



## CALCOLOSI

## DELLE GHIANDOLE SALIVARI

Nelle ghiandole salivari maggiori (Sottomandibolare, Parotide e Sottolinguale) si possono formare dei calcoli (scialoliti) che, ostruendo i dotti di sbocco delle ghiandole stesse, sono in grado di scatenare delle vere e proprie "coliche", a volte molto dolorose.

Colpisce maggiormente il sesso maschile con un interessamento prevalente della *Ghiandola Sottomandibolare* (80%) rispetto alla *Ghiandola Parotide* (20%).



La causa principale della calcolosi salivare, anche detta **Scialolitiasi**, è costituita dall'infiammazione conseguente alle cattive condizioni igieniche del cavo orale e all'alterata composizione della saliva che, nei pazienti che soffrono di questa patologia, risulta essere più densa e concentrata.

***E' in genere monolaterale e interessa una sola ghiandola salivare.***

***La composizione dei calcoli è quasi esclusivamente rappresentata da Carbonato di Calcio ma possono aversi anche calcoli di Acido Urico.***

***Così come avviene per le coliche epatiche, da calcolosi biliare, e per le coliche renali, da calcolosi urinaria, le Coliche Salivari hanno tutte le caratteristiche d'intensità e repentinità d'esordio tipiche di questo tipo di affezioni.***

La saliva, prodotta in quantità che si aggira intorno al litro al giorno, è una secrezione ricca di minerali che, in certe condizioni, tendono a precipitare e a cristallizzarsi, dando vita ai calcoli.

Se questi ostruiscono i dotti di escrezione delle ghiandole, impedendo il normale deflusso della saliva, si avrà la colica.

***La Colica Salivare si presenta in genere con un dolore trafittivo, che può irradiarsi al collo e all'emivolto, comparsa di gonfiore a livello della ghiandola ostruita e difficoltà alla deglutizione e alla masticazione.***

**Questo quadro tende a presentarsi in concomitanza con i pasti o in corrispondenza con uno stimolo gustativo,** ovvero ogni volta che aumenta la produzione di saliva, e può regredire con la lenta fuoriuscita del liquido salivare, per poi ripresentarsi al pasto successivo.

Se il calcolo è di piccole dimensioni può anche essere anche espulso spontaneamente dal dotto.



**Il ristagno della saliva nel tempo può produrre una produrre una Scialodenite,** infiammazione acuta o cronica della ghiandola, che può complicarsi in senso settico e portare a quadri di tipo ascessuale che richiedono, nei casi più gravi, un drenaggio chirurgico della raccolta.

L'igiene orale è fondamentale nella genesi della patologia.

Ristagno di cibo per dentatura incompleta, mancata pulizia dentale, concrezioni tartariche, affezioni orofaringee ripetute (mucositi, micosi orali ecc...), scarso introito idrico, disidratazione, fumo di sigaretta, ecc.... sono tutti fattori favorenti la malattia.



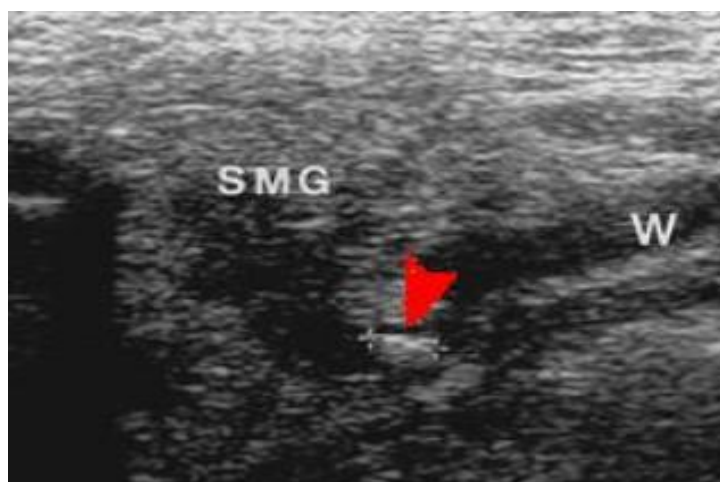
*La diagnosi si basa sull'anamnesi, sull'attenta valutazione clinica del paziente e su alcune indagini strumentali.*

*L'ispezione e la palpazione* della ghiandola salivare consentono di rilevare la tumefazione dell'organo e, in alcuni casi, la presenza stessa del calcolo, soprattutto quando questo è posizionato nella parte terminale endorale del dotto.

*La spremitura* della ghiandola può produrre fuoriuscita di liquido salivare o pus dal dotto escretore, fornendo preziose indicazioni circa la natura settica o meno del ristagno ghiandolare.

*L'ecografia, spesso* corredata dalla *Scialografia* (Rx della ghiandola con mezzo di contrasto iniettato direttamente nel dotto), fornisce indicazioni sulla posizione e sulla grandezza del calcolo nonché sullo stato della ghiandola.

*Risonanza Magnetica, TAC* e l'eventuale *esame citologico eseguito su agoaspirato ecoguidato*, sono utili ai fini di una diagnosi differenziale nei confronti di altre e più gravi patologie (Tumori, Cistoadenolinfomi, Adenoma Pleomorfo, Sindrome di Sjogren, ecc...).



**Ecografia**

**La terapia medica** prevede l'uso di farmaci antibiotici, antiinfiammatori, antidolorifici, cortisonici e antispastici associati a un regime dietetico appropriato.

**La terapia chirurgica** s'impone quando i calcoli sono di grosse dimensioni o in presenza di fenomeni infettivi recidivanti, con possibilità di disseminazione del quadro settico.

Se il calcolo è situato in prossimità del punto di sbocco del dotto, si asporta direttamente dal cavo orale, senza tagli esterni, attraverso una tecnica detta di "*marsupializzazione*".

Quando il calcolo, al contrario, è di grosse dimensioni o situato profondamente nella ghiandola, oppure multiplo, o quando si presenta un quadro ascessuale con destrutturazione anatomica della ghiandola stessa, bisogna procedere alla Scialectomia, ovvero all'asportazione chirurgica della ghiandola salivare interessata, al fine di evitare le possibili complicanze (recidiva, cronicizzazione, ascessi del collo, sepsi ecc...).

La "**Litotrissia**" è una metodica che consiste nel sottoporre il calcolo ai campi magnetici prodotti da una particolare apparecchiatura che lo frantuma, ma è una tecnica poco usata in Italia, e inficiata da un'alta percentuale di recidive.

La tecnica di "**asportazione con litotrissia endoscopica**" sta dando risultati molto soddisfacenti, è applicata a pazienti selezionati, e si propone come una tecnica innovativa e in veloce evoluzione.