

TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS DEL CONDUCTO DE STENON *

Dr. FRANCISCO SALAMERO

Numerario de la Real Academia de Medicina de Barcelona

ENTRE las fistulas salivares hay que considerar principalmente las parotídeas, que pueden ser glandulares — siempre retro maxilares consecutivas a una herida accidental u operatoria — y las fistulas del conducto de Stenon, que se dividen en posteriores (maseterinas) o anteriores (genianas).

La fístula glandular se cierra espontáneamente la mayoría de las veces, por simple cauterización con nitrato de plata o con el cauterio. Se aplican directamente en el trayecto fistuloso con intervalos de pocos días. En cambio, las fistulas del conducto de Stenon no curan jamás espontáneamente; de aquí la variedad de procedimientos que se han descrito para su tratamiento, incluso la extirpación de la parótida, que no debe practicarse, como dice THOREZ, hasta que hayan fracasado todos los demás métodos. En las lesiones recientes de la mejilla hay que localizar en lo posible el conducto de Stenon, que se fijará inmediatamente en posición, a fin de que desagüe su secreción en el interior de la boca.

El orificio es siempre estrecho; algunas veces en el intervalo de las comidas se derraman algunas gotas de secreción por la mejilla, pero siempre se pone de manifiesto, y en gran abundancia, durante la masticación

El cabo proximal está siempre dilatado y el distal atrofiado, lo que imposibilita prácticamente la sutura de los dos extremos.

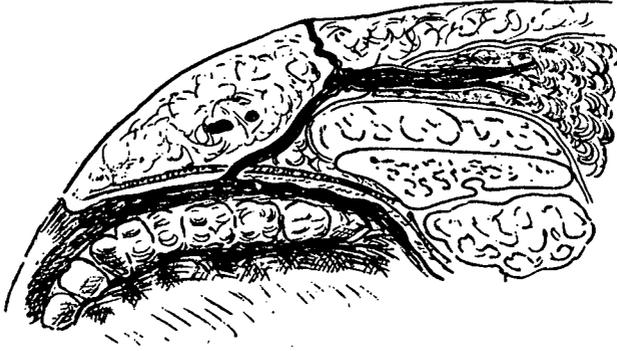
Como sea que el orificio puede estar aparentemente a diferentes alturas, cada caso requiere una técnica determinada; sin embargo, consideramos que siguiendo a DEGUISSE, tal como lo aplica MONNARD, se resuelven todos los casos y por su extraordinaria sencillez este método está al alcance de todos los médicos.

La operación ideal consistirá en convertir la fístula externa en interna o, dicho en otras palabras, transformar la fístula cutánea en fístula de mucosa.

En la operación de LANGENBERK se disecciona la fístula y el conducto de Stenon hasta la glándula. Se perfora la mucosa bucal en un punto conveniente, y a través del orificio se introduce la extremidad libre del conducto movilizado y se fija mediante sutura. Se sutura la herida de la mejilla.

* Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina de Barcelona el 24 de Abril de 1951. Presidencia: Dr. F. Corominas.

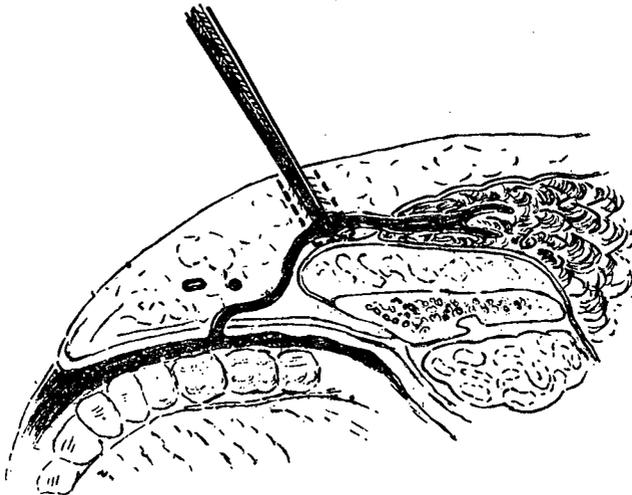
KAUFMAN pasa al interior de la boca un tubo de goma estrecho, de unos tres milímetros, a través de un orificio practicado con un trocar, en los tejidos de la mejilla desde la fístula externa. El tubo se retira al cabo de dos o tres



Trayecto fistuloso

semanas o cuando se ha iniciado la epitelización del trayecto. Se refresca el orificio de la fístula externa y se suturan sus bordes.

MORESTIN disecciona el muñón del conducto liberándolo de los tejidos que le rodean y lo liga en su origen. Sutura sin drenaje. Esta ligadura atrofia la



Resección de la fístula.

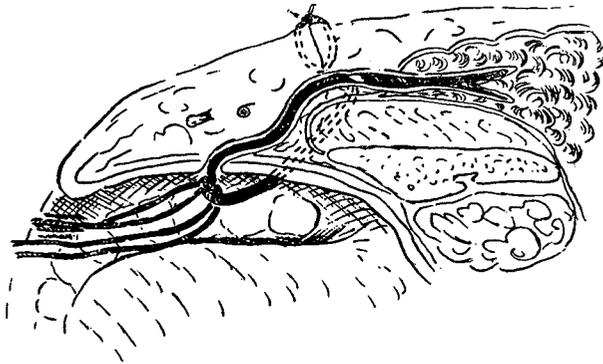
glándula. Dice haber obtenido buenos resultados, así como TROMP, que lo considera como método de elección.

Menos aceptación merece el procedimiento de NICOLADINI, el cual libera

el conducto de la fistula desde el exterior, junto con el extremo periférico. Luego traza un colgajo de mucosa con pedículo en la región del borde del masetero, que comprende, en forma desigual, la desembocadura del conducto en la mucosa de la mejilla. Este colgajo de la mucosa con el extremo periférico del conducto se revierte hacia atrás de manera que puedan suturarse los dos extremos del conducto.

KUTNER toma un colgajo de la mejilla de base posterior, que transforma en un tubo y sutura al extremo central del conducto. Con ligeras variantes son los procedimientos de BRAUN y SZERKELG.

El arrancamiento del nervio aurículo temporal por LERICHE, DEUPES, DIALAFE, etc., con objeto de disminuir la secreción glandular, es impugnada por muchos prácticos. KIRSCHNER estima que el resultado no es seguro, puesto que lo mismo la cantidad que la calidad de la secreción están reguladas esencialmente para la influencia del simpático: por otra parte, FERRARINI ha



Según Mornard

comprobado, después de esta intervención, una atrofia del tejido secretor y un aumento del espesor del tejido conjuntivo. La secreción no es inmediata y durante unos días persiste una secreción paralítica. La secreción o arrancamiento debe efectuarse antes de las ramas destinadas a la parótida con lo cual no resulta tan fácil como algunos se figuran.

La radioterapia constituye un método terapéutico de gran interés, al provocar la detención de la secreción glandular, determinando por lo tanto su curación.

La inmovilización de las mandíbulas sólo merece citarse a título de curiosidad como tratamiento penoso y largo, en cualquier caso inadecuado.

Hay que mantener juntas las arcadas dentarias, incluso varios meses, fijando los maxilares con ligaduras, férulas o vendajes y establecer una alimentación líquida. Según PIETRI ha recogido treinta y ocho casos curados.

Hemos pasado revista, si no a todos los procedimientos conocidos, a los más usados, y consideramos que el más fácil y seguro de practicar, menos mo-

lesto, y que además no deja ninguna cicatriz, es el más antiguo de los conocidos.

Fué DEGUISSE quien lo descubrió en 1811 y con ligeras variantes ha sido aplicado por MORNARD en estos últimos años.

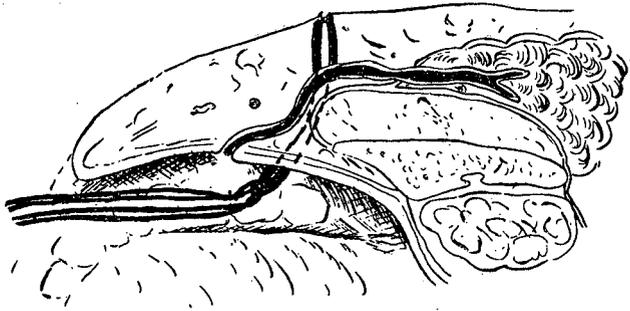
Dos casos nuestros curaron rápidamente.

Unas horas antes enjuagues de la boca.

Anestesia de los bordes de fístula con dos o tres c. c. de novocaína.

Aguja recta larga de piel, sutura intestinal o Reverdin recto.

Con la aguja enhebrada con dos crines se introduce por el ostium de la fístula con salida dentro de la boca, a un través de dedo por encima del penúltimo molar. Se repite la maniobra con el otro cabo el cual sale por la boca a un centímetro. Se ligan fuertemente de modo que el asa externa produzca una ligera depresión en el orificio cutáneo.



Según nosotros

Los dos cabos atados en la boca no se cortan, con objeto de evitar molestias al enfermo: salen junto a la comisura y se fijan con un trocito de esparadrapo por fuera de ella. Dichos crines (antiguamente empleaban alambre), van seccionando lentamente el tejido intermedio, con lo cual se establece un trayecto fistuloso hacia el interior y se cura la fístula externa.

Cuando el trayecto se halla establecido el crin se desprende.

El orificio cutáneo puede avivarse y suturar la piel. Casi siempre se cierra espontáneamente.