

Manejos de sialoceles parotídeas de diferentes etiologias

Management of parotid sialoceles from different etiologies

Virgínia Raquel dos Santos Lucena ■ Hécio Henrique Araújo de Moraes

RESUMO

A sialocele parotídea refere-se a um quadro desencadeado por acúmulo de saliva extravasada, devido à existência de lesão, nos tecidos subcutâneos da glândula parotídea e adjacentes, provocando edema facial e compressão de estruturas faciais importantes. Existem distintas causas para seu desenvolvimento, tais como trauma, idiopática, iatrogenia, complicação por acessos cirúrgicos, processo infeccioso e estenose ductal. Por não existir um consenso na literatura quanto ao manejo da condição clínica, diversas abordagens são utilizadas. O presente trabalho discute acerca da conduta de três casos de sialoceles com diferentes etiologias. O primeiro caso consistiu em paciente de 30 anos do sexo masculino, vítima de acidente motociclístico, desenvolveu sialocele por complicação pós-operatória de acesso temporomandibular. O segundo, paciente de 35 anos do sexo feminino, vítima de agressão por arma branca. O terceiro, paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, desenvolveu a sialocele em decorrência de sialólito. Palavras-chave: Diagnóstico; Glândula Parotídea; Cirurgia.

ABSTRACT

Parotid sialocele refers to a condition triggered by the accumulation of extravasated saliva, due to the existence of injury, in the subcutaneous tissues of the parotid gland and adjacent areas, causing facial edema and compression of important facial structures. There are different causes for its development, such as trauma, idiopathic, iatrogenic, complication due to surgical access, infectious process and ductal stenosis. As there is no consensus in the literature regarding the management of the clinical condition, several approaches are used. This paper discusses the conduct of three cases of sialoceles with different etiologies. The first case consisted of a 30-year-old male patient, victim of a motorcycle accident, who developed sialocele due to postoperative complications of temporomandibular access. The second, a 35-year-old female patient who was a victim of stab wounds. The third, a 32-year-old male patient, developed sialocele as a result of sialolith.

Keywords: Diagnosis; Parotid Gland; Surgery.

INTRODUÇÃO

A sialocele parotídea refere-se ao acúmulo de saliva no tecido subcutâneo da glândula, do ducto e dos tecidos adjacentes^{1,2,3}. São relatadas na literatura distintas causas para o desenvolvimento desse quadro: (1) trauma^{1,4}; (2) complicação pós-cirúrgica (acesso temporomandibular, parotidectomia, mastoidectomia, drenagem de abscesso, osteotomia mandibular)⁵; (3) cálculo ou obstrução do ducto^{2,6,7}.

O termo “sialocele” popularizou-se apenas na década de 1970. Até então, vários foram os termos designados, confundindo-se com o termo pseudocisto. Entretanto, são condições distintas, pois quando a saliva se acumula nos tecidos por extravasamento e permanece confinada por tecido conjuntivo ou fibrose, é um pseudocisto. Caso esse acúmulo seja produzido dentro de uma cavidade coberta por epitélio, é uma sialocele. Tal diferenciação é de suma importância para a conduta de escolha⁸.

O diagnóstico e tratamento imediatos são requisitos intrínsecos à prevenção de morbidades associadas à sialocele. Se não tratada rapidamente, pode causar grande edema facial com formação de fístula, gerando áreas de necrose e cicatrizes³. O diagnóstico consiste em história clínica, exame físico, exames de imagem e aspiração do conteúdo da área atingida.^{3,5}

Quanto ao tratamento, existem diversas possibilidades descritas na literatura. Entretanto a especificidade da

Virgínia Raquel dos Santos Lucena
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Hécio Henrique Araújo de Moraes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Correspondência:
Virgínia Raquel dos Santos Lucena
virilucena@hotmail.com

Artigo recebido 26 de Abril de 2020. Aceite para publicação a 6 de Julho de 2020.

etiologia da sialocele é determinante na condução dos casos. Os tratamentos, atualmente aceites, consistem em punção do conteúdo, incisão e drenagem, marsupialização, injeção de agentes esclerosantes e radiação³. O tratamento cirúrgico pode ser a remoção fragmentos ou remoção total da glândula parótida. Nos casos de sialocele persistente, pode ser utilizado cateter via intraoral para drenar a saliva. Além disso, tem-se preconizado o uso de toxina botulínica tipo A principalmente em caso de formação de fístulas^{1,4}. O objetivo desse estudo consiste em analisar comparativamente o tratamento de sialoceles parotídeas de diferentes causas, fazendo também uma análise de literatura quanto à conduta terapêutica.

DESCRIÇÃO DO CASO

O primeiro caso consistiu em um paciente de 30 anos, sexo masculino, admitido por equipe de cirurgia e traumatologia, em decorrência de acidente motociclístico havia 10 dias. Foi atendido com o protocolo ATLS. Apresentava fratura Le Fort I, fratura condiliana direita e fratura em parassínfise (Fig. 1 e 2).

O paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico sob anestesia geral, intubado por via nasal, para redução e fixação das fraturas faciais. A fratura de côndilo direito foi operada por acesso retromandibular e fixada com placa 2 mm de titânio e dois parafusos ipsilateralmente (Fig. 3). Também foram fixadas as fraturas de maxila e parassínfise esquerda (Fig. 4).

No pós-operatório de uma semana, não houve queixa do paciente ou lesão de nervo facial. Após quinze dias da cirurgia, o paciente relatou aumento de volume na região retroparotídea direita (Figura 5), sem queixa de

FIGURA 1

Tomografia computadorizada tridimensional evidenciando fratura de côndilo mandibular direito e fratura Le Fort I de maxila

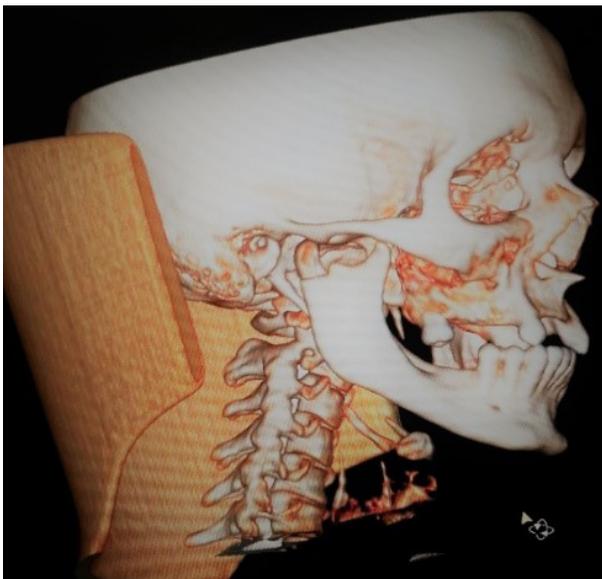


FIGURA 2

Tomografia computadorizada em corte coronal evidenciando fratura de côndilo mandibular direito com desvio para medial



FIGURA 3

Fixação da fratura condilar direita

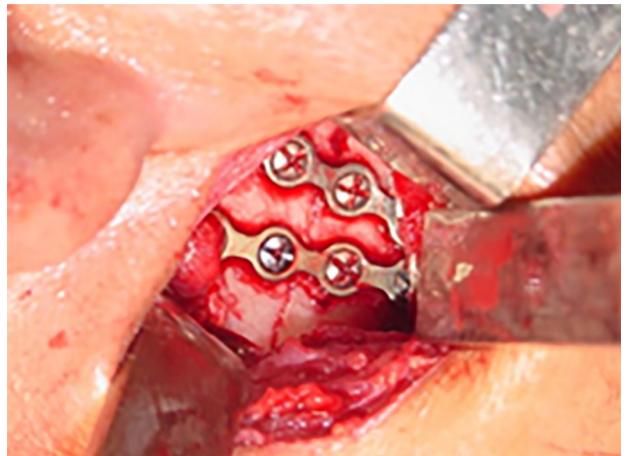


FIGURA 4

Redução de fratura parassinfisária



FIGURA 5

Aumento de volume da região parotídea



FIGURA 6

Conteúdo aspirado



FIGURA 7

Resultado após o tratamento



FIGURA 8

Aumento de volume de região parotídea direita



FIGURA 9

Imagem de perfil evidenciando a lesão primária e sialocele subsequente



febre. Foram requisitados leucograma e tomografia computadorizada, ambos sem alterações. Associando a história clínica e o exame físico, foi requisitada punção aspirativa comprovando a sialocele (Figura 6).

Foram prescritos antissialogogo (glicopirrolato) e oclusões compressivas, totalizando três com intervalos de 5 dias (período de reavaliação). O paciente não apresentou recidiva após dezoito meses de acompanhamento (Figura 7).

A segunda paciente foi vítima de trauma por arma branca com lesão que se estendia da região pré-auricular até próximo à comissura labial em hemiface direita. Foi encaminhada ao bloco cirúrgico, sendo submetida à sutura e reconstrução dos tecidos moles da face, por planos, com fios absorvíveis (vicryl 4-0) nos planos profundos musculares e nylon 5-0 na pele. A cápsula parotídea foi suturada com vicryl 3-0, para que fosse possível novamente abrigar o parênquima glandular. A paciente desenvolveu sialocele, como complicação pós-operatória após 15 dias, constatado na segunda revisão da cirurgia de urgência (Fig. 8 e 9).

Foi realizada aspiração transcutânea (Fig. 10) do conteúdo salivar para confirmar o diagnóstico. Foram feitos quatro curativos compressivos com intervalos de 5 dias (período de reavaliação) (Fig. 11) e prescrição de antissialogogo (brometo de N-butilescolamina, via oral, 1 comprimido de 10 mg de 8/8 horas durante 5 dias, cada prescrição). Para melhora significativa foram necessárias três drenagens. Em todos os três casos apresentados aqui as drenagens foram feitas sob anestesia local. Após a terceira drenagem não se observou mais recidiva do quadro após nove meses de acompanhamento (Fig. 12 A e 12 B).

O terceiro paciente apresentava sialólito, confirmado por radiografia. O sialólito foi removido sob anestesia geral com acesso intrabucal foi realizada, exteriorizando o sialólito, a incisão intraoral foi sutura com fio absorvível

FIGURA 10

Aspiração transcutânea



FIGURA 11

Curativo compressivo



FIGURA 12

Aspecto após 5 meses do tratamento



5-0, sendo realizada cobertura antibiótica com cefazolina 1g 6/6 horas. O sialólito obstruiu o ducto de Stenon desencadeando a sialocele (Figura 13). Ao realizar a punção da área de inchaço, além da presença de saliva (evidenciando a sialocele), obteve-se secreção purulenta. Foi realizada remoção cirúrgica do silólito. Foram feitos curativos compressivos, drenagens e prescrição de antisialogogo (buscopan). Foi necessário a realização de três curativos compressivos, com intervalos de cinco dias, período em que era feita a reavaliação. Por ter sido evidenciada a presença de infecção foi prescrito antibiótico, amoxicilina 500mg por 7 dias. O paciente evoluiu sem maiores complicações e sem recidivas, com seguimento de 12 meses.

DISCUSSÃO

As glândulas parótidas localizam-se na região pré-auricular, desde o masseter até a superfície posterior da mandíbula, delimitando a região parotidomassetérica. Na margem superior da glândula, encontra-se o arco zigomático, estendendo-se inferiormente até o músculo esternocleidomastóideo e posteriormente encontra-se em contato com processo mastoideo⁹. A glândula possui uma fásia denominada fásia parotídea que forma uma cápsula densa inelástica, continuação da fásia cervical profunda. Quando atinge a glândula parótida, essa fásia se divide em camadas superficiais e profundas para envolver a glândula parótida¹⁰. O ducto de Stenon sai distalmente da borda anterior da glândula parótida, paralelo ao zigoma em direção ao músculo masseter, perfurando o músculo bucinador para entrar na cavidade oral em nível do segundo molar superior¹¹.

A anatomia da região parotídeo massetérica é rica em estruturas neurovasculares importantes. Trauma ou manipulação de estruturas nela inseridas exigem profunda análise quanto à conduta a ser escolhida. Nos casos conduzidos no presente estudo, a sialocele evidenciou poder ser consequência de distintas

FIGURA 13

Aumento de volume em hemiface

**FIGURA 14**

Pós-operatório de 6 meses



etiologias, implicando na análise dos tratamentos a serem escolhidos. Toda laceração facial profunda que atravessa a zona horizontal imaginária entre o trago e o lábio superior acarreta risco de lesão das estruturas parotídeas, como ocorreu no caso dois (tabela 1)⁶.

Nos casos de fratura com deslocamento medial, a indicação de redução cirúrgica é adotada como primordial, sendo possível a adoção de abordagens intraoral, pré-auricular ou retromandibular. O acesso retromandibular é comumente realizado devido à possibilidade de visualização direta, entretanto inclui a sialocele como um desdobramento a ser avaliado³. Nos acessos cirúrgicos, próximos à região parotídeomassetérica, como os que objetivam acessar o côndilo mandibular, o acesso retromandibular é realizado com uma incisão vertical na pele de 1 a 2 cm, posterior ao ramo mandibular até a profundidade do músculo platíma, assim como realizado no caso um (tabela 1). Nas proximidades estão estruturas ricas associadas à glândula parotída, a sialocele consiste então em uma complicação pós-operatória esperada¹³. Como opções ao acesso retromandibular podem ser utilizados os acessos pré-auricular, submandibular, endaural e acesso para ritidectomia. Cada um deles com pontos positivos e negativos. O bloqueio maxilomandibular e terapia funcional com elásticos também pode ser uma opção nesses casos.

A sialolitíase também consiste em uma das causas comuns de sialocele, que se dá pela presença de partículas mineralizadas (sialólito) nos ductos das glândulas salivares, como no paciente do caso três (tabela 1). O sialólito impede a secreção pelo ducto, promovendo o acúmulo de saliva, que acaba extravasando da cápsula e provocando a sialocele¹⁴.

Se o manejo cirúrgico da sialocele é negligenciado, poderá haver fibrose dos tecidos adjacentes, inflamação crônica e formação de tecido cicatricial indesejado, além de aumentar o risco de lesão do nervo facial⁷. Os tratamentos são divididos em conservadores e cirúrgicos. A modalidade conservadora consiste na aspiração, curativo compressivo e administração de antisialogogos, assim como radioterapia e toxinas. Quando o manejo conservador não é efetivo, o tratamento cirúrgico é indicado (reconstrução do ducto, criação de fístula interna controlada, parotidectomia superficial ou total, desnervação parassimpática e ligadura ductal¹⁵). Nos casos em que foram necessárias várias drenagens, não se optou pela marsupialização, que normalmente é utilizada para cistos ou tumores benignos, em procedimentos onde se deseja reduzir o tamanho da lesão para posterior enucleação total da mesma, sem maiores danos às estruturas circunvizinhas.

Fato importante é a orientação para que os pacientes não façam uso de alimentos que estimulem a produção de saliva durante o tratamento da sialocele. Nesse contexto, pode-se contra indicar o uso de frutas cítricas e também do hábito da goma de mascar. A via oral foi escolhida devido à facilidade do uso, ausência de

TABELA 1

Caracterização dos pacientes

Caso	Idade	Gênero	Etiologia	Tratamento	Tempo de Seguimento
1	30	M	Complicação pós-operatória de acesso retromandibular	Antissialogogo (glicopirrolato) e três oclusões compressivas revisadas com 5 dias	18 meses
2	35	F	Trauma por arma branca	Aspiração transcutânea, quatro curativos compressivos revisados com 5 dias e prescrição de antissialogogo (brometo de N butilescopolamina)	9 meses
3	40	M	Sialólito obstruindo ducto de Stenon	Três curativos compressivos revisados com 5 dias, drenagens e prescrição de antissialogogo (buscopan)	12 meses

contraindicação da mesma e disponibilidade do fármaco. Nenhuma reação adversa aos medicamentos foi relatada pelos três pacientes. Em todos os casos a melhora se deu em no máximo três semanas, havendo desaparecimento completo da sialocele.

CONCLUSÃO

A sialocele é um achado clínico que não deve ser negligenciado devendo ser rapidamente tratado. A avaliação clínica em conjunto com uma detalhada história clínica pode prever possíveis desdobramentos da manipulação de tecidos na região da glândula parótida e áreas circunvizinhas. O tratamento da sialocele, nos casos relatados neste artigo confirma a eficiência da punção e oclusão compressiva, concomitante ao uso de antissialogogos.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial.

Política de privacidade, consentimento informado e Autorização do Comitê de Ética

Os autores declaram que têm o consentimento por escrito para o uso de fotografias dos pacientes neste artigo.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

Referências bibliográficas

- Maharaj S, Mungul S. Botulinum toxin a therapy for post-traumatic parotid sialocele - A case report and review of the literature. *Otolaryngology Case Reports*. 2020 Mar; 14:100150. doi: 10.1016/j.xocr.2020.100150.
- Allison RW, Walton RM. Subcutaneous Glandular Tissue: Mammary, Salivary, Thyroid, and Parathyroid. In: Valenciano AC, Cowell RL, editors. *Cowell and Tyler's Diagnostic Cytology and Hematology of the Dog and Cat (Fifth Edition)*. St. Louis (MO): Mosby; 2020. p. 102-20.
- Moraes H, Grempele R, Barbalho J, Sousa T, Silva A. Sialocele Parotídea: Complicação Pós-Operatória de Acesso Retromandibular. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac* [online]. 2014 Jan/Mar;14(1):49-54.
- Arnaud S, Batifol D, Goudot P, Yachouh J. Nonsurgical Management of Traumatic Injuries of the Parotid Gland and Duct Using Type a Botulinum Toxin. *Plast Reconstr Surg*. 2006 Jun;117(7):2426-30 doi: 10.1097/01.prs.0000219132.34809.ae.
- Oliveira, Hugo Franklin Lima de et al. Sialocele como Complicação de Acesso Retromandibular: Relato de Caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac* [online]. 2012 Out/Dez; 12(4):53-56.
- Papadiochos I, Strantzias P, Mitsopoulos G, Melaki K. End-to-end anastomosis of transected parotid duct in an emergency department: clinical benefits from immediate repair and overview of treatment options. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol*. 2019 Nov; 31(6): 420-3 doi:10.1016/j.ajoms.2019.05.001.
- Lewis, G., and Knottenbelt, J. D. Parotid duct injury: Is immediate surgical repair necessary? *Injury*. 1991 Sep;22(5):407-9. doi:10.1016/0020-1383(91)90107-p.
- Iyengar A, Tanwar R, Nagesh K, Patil S, Divyalakshmi M, Rao G. Traumatic Sialocele of Parotid Duct: Report of a Case with Review of Literature. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*. 2010;22(3):171-3. doi: 10.5005/jp-journals-10011-1042.
- Kontis TC, Johns ME. *Anatomy and Physiology of the Salivary Glands*. In: *Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
- Holsinger FC, Bui DT. Anatomy Function and Evaluation of the Salivary Glands. In: Myers EN, Ferris RL, editors. *Salivary gland disorders*. Berlin: Springer; 2007. p. 1-16.
- Kochhar A, Larian B, Azizzadeh B. Facial Nerve and Parotid Gland Anatomy. *Otolaryngol Clin North Am*. 2016 Apr;49(2):273-84. doi: 10.1016/j.otc.2015.10.002.
- Montazem AH, Anastassov G. Management of Condylar Fractures. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2009 Mar;17(1):55-69. doi: 10.1016/j.cxom.2008.11.002.
- Narayanan V, Kannan R, Sreekumar K. Retromandibular approach for reduction and fixation of mandibular condylar fractures: a clinical experience. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009 Aug;38(8):835-9. doi: 10.1016/j.ijom.2009.04.008.
- Lagares DT, Pietra SB, Figatto MAS, Iglesias PH, Márquez AMS, Pérez JLG. Sialolitiasis parotídea el conducto de Stensen, *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11: 80-84.
- Araujo Melissa Rodrigues de, Centurion Bruna Stuchi, Albuquerque Danielle Frota de, Marchesano Luiz Henrique, Damante José Humberto. Management of a parotid sialocele in a young patient: case report and literature review. *J. Appl. Oral Sci.* [Internet] 2010, Aug. 432-436. <https://doi.org/10.1590/S1678-7752010000400019>