

E. Padula

**CHIRURGIA
MAXILLO
FACCIALE**

2003

Monduzzi Editore

Trattamento della rinorrea gustativa da fistola rino-parotidea con tossina botulinica (Case Report)

R. Marchese Ragona*, P.F. Galzignato**, A. Tregnaghi***, L. Guarda-Nardini** e G. Cavallin

*Clinica O.R.L. (Direttore: Prof. A. Staffieri), **U.O.C. di Chirurgia Maxillo-Facciale (Direttore: Prof. G. Ferronato), ***Istituto Radiologia I (Direttore: Prof. G. Feltrin), Università degli Studi di Padova

Introduzione

L'utilizzo della tossina botulinica come agente terapeutico si è esteso notevolmente negli ultimi anni. Trattasi di una proteasi che inibisce il rilascio di acetilcolina dalle terminazioni nervose con effetti transitori e limitati alle aree nelle quali viene iniettata. Tali effetti inoltre sono dose-dipendenti, consentendo di individualizzare i trattamenti terapeutici a seconda della patologia e del paziente.

L'utilizzo iniziale della tossina botulinica è legato al trattamento dei disordini di contrazione della muscolatura, comprendendo la distonia spastica, la distonia oromandibolare e il blefarospasmo; l'acalasia cricofaringea; spasmo emifacciale; disordini temporo-mandibolari; numerosi tics e tremori; oltre all'impiego in campo cosmetico.

Recentemente la tossina botulinica trova anche impiego, con apparente beneficio, nel trattamento di alcune forme di cefalga. Si segnala altresì l'impiego della stessa nel trattamento di disfunzioni autonome, della sindrome di Frey, della scialorrea, e della rinorrea.

Materiali e metodi

Si presenta il caso clinico di maschio di anni 48 sottoposto nel 1984 ad emimaxillectomia sinistra per carcinoma mucoepidermoide in sede di emipalato con posizionamento di protesi otturatoria. Nel 1993 veniva effettuata, con successo, la ricostruzione del difetto endorale con chiusura della comunicazione oro-sinusale, con lembo geniense omolaterale (Fig.1).

In video-rinoscopia (Fig. 3) dopo stimolo gustativo si individua l'orifizio di sbocco dello Stenone in corrispondenza del pavimento nasale sinistro (fig. 4). Nel Giugno 2002 viene effettuata l'iniezione di 15 UI di tossina botulinica di tipo A (Botox) a livello della regione parotidea sinistra sotto controllo EMG, ripetuta con le medesime modalità e nella stessa quantità a distanza di 7 mesi (fig. 5).

Risultati

Il paziente riferisce la scomparsa della sintomatologia dopo il trattamento per un periodo di circa 7 mesi. Nel febbraio 2003 viene sottoposto ad un nuovo trattamento con iniezione di 20 UI di Botox. Non si evidenziano complicanze legate all'iniezione di tossina botulinica.

Conclusioni

Nel trattamento delle fistole di origine parotidea sono stati proposte con risultati scoraggianti la parotidectomia totale, la neurectomia del nervo timpanico e la radioterapia. In alternativa l'utilizzo della tossina botulinica nel trattamento della rinorrea secondaria a fistola rino-parotidea non è mai stato descritto in letteratura. Il caso clinico presentato evidenzia come il trattamento attuato si dimostra la terapia di scelta per la scarsa invasività, l'atraumaticità ed il basso costo della stessa.

Bibliografia

1. Blitzer A. : Botulinum toxin : basic science and clinical uses in otolaryngology. *Laryngoscope* 111:218-224, 2001.
2. Faussat JM. : Une rhinorrhée d'origine parotidienne. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.* 94, n°6, 363-365, 1993.
3. Laskawi R.: Up-to-date report of botulinum toxin type A treatment in patients with gustative sweating (Frey's syndrome). *Laryngoscope* 108:381-384, 1998.
4. Marchese Ragona R. : Management of parotid sialoceles with botulinum toxin. *Laryngoscope* 109: 1344-46, 1999.
5. Marchese Ragona R. : Parotid fistula: treatment with botulinum toxin. *Plast Reconstr Surg*, 107: 886-7, 2001.
6. Parek D.: Post-traumatic parotid fistulae and sialocoeles. A prospective study of conservative management in 51 cases. *Ann surg* 209(1):150-111,1989.
7. Scher N. : Post-traumatic prandial rhinorrhea. *J Oral Maxillo Surg* 46:63-64, 1988.