

ΣΙΑΛΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΕΛΑΣΣΟΝΑ ΣΙΕΛΟΓΟΝΟΥ ΑΔΕΝΑ ΑΠΟ ΣΙΑΛΟΛΙΘΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Φ. ΖΕΡΒΟΥ-ΒΑΛΒΗ*, Ν. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗΣ**, Κ. ΤΟΣΙΟΣ***

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σιαλολιθίαση αποτελεί μία από τις συχνότερες νόσους των σιελογόνων αδένων και την κυριότερη αιτία πρόκλησης σιαλαδενίτιδας στον υπογνάθιο αδένα. Αντίθετα, θεωρείται αρκετά σπάνια στους ελάσσονες σιελογόνους. Η σιαλολιθίαση των ελάσσονων αδένων εμφανίζεται συχνότερα στο άνω χείλος και την παρειά, ατόμων μεγαλύτερων των 50 ετών, με τη μορφή μικρού, μονήρους ογκιδίου ή οζιδίου. Συχνά οι βλάβες είναι ασυμπτωματικές και παραμένουν αδιάγνωστες, ενώ ακτινογραφικά ευρήματα παρατηρούνται στις μισές, περίπου, περιπτώσεις. Η αιτιοπαθογένεια της σιαλολιθίασης παραμένει ασαφής. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περίπτωσης σιαλολιθίασης σε ελάσσονα σιελογόνο αδένα της παρειάς, σε άνδρα 74 ετών. Η βλάβη εμφανίστηκε ως υπόσκληρο ογκίδιο με λευκωπή χροιά και λεία επιφάνεια, και συνοδευόταν από εκροή πύου κατά την πίεση. Αφαιρέθηκε χειρουργικά και η διάγνωση τεκμηριώθηκε μικροσκοπικά. Στην εργασία συζητούνται τα ευρήματά της σε σχέση με τα αντίστοιχα της βιβλιογραφίας και τονίζεται ότι η αντιμετώπιση οφείλει να είναι χειρουργική και ότι απαιτείται ιστολογική εξέταση για την τεκμηρίωση της διάγνωσης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σιαλολιθίαση συνίσταται στο σχηματισμό λίθου ή λίθων στο παρέγχυμα ή τους εκφορητικούς πόρους σιελογόνου αδένου¹. Αποτελεί μία από τις συχνότερες νόσους των μειζόνων σιελογόνων αδένων και την κυριότερη αιτία σιαλαδενίτιδας σε άτομα μέσης ηλικίας^{2,3}. Εμφανίζεται κυρίως στους υπογνάθιους αδένες, λιγότερο συχνά στις παρωτίδες, και αρκετά σπάνια στους υπογλώσσιους αδένες⁴.

Στους ελάσσονες σιελογόνους αδένες είναι πολύ σπάνια και το ποσοστό στο σύνολο των περιπτώσεων σιαλολιθίασης κυμαίνεται από 1%

έως 3%^{2,4,5}. Οι Lagha και συν.⁶ υπολόγισαν σε 239 τις δημοσιευμένες περιπτώσεις μέχρι το 2004, οι περισσότερες των οποίων προέρχονταν από τις μελέτες των Jensen και συν.⁷, Anneroth και Hansen⁸, και Yamane και συν.². Η μικρή επίπτωση σιαλολιθίασης των ελάσσονων αδένων έχει αποδοθεί σε απώλεια του λίθου, αυτόματη ή κατά την ιστολογική τεχνική, σε περιορισμένο ενδιαφέρον για την παρουσίαση ανάλογων περιστατικών, ή στην απουσία ενδοκρημάτων που θα οδηγούσαν τον ασθενή σε εξέταση και διάγνωση^{6,8}.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης σιαλολιθίασης σε ελάσσονα σιελογόνο αδένα της παρειάς, ταυτόχρονα με την παρουσίαση της κλινικής και μικροσκοπικής εικόνας, του αιτιοπαθογενετικού μηχανισμού και της θεραπευτικής αντιμετώπισης της βλάβης.

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά, και το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ανακοινώθηκε με τη μορφή Poster στο 25ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας - Λάρισα, 27-29 Οκτωβρίου 2005.

* Διευθύντρια ΕΣΥ.

** Επιστημονικός Συνεργάτης Στοματολογίας.

*** Λέκτορας Στοματολογίας.

ΟΡΟΙ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: Σιαλολιθίαση, Ελάσσονες σιελογόνοι αδένες.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας ηλικίας 74 ετών, εξετάστηκε στο Οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου για ογκίδιο

στο βήεννογόνο της αριστερής παρειάς, αναφερόμενης διάρκειας μίας εβδομάδας. Η βλάβη προκαλούσε αίσθημα αιμωδίας. Ο ασθενής δεν μπορούσε να θυμηθεί τραυματισμό στην περιοχή, αλλά ανέφερε ότι ανάλογο «πρόβλημα» που είχε εμφανιστεί πριν από δέκα χρόνια περίπου, είχε αντιμετωπιστεί με αντιβίωση.

Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε οζίδιο στο βήεννογόνο της παρειάς, διαστάσεων 1,5x1εκ., το οποίο είχε λευκωπή χροιά και λεία επιφάνεια. Στην ψηλάφηση ήταν υπόσκληρο, ενώ στην πίεση παρατηρήθηκε εκροή πύου.

Η κλινική διάγνωση ήταν «βήεννοκήλη» και η βλάβη εξαιρέθηκε με σφηνοειδή τομή, με τοπική αναισθησία. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή.

Η βλάβη μονιμοποιήθηκε σε υδατικό διάλυμα φορμόλης 10% και εγκιβωτίστηκε σε παραφίνη. Η μικροσκοπική εξέταση τομών πάχους 5 μικρών χρωσμένων με αιματοξυλίνη και ηωσίνη, έδειξε κυστική κοιλότητα, μέσα στην οποία υπήρχε ενασβεστωμένο, άμορφο υλικό (εικ. 1). Η κυστική κοιλότητα επενδύεται από μη κερατινοποιημένο, πολύστιβο πηκώδες επιθήλιο. Περιφερικά, διακρίνονται αδενικά λοβίδια με διάχυτη φλεγμονώδη διήθηση, κυρίως από ηεμφοκύτταρα, διευρυμένους εκφορητικούς πόρους, ατροφία των αδενοκυψελών, ίνωση και εναπομείναντα αδενικά κύτταρα. Τα ευρήματα αυτά έθεσαν τη διάγνωση χρόνιας σιαλαδενίτιδας ελάσσονα σιαλογόνου αδένου από σιαλολίθο.



Εικ. 1. Η μικροσκοπική εικόνα της βλάβης, όπου διακρίνεται κυστική κοιλότητα, μέσα στην οποία υπήρχε ενασβεστωμένο άμορφο υλικό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε ανασκόπηση 126 δημοσιευμένων περιπτώσεων, οι Lagna και συν.⁶ ανέφεραν επίπτωση 49,2% για το άνω χείλος, 37,3% για τις παρειές, 5,5% για το κάτω χείλος, 4,7% για τις ουλοπαρειικές αύλακες και το φατνιακό βήεννογόνο, και 1,6% για την υπερώα και τη γλώσσα. Δεν υπάρχει αξιόλογη προτίμηση φύλου^{2,6,7}, αν και στην μελέτη των Anneroth και Hansen⁸ καταγράφηκε μικρή υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι μεγαλύτεροι των 50 ετών, ενώ η εμφάνιση σιαλολιθίασης στις δύο πρώτες δεκαετίες της ζωής είναι εξαιρετικά σπάνια^{2,6,8}. Τα τελευταία χρόνια όμως, ανακοινώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία σειρές νέων περιπτώσεων. Αυτό πιθανόν οφείλεται στην αδυναμία αναγνώρισης της νόσου κατά το παρελθόν με κλινικά κριτήρια⁹, όπως συνέβη και στην παρούσα περίπτωση.

Η σιαλολιθίαση των ελάσσονων σιαλογόνων αδένων εμφανίζεται κλινικά με τη μορφή μικρού ογκιδίου ή οζιδίου, το οποίο καλύπτεται από φυσιολογικό, διαφανή, οπότε διακρίνεται το περιεχόμενό του, ή εξέρυθρο, σε περίπτωση φλεγμονής, βήεννογόνο^{2,6-9}. Η βλάβη είναι κατά κανόνα ευκίνητη και σκληρή, αλλά ο λίθος συνήθως δεν ψηλαφάται. Ο λίθος είναι συνήθως μονήρης⁶, αλλά αναφέρονται και μεμονωμένες περιπτώσεις πολλαπλών λίθων^{2,8,10}.

Σε αντίθεση με τη σιαλολιθίαση των μείζονων σιαλογόνων αδένων, όπου η παρακώλυση της ροής του σάλιου συνοδεύεται από διόγκωση και πόνο, στους ελάσσονες αδένες είναι κατά κανόνα ανώδυνη^{4,11,12}. Μερικές φορές, μπορεί να συνοδεύεται από πόνο ή, σε δευτερογενή οξεία σιαλαδενίτιδα, από διαπύηση^{6,7,8,13}.

Σε ακτινογραφία μαλακών μορίων ο σιαλολίθος απεικονίζεται με τη μορφή μικρής, σκιεράς μάζας στο 50% των περιπτώσεων, καθώς η ακτινογραφική εικόνα εξαρτάται από το βαθμό ενασβεστίωσης^{7,8,11}. Η χρησιμότητα του υπερηχογραφήματος στη διάγνωση δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς¹⁰.

Η κλινική εικόνα της βλάβης δεν είναι διαγνωστική και μιμείται διάφορες διογκώσεις,

όπως βήεννοκλήνη, φλεβόλιθο, πήλειόμορφο αδένωμα, ξένο σώμα κ.ά.^{6,8,14}. Η σιαλολιθίαση των ελάσσονων σιελογόνων αδένων, παρά τη σπανιότητά της, πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση κάθε διόγκωσης που εμφανίζει υπόσκληρη σύσταση, κυρίως όταν αυτή εντοπίζεται στο άνω χείλος και την παρειά.

Συχνά η παρουσία του σιαλόλιθου γίνεται αντιληπτή κατά τη μακροσκόπηση του χειρουργικού υλικού, σαν κίτρινη ή φαιοκίτρινη ωοειδής μάζα με ομαλή επιφάνεια και σκληρή σύσταση⁷.

Μικροσκοπικά^{2,7,8}, παρατηρείται μία στοιβαδωτή ή ομοιογενής μάζα με ποικίλου βαθμού ενασβεσίωση, μέσα σε ένα διευρυμένο εκφορητικό πόρο. Η στοιβαδωτή διαμόρφωση προκύπτει από την προοδευτική και περιοδική ενασβεσίωση μαλακών στοιβάδων που αναπτύσσονται γύρω από έναν, συνήθως, ομοιογενή πυρήνα⁷, και δίνει στο λίθο την εικόνα «κρεμμυδιού»⁴. Πολλές φορές διακρίνονται περισσότεροι πυρήνες και ο λίθος έχει λοβωτή διαμόρφωση². Οι Anneroth και Hansen⁸ παρατήρησαν ότι στους στοιβαδωτούς λίθους η βλάβη είχε γίνει αντιληπτή πριν από χρόνια, ενώ στους ομοιογενείς λιγότερο από 6 μήνες. Εκτός από τη διάρκεια της βλάβης, οι διαφορές στη μορφολογία των λίθων έχουν συσχετιστεί με το μέγεθος του λίθου, την ηλικία του ασθενούς, τη συγκέντρωση ιόντων ασβεστίου και φωσφόρου, το pH και τη ρυθμιστική ικανότητα του περιβάλλοντος του λίθου⁸.

Οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται στη σιαλολιθίαση των μειζόνων σιελογόνων αδένων, παρατηρούνται εξίσου και στους ελάσσονες⁹. Στην επιφάνεια και τη μάζα του λίθου μπορεί να παρατηρηθούν αποικίες μικροοργανισμών^{7,8}. Το επιθήλιο του πόρου που περιβάλλει το λίθο παρουσιάζει κατά κανόνα πλάκωδη μεταπλασία, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί και βήεννώδης ή ογκοκυτταρική μεταπλασία, ή αντιδραστική υπερπλασία με σχηματισμό θηλωδών προσεκβοήων^{2,7,8}. Τα αδενολοβίδια περιφερικά του λίθου εμφανίζουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις, ως αποτέλεσμα παρακώλυσης της σιαλικής ροής και δευτερογενούς φλεγμονής. Στην παρούσα περίπτωση, τα μικροσκοπικά χα-

ρακτηριστικά ήταν συμβατά με σιαλολιθίαση ελάσσονα αδένου.

Η αιτιοπαθογένεια της σιαλολιθίασης, τόσο των ελάσσονων όσο και το μειζόνων σιελογόνων αδένων, δεν είναι σαφής και σε αυτή ενέχονται διάφοροι παράγοντες, τοπικοί, μηχανικοί και βιοχημικοί². Φαίνεται ότι το πρώτο στάδιο στο σχηματισμό του σιαλόλιθου είναι η στάση του σάλιου, πιθανώς λόγω σπασμού του πόρου ως αντίδραση σε διάφορα αίτια⁶. Η μεταβολή στη ροή του σάλιου ακολουθείται από μείωση του pH, η οποία ευνοεί την εναπόθεση αλάτων επάνω σε οργανική μήτρα, αποτελούμενη από επιθηλιακά κύτταρα, νεκρούς ιστούς, βήεννη, μικροοργανισμούς, και ξένα σώματα^{2,8}. Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης λίθων στους σιελογόνους αδένες του άνω χείλους και της παρειάς, περιοχές που τραυματίζονται συχνά, συνηγορεί υπέρ του ρόλου του τραύματος στην παθογένεια των σιαλόλιθων των ελάσσονων αδένων^{2,5,7}.

Στους σιαλόλιθους ανιχνεύονται όλα τα ανόργανα στοιχεία που βρίσκονται φυσιολογικά στο σάλιο⁴. Κυριαρχούν ενώσεις φωσφορικού ασβεστίου με τη μορφή του υδροξυαπατίτη και του ανθρακικού ασβεστίου, αλλά συνυπάρχουν και μικρές ποσότητες μαγνησίου, χλωριούχου καλίου και νατρίου, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, ουρικό οξύ και φωσφολιπίδια κυτταρικών μεμβρανών⁴.

Η αντιμετώπιση της σιαλολιθίασης των ελάσσονων σιελογόνων αδένων συνίσταται στην ολική χειρουργική αφαίρεση της βλάβης μαζί με τους παρακείμενους σιελογόνους αδένες⁶, όπως έγινε και στην περίπτωση που παρουσιάζεται στην εργασία αυτή. Σε περιπτώσεις οξείας φλεγμονής, προηγείται η χορήγηση αντιβιοτικών που εκκρίνονται στο σάλιο, όπως τα μακρολίδια. Η αφαίρεση δεν συνοδεύεται από επιπλοκές ή υποτροπές, ενώ αυτονόητη θεωρείται η ακόλουθη ιστολογική εξέταση της βλάβης.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν ενδείξεις συσχέτισης της σιαλολιθίασης με άλλη συστηματική νόσο ή παθολογική κατάσταση^{7,8}.

Συμπερασματικά, η ύπαρξη σιαλολιθίασης ελάσσονα σιελογόνου αδένου, αν και ασυνήθης, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τον κλινικό οδοντίατρο.

SUMMARY

F. ZERVOU-VALVI, N. HAGIYANNIS
K.I. TOSIOS

SIALOLITHIASIS OF A MINOR SALIVARY GLAND REPORT OF A CASE

STOMATOLOGIA 2006,63(3): 112-115

Sialolithiasis is a common disease of the major salivary glands and the most common cause of submandibular sialadenitis. Sialolithiasis of the minor salivary glands is very rare. It presents as a single, small nodule or tumor, usually in the upper lip or cheek of middle aged patients. It is usually asymptomatic and in approximately 50% of the cases the sialolith does not appear on a radiograph. The pathogenesis of sialolithiasis has not been settled. A case of sialolithiasis in a minor salivary gland of the cheek of a 74 year-old male is presented. It appeared as a firm nodule with a whitish and smooth surface, with purulent discharge on pressure. The lesion was surgically removed and the diagnosis was confirmed by microscopic examination.

KEY WORDS: Sialolithiasis, Minor salivary glands.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠ, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ, ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Παθολογία. 3η Έκδοση. Λίτσας, Αθήνα, 2000: 548-695
2. YAMANE GM, SCHARLOCK SE, JAIN R, SUNDERRAJ M, CHAUDHRY AP. Intraoral minor salivary gland sialolithiasis. *J Oral Med* 1984,39: 85-90
3. KOYBASIOGLU A, ILERI F, GENÇAY S, POYRAZ A, USLU S, İNAL E. Submandibular accessory salivary gland causing Warthin's duct obstruction. *Head Neck* 2000,22: 717-721
4. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Δ, ΜΕΝΔΩΝΙΔΟΥ Λ, ΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Π, ΤΡΙΓΩΝΙΔΗΣ Γ. Κλινική μελέτη της σιαλολιθίασης. Ευρήματα από 100 περιπτώσεις. *Εήλην Στομ Χρον* 1989,33: 245-251
5. HO V, CURRIE WJR, WALKER A. A sialolithiasis of minor salivary glands. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1992,30: 273-275
6. LAGHA NB, ALANTAR A, SAMSON J, CHAPIREAU D, MAMAN L. Lithiasis of minor salivary glands: current data. *Oral Surg* 2005,100: 345-348
7. JENSEN JL, HOWEL FV, RICK GM, CORELL RW. Minor salivary gland calculi: a clinicopathological study of forty-seven new cases. *Oral Surg* 1979,47: 44-50
8. ANNEROTH G, HANSEN LS. Minor salivary gland calculi: a clinical and clinicopathological study of 49 cases. *Int J Oral Surg* 1983,2: 80-89
9. ΚΟΛΟΜΒΟΣ Ν, ΣΚΟΥΤΕΡΗΣ Χ, ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Δ, ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. Σιαλολιθίαση ελασσόνων σιελογόνων αδένων. Αναφορά περίπτωσης. *Στοματολογία* 2003,60: 124-128
10. NG SY, PINTO P. Ultrasound-guided retrieval of labial minor salivary gland sialoliths. *Dentomaxillofac Radiol* 2000,29: 319-322
11. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. Oral and Maxillofacial Pathology. *Saunders, Philadelphia*, 1995: 326-327
12. ΓΚΡΙΤΖΑΛΗΣ Π, ΑΡΣΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Α, ΣΤΥΛΟΓΙΑΝΝΗ Ε. Σιαλολιθίαση σε παιδί. Παρουσίαση περίπτωσης. *Παιδοδοντία* 1993,7: 27-30
13. BAINTON R, DUBOURG CL. Sialolithiasis of an accessory salivary gland. *Br Dent J* 1989,166: 216-217
14. FLAITZ CM. Sialolithiasis involving the maxillary alveolar mucosa. *Am J Dent* 2000,13: 342-343

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Νίκος Γ. Χατζηγιάννης
Δαμάρεως 99
116 33 ΑΘΗΝΑ