

I Tumori delle Ghiandole Salivari

Il distretto testa collo è sede di numerose ghiandole secernenti saliva che si distribuiscono prevalentemente a livello del cavo orale, ma sono presenti anche a livello nasale, faringeo e laringeo.

La saliva prodotta dalle ghiandole ha una importante funzione digestiva, meccanica di lubrificazione e antibatterica.

Le ghiandole salivari vengono solitamente distinte in **maggiori** (parotide, sottomandibolare e sottolinguale) e in **minori** (particolarmente rappresentate nel cavo orale), in relazione alla estensione del parenchima ghiandolare secernente. Ai fini del rischio di neoplasie ovviamente le ghiandole salivari maggiori hanno una maggiore predisposizione al loro sviluppo ed in particolare la ghiandola **parotide** che rappresenta la sede di circa l'80% delle neoplasie salivari diagnosticate.

Tumori della Parotide

La maggior parte dei tumori di origine salivare dunque si localizza nella parotide. Questa ghiandola, si trova davanti e sotto l'orecchio, e al suo interno decorre il nervo facciale, VII paio di nervi cranici, nervo prevalentemente motorio, responsabile del movimento di tutti i muscoli della faccia di quel lato (muscoli mimici o pellicciai). Il nervo emerge dal cranio all'altezza del frame stilomastoideo, situato profondamente al condotto uditivo esterno (ossia sotto il padiglione auricolare) e si trova subito all'interno della ghiandola, dove presto si divide in due rami principali (fronto-orbitario e cervicale) e successivamente si sfiocca in una serie di piccoli rami, ognuno destinato a ciascun muscolo. Il rapporto del tumore con il nervo ha un ruolo critico nella pianificazione dell'intervento. Di fatto il nervo divide la ghiandola in una porzione superficiale più estesa e una profonda, che si colloca in uno spazio profondo localizzato profondamente in adiacenza con la faringe e la loggia tonsillare omolaterale. In base a questa suddivisione anatomica possiamo distinguere una serie di interventi, tutti atti a rimuovere la neoplasia in base alle sue dimensioni e alla porzione di parenchima parotide coinvolto:

parotidectomia segmentaria (per la rimozione di una porzione limitata della ghiandola);

parotidectomia esofaciale o superficiale (in cui si rimuove tutta la quota di ghiandola posta al di sopra del nervo);

parotidectomia totale (rimuovendo sia la porzione superficiale che quella profonda).

L'obiettivo del chirurgo è quello di cercare di preservare il nervo ad ogni costo, a meno che questo non risulti infiltrato o completamente avvolto dalla malattia. Qualora la malattia si estenda ai tessuti circostanti, questi verranno inclusi nella resezione. L'incisione della parotidectomia passa davanti all'orecchio, si porta al di sotto di questo e da lì si perde nella linea dei capelli o scende nel collo, a seconda del caso. Nel caso di una lesione maligna tale incisione potrà essere in

continuazione con quella del collo necessaria per la rimozione di linfonodi cervicali a rischio di coinvolgimento da parte della neoplasia. La decisione circa la rimozione completa o parziale della ghiandola dipende dal sospetto istologico, dalle dimensioni e dalla sede della malattia e dalla eventuale presenza di metastasi linfonodali.

I tumori delle ghiandole salivari hanno un numero estremamente alto di varianti istologiche: esistono infatti oltre 40 tumori diversi che colpiscono queste ghiandole, sia benigni che maligni.

I tumori benigni delle ghiandole salivari più frequenti sono:

adenoma pleomorfo;

tumore di Warthin.

I tipi di tumore maligno delle ghiandole salivari prevalenti sono:

carcinoma mucoepidermoide

tumore adenoidocistico;

adenocarcinoma;

carcinoma duttale;

carcinoma ex adenoma pleomorfo;

carcinoma linfoepiteliale;

carcinoma a piccole cellule;

carcinoma a cellule acinose

sarcomatoide.

In rapporto all'estrema variabilità degli forme istologiche a cui corrisponde una diversa aggressività, si è soliti raggruppare queste forme in due categorie: Tumori a basso grado (**Low grade**) o ad alto grado (**High grade**) di malignità. I primi presentano una prognosi sostanzialmente favorevole, mentre quelli ad alto grado risultano spesso aggressivi e necessitano sempre di una chirurgia estesa anche ai linfonodi del collo, spesso sede di diffusione della malattia.

Complicanze

La complicanza più temibile dell'intervento chirurgico di parotidectomia è il **deficit del nervo facciale**. Deficit definitivi in seguito alla chirurgia non sono frequenti, seppure sempre possibili, se il nervo non è totalmente circondato o invaso dalla malattia (ma in tal caso molto spesso il nervo ha già un deficit prima dell'intervento). Qualora il tumore sia in stretto contatto con il nervo, bisognerà scollarlo accuratamente, e in tal caso è possibile che il paziente soffra di un deficit temporaneo nel postoperatorio, che però normalmente si risolve spontaneamente nell'arco di qualche settimana.

L'abilità del chirurgo e la sua esperienza sono cruciali per evitare danni permanenti, per fortuna rari ma il cui rischio aumenta in relazione alle dimensioni e al coinvolgimento della ghiandola da parte del tumore, sia esso benigno e a maggior ragione di natura maligna.^{[1][2][3]}Altra complicanza tipica della chirurgia della parotide è la **sindrome di Frey**, che comporta l'arrossamento e la sudorazione della cute in corrispondenza della ghiandola. È una evenienza non infrequente dopo parotidectomia (30% dei casi), tende a comparire a qualche settimana dall'intervento e suo' essere facilmente controllata con l'impiego di tossina botulinica capace di inibire la sudorazione delle ghiandole cutanee prossime alla regione parotide sede dell'intervento.^{[1][2][3]}Inoltre nell'immediato postoperatorio, specie quando si rimuove solo parte della ghiandola, è possibile che nel letto chirurgico si accumuli saliva, (**sialocele o fistola salivare**). Per questo motivo si cerca di limitare al massimo lo stimolo alla secrezione di saliva, chiedendo al paziente di seguire una dieta povera di cibi e condimenti acidi, salati e spezie nei primi giorni dopo l'intervento.^{[1][2][3]}La rimozione, anche completa, di una ghiandola parotide non comporta alcun deficit funzionale in termini di quantità di saliva prodotta, essendo compensata dalle ghiandole salivari residue.

Tumori delle ghiandole sottomandibolari

^{[1][2]}Quando il tumore si localizza nelle ghiandole sottomandibolari, l'intervento prevede la rimozione di tutta la ghiandola, ed eventualmente dei linfonodi circostanti (svuotamento della loggia sottomandibolare).^{[1][2][3]}L'intervento prevede un'incisione nel collo sotto l'angolo della mandibola, dalla quale si rimuove la ghiandola. La delicatezza dell'intervento sta nel rispetto di alcuni nervi adiacenti alla ghiandola: 1. il nervo marginalis mandibulae, un ramo del **nervo facciale** responsabile del movimento della bocca, che corre in stretta prossimità della ghiandola superficialmente ad esso; 2. il nervo linguale, un ramo del **nervo trigemino** che presiede alla sensibilità della metà lingua dal lato della ghiandola malata; 3. **nervo ipoglosso**, che decorre nella loggia sottomandibolare "sotto la lingua" e controlla i movimenti della stessa dal lato operato.^{[1][2][3]}Anche in questo caso, deficit definitivi sono poco frequenti, più frequenti, anche se comunque assolutamente non di regola, deficit temporanei. La rimozione della ghiandola non provoca nessun deficit funzionale.

Al contrario della ghiandola parotide in cui prevalgono i tumori benigni (80 vs 20%), nella ghiandola sottomandibolare la situazione cambia con un aumento delle malignità (60% vs 40%).^{[1][2][3]}I tumori delle **ghiandole sottomandibolari** o delle **ghiandole salivari minori** sono molto rari, e il tipo di intervento chirurgico viene valutato caso per caso. Va detto che soprattutto per la ghiandola sottomandibolare, sede rarissima di neoplasie, prevalgono purtroppo i tumori maligni rispetto alle forme benigne.

Sedi tipiche di neoplasie delle ghiandole salivari minori sono il palato, le guance e la base della lingua (orofaringe), più' raramente le fosse nasali o la laringe, che pure possono essere sede di sparse ghiandole salivari.^{[1][2][3]}La rimozione dei linfonodi del collo può essere associata all'intervento in caso di sospette metastasi linfonodali o qualora la malattia primitiva sia ad alto grado o di stadio avanzato. In caso di sospetto metastatico si procede ad intervento di rimozione selettiva o precauzionale (**Svuotamento linfonodale selettivo** limitato alle stazioni linfonodi

prossime alla malattia e per questo più' rischio di metastasi occulte), mentre nel caso di metastasi già presenti alla diagnosi si effettua **Svuotamento modificato radicale** con preservazione di organi funzionalmente importanti quali vena giugulare, muscolo sternocleidomastoideo e nervi accessorio spinale, importante per il movimento della spalla.^{[1][2][3]} Dopo l'intervento chirurgico si discuterà l'esame istologico insieme con gli oncologi e i radioterapisti, e si concorderà circa la necessità o meno di effettuare altri trattamenti, come [radioterapia](#) e [chemioterapia](#), a consolidamento del risultato ottenuto con la chirurgia.