione microbica del dotto in seguito a stomatite (dente cariato o afte) in vicinanza del dotto escrettore che quasi sempre è quello di STENONE.

Si possono avere anche crisi di ritenzione salivare per depositi fibrino-purulenti che occludono il canale, crisi che scompaiono col cateterismo. Inoltre l'assenza del calcolo riconosciuta alla palpazione e controllata radiograficamente, fa distinguere una litiasi salivare da una *scialodochite fibrinosa* di KÜSSMAUL.

Presso i soffiatori di vetro ed i suonatori

di strumenti a fiato si possono notare infiammazioni croniche, per penetrazione di aria nel canale di Stenone, fino alla formazione di un tumore gassoso e *pneumatocèle* della parotide, che non è intermittente.

La *parotidite infiammatoria* è un'affezione bilaterale per lo più, accompagnata da tumefazione ghiandolare, elevezione della temperatura, con cute arrossata e pastosa. I movimenti della mandibola sono dolorosi, vi è spesso trisma e difficoltà alla deglutizione. La secrezione salivare è diminuita o abolita e dal dotto si può fare uscire, per pressione, del pus.

La *parotidite epidemica* è bilaterale, si complica con l'orchite e devolve sempre verso la risoluzione.

Un'affezione unilaterale, per lo meno in principio è l'*adeno-flemmone della loggia parotidea*, che è sempre preceduto da una fase di adenite semplice. Più rari sono i processi infiammatori acuti della ghiandola sottomascellare, che succedono eccezionalmente ad infezioni generali e spesso hanno come causa una litiasi salivare o la presenza di un corpo estraneo nel canale di Wharton. La cute è arrossata ed aderente.

Anche l'*Adeno-flemmone della ghiandola sottomascellare* è frequente e riconosce spesso una causa buccale o tonsillare, facilmente riconoscibile.

Tra le lesioni infiammatorie croniche a carico della sottomascellare, si possono notare eccezionalmente *tumori infiammatori*, studiati da KÜRTNER e SCALONE, con cute normale ma aderente, ad accrescimento lento e progressivo.

Solo l'esame istologico può fare la diagnosi di sarcoma o tumore misto degenerato.

La *malattia di Mikulicz* è un'affezione cronica e specifica che incomincia dalle ghiandole lacrimali e si diffonde poi a tutte le ghiandole salivari, con ipertrofia uniformemente dura e simmetrica, che giunta ad un certo grado, non regredisce più.

Le *afezioni luetiche secondarie terziarie* attaccano per lo più la parotide e regrediscono spontaneamente o in seguito a cure specifiche. I gangli preauricolari sono sempre percettibili.

La *tbc. delle ghiandole salivari*, specie della sottomascellare è rara. La tumefazione è seguita da rammollimento in più punti. I disturbi funzionali sono eccezionali.

L'*actinomicosi*, primitiva o secondaria, è rarissima. La tumefazione limitata dapprima alle ghiandole si estende progressivamente alle parti vicine.

La *litiasi salivare* può complicarsi con fatti infiammatori che cominciando da una wartonite, può complicarsi con periwartonite e ascesso del pavimento orale, con i noti disturbi funzionali, fino all'ascesso della ghiandola che può aprirsi spontaneamente se non si interviene, con una fistola intrabucolare o cutanea. La tumefazione ghiandolare non è intermittente come per la vaso-dilatazione riflessa, che può esagerarsi facendo masticare del cibo al paziente in nostra presenza. L'esame clinico ed il controllo radiografico elimineranno la presenza di calcoli.

Le *neo-formazioni benigne o maligne* delle ghiandole salivari, hanno andamento cronico con tendenza all'accrescimento progressivo.

Il caso che presento, si riporta ad un disturbo riflesso sulla gh. sottomascellare di origine alveolo-dentaria che rientra nella patologia del molare del senno inferiore.

Non è raro notare nella patologia dei diversi organi, come ad un fatto puramente congestizio possa seguire un infiammatorio acuto o cronico. Così in una gh. salivare, sottoposta a lungo a vaso-dilatazione intermittente, si può impiantare un processo infiammatorio semplice che può complicarsi alle volte e divenire purulento.

La via seguita può essere sanguigna o linfatica o, nel caso di una ghiandola, ascendente.

Causa di questo processo infiammatorio può essere una malattia intercorrente. L'ostio beante ed il dotto ghiandolare tumefatto, aprono la via ai saprofiti, che si virulentano dando la suppurazione.

Signora Giuseppina C. da Napoli, di anni 35, d. c., coniugata con uomo apparentemente sano. Ha avuto due figli e nessun aborto. Ha sofferto dei comuni esantemi dell'infanzia, di corize recidivanti, di carie dentarie e non ha notato l'eruzione dei molari del senno.

Circa tre anni fa, la paziente notò di tanto in tanto un indurimento della gh. sottomascellare a D. durante la masticazione senza dolore. Tutto scompariva dopo circa mezz'ora. Qualche altra volta accusava indolenzimento senza tumefazione.

Sette mesi fa avvertì tumefazione sotto la lingua a carico del dotto escretore della gh. sottomascellare con formazione di tre noduli, con bruciore e dolore abbastanza intensi. La ghiandola stessa si tumefecce, ma senza dolore. Dopo una settimana tutto cessò perchè i focolai si erano aperti spontaneamente, dando esito ad un liquido biancastro e mucoso.

Cinque mesi dopo la paziente soffrì di influenza e notò nuovamente tumefazione della ghiandola e degli sbocchi ghiandolari, che aumentava senza accennare questa volta a diminuire, con dolore, febbre alta e difficoltà nella deglutizione e nei movimenti della lingua. Ebbe continua scialorrea. La fase acuta durò sei giorni dopo di che si formarono



Fig. 1

due focolai sul dotto ghiandolare di destra, che alla pressione diedero esito a liquido purissimile. Tutta la sintomatologia allora decrebbe come pure la tumefazione che giunse ad uno stadio al disotto del quale non decrebbe più. Permase l'indolenzimento per cui la paziente si sottopose alla visita di un chirurgo, che diagnosticò una scialitiasi della sottomassellare e propose l'intervento.

Prima di questo però, la paziente si rivolse allo stomatologo, per sapere se tra l'affezione ghiandolare ed il cavo orale potesse correre una qualche connessione.

E. O. — All'ispezione della regione laterale destra sottomandibolare si nota una grossa tumefazione della grandezza approssimativa di un mandarino, a limiti sfumati, che interiormente oltrepassa la linea parallela al margine sottomandibolare, tirata all'altezza dell'osso ioide. Superiormente il limite si perde sotto l'osso mandibolare. In dietro arriva sul prolungamento del margine posteriore della branca montante e davanti oltrepassa di poco il terzo anteriore della branca orizzontale della mandibola.

La cute è normale e sollevabile.

Alla palpazione si sente una massa indurita centrale con altre piccole masse rotondeggianti intorno, lisce, non dissociabili, e non delimitabili.

La palpazione provoca dolore.

All'ispezione del cavo orale si nota:

Lingua ricoperta di uno strato bianco-giallastro, apparentemente aumentata di volume ed alquanto sollevata. Il pavimento orale, specie a destra, appare anche sollevato e gli sbocchi ghiandolari della sottomassellare sono tumefatti, arrossati e la loro tortuosità aumentata. Anche gli sbocchi delle sottolinguali sono arrossati. Alla palpazione combinata del pavimento non si provoca dolore, nè si avvertono corpi duri. Strisciando col dito sul dotto destro, dall'esterno verso la linea mediana, si nota la fuoriuscita di filamenti di muco denso. Lo stato della gingiva e dei denti è normale. Qualche otturazione ed il 6 inferiore D. estratto da molti anni.

La mia attenzione fu attratta dalla posizione del 7 inferiore D. che oltre ad essere spostato mesialmente per la mancanza del 6 inferiore D., era anche in lieve posizione vestibolare. Decisi di fare una radiografia intraorale della zona dei molari inferiori di destra per vedere lo stato del 7 inferiore D. e la presenza di un eventuale ottavo incluso.

Essa (figura 1) rivela: ottavo incluso in posizione mesio-distale, che preme sul settimo, spostato me-

sialmente. Entrambi i denti appaiono sani, non si notano fatti a carico dell'osso, ma solo allargamento della interlinea articolare. Un dato anatomico di una certa importanza è la notevole vicinanza dello ottavo col canale dentario.

Il radiogramma extraorale non rivela nulla a carico della ghiandola (calcoli, neoformazioni) (fig. 2). Fu eseguita anche una radiografia del pavimento orale, che fu parimenti negativa.

Poiché l'esame clinico e radiografico escludeva la presenza di calcoli e di una neo-formazione a carico della ghiandola, mi decisi ad intervenire sul molare del senno incluso, sacrificando anche il settimo, che per la sua posizione ostacolava grandemente l'intervento sull'ottavo.

Anestesia troncurre novocainica al 4 %. Estrazione dei due denti.

Durante l'intervento per la pressione esercitata dall'indice della mano sinistra sulla regione sopraioidea, si ebbe abbondante fuoriuscita di pus dal dotto ghiandolare di destra.

Nei giorni successivi all'intervento, si ebbe una recrudescenza dei fenomeni dolorosi locali ed irradiati al massellare superiore, all'orecchio ed alla ghiandola.

La ferita operatoria fu trattata con soluzione fisiologica tiepida e sorvegliata nei giorni successivi, fino alla guarigione, che avvenne dopo qualche settimana.

Ben presto diminuì la tumefazione e l'arrossamento dei denti ghiandolari. Il pavimento orale ritornò al normale e la lingua non diede più disturbo.



Fig. 2.

Solo permase una dolenza post-traumatica all'osso mandibolare ed alla ghiandola, più provocata che spontanea. Non vi è stata mai febbre. Dopo due mesi le condizioni generali sono ristabilite completamente, come pure localmente, per quanto riguarda il lato buccale.

All'esterno è ancora apprezzabile la tumefazione ghiandolare residua.

Alla palpazione si sente un nodulo duro, pochissimo dolente, abbastanza mobile, della grandezza di una nocciuola, con cute perfettamente normale e sollevabile.

Ho rivisto la paziente dopo circa tre anni e mi ha riferito di non aver accusato più alcun disturbo. Localmente tutto è normale.

345377



