

Sialocele como Complicação de Acesso Retromandibular: Relato de Caso

Sialocele as a complication of the retromandibular approach: a case report

Hugo Franklin Lima de Oliveira ^I | Ivson Souza Catunda ^{II} | Bruno José Carvalho Macedo Neres ^{III} | Davi Felipe Neves Costa ^{III} | Rafael de Queiroz Moura ^{III} | Luiz Antônio Portela Guerra ^{IV}

RESUMO

A sialocele é o acúmulo de extravasamento salivar numa cavidade subcutânea, ocorrendo, principalmente, após, um episódio traumático ou infeccioso no parênquima da glândula parótida, lesão do ducto parotídeo ou estenose ductal com subsequente dilatação. A realização do correto diagnóstico e o tratamento imediato das lesões traumáticas da glândula parótida tornam-se importantes para evitar complicações. Várias modalidades de tratamento são mencionadas na literatura, e a escolha dependerá do tempo de evolução desde a lesão à região acometida. O presente caso envolve um paciente do gênero masculino vítima de acidente motociclístico que evoluiu com uma sialocele pós-operatória devido à abordagem retromandibular para redução cruenta de fratura condilar. O tratamento realizado foi a instalação de um cateter provisório, criando um novo trajeto para secreção da glândula parótida.

Descritores: Sialocele; Glândula parótida; Acesso retromandibular.

53

ABSTRACT

The condition known as sialocele is an accumulation of salivary extravasation in a subcutaneous cavity occurring mainly after a traumatic or infectious episode in the parenchyma of the parotid gland, a parotid duct injury or stenosis with subsequent ductal dilatation. The correct diagnosis and treatment of traumatic lesions of the parotid gland are important in order to avoid complications. Several treatment options are mentioned in the literature and the choice will depend on the time elapsed since injury and the affected region. The patient in the case reported is a male victim of a motorcycle accident who developed a postoperative sialocele due to the use of the retromandibular approach for open reduction of a condylar fracture. The treatment performed was the insertion of a temporary catheter creating a new pathway for secretion of the parotid gland.

Descriptors: sialocele, parotid gland, retromandibular approach.

- I. Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE. Mestre em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital da Restauração (HR), Recife/PE.
- II. Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE. Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital da Restauração (HR), Recife/PE.
- III. Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital da Restauração (HR), Recife/PE.
- IV. Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Face e Preceptor do Serviço de Residência em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração, Recife/PE. Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE.

INTRODUÇÃO

A sialocele é o acúmulo de extravasamento salivar numa cavidade subcutânea, ocorrendo, principalmente, após um episódio traumático ou infeccioso, no parênquima da glândula parótida, lesão do ducto parotídeo ou estenose ductal com subsequente dilatação¹. As causas mais comuns de lesões da parótida incluem ferimentos originados de instrumentos cortantes, armas de fogo e lesões secundárias a procedimentos cirúrgicos, como cirurgias na articulação temporomandibular², parotidectomia³, mastoidectomia⁴, osteotomias mandibulares⁵ e drenagem de abscesso facial⁶.

O diagnóstico é complexo e envolve uma combinação de história clínica e avaliação do paciente através de punção aspirativa e exames de imagem⁷. Outras doenças da glândula parótida, como parotidite, sialolitíase com abscesso aneurismático, hematoma e neoplasia também podem evoluir com um aumento de volume na região parotídea, não permitindo uma boa distinção clínica.⁸ Diante disso, torna-se importante a realização do correto diagnóstico e o tratamento imediato das lesões traumáticas da glândula parótida, evitando, assim, a formação de fístula cutânea ou cisto do ducto salivar⁹.

Várias modalidades de tratamento são mencionadas na literatura, e a escolha dependerá do tempo de evolução desde a lesão e à região acometida. A modalidade conservadora baseia-se na aspiração regular do conteúdo, curativo compressivo, administração de medicamentos antissialogogos^{3, 10}, radioterapia e toxina botulínica¹¹. A modalidade cirúrgica consiste de parotidectomia parcial ou total, ligadura do ducto parotídeo e denervação parasimpática¹². O presente artigo relata um caso de sialocele tratado por meio da criação de um novo trajeto para drenagem intraoral.

RELATO DE CASO

Paciente A.C.S, gênero masculino, 43 anos, vítima de acidente motociclístico, foi admitido no Hospital da Restauração (Recife/PE), apresentando fratura do côndilo mandibular direito, corpo mandibular esquerdo e corpo zigomático direito sem deslocamento [Figura 1]. O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação das fraturas mandibulares, evoluindo com uma sialocele pós-cirúrgica, associada ao acesso retromandibular [Figura 2]. No décimo dia pós-operatório, foi realizada a drenagem através da inserção de um cateter intravenoso (Cateter Periférico IV – 14G FEP, Descarpac®), sob anestesia local. A agulha foi removida, permanecendo o cateter suturado com fio nylon 3-0 por 15 dias, associado a curativos compressivos em tempo integral, durante esse período e mais 7 dias de curativos compressivos, somente no período noturno [Figura 3]. Foi necessária uma perfuração na extremidade do cateter, permitindo a passagem do fio de sutura para melhorar sua fixação. Foi realizada, também, uma secção na extremidade externa para não interferir na mastigação do paciente e conseqüentemente provocar incômodo. O paciente evoluiu satisfatoriamente, com a resolução da sialocele por meio do novo trajeto intraoral, criado para drenagem, não havendo formação de fístula extraoral [Figura 4].



Figura 1: A) Pré-operatório em vista frontal. B) Pré-operatório em vista lateral.



Figura 2: A) Fixação interna rígida em fratura condilar direita em acesso retromandibular. B) Pós-operatório em vista lateral apresentando sialocele.

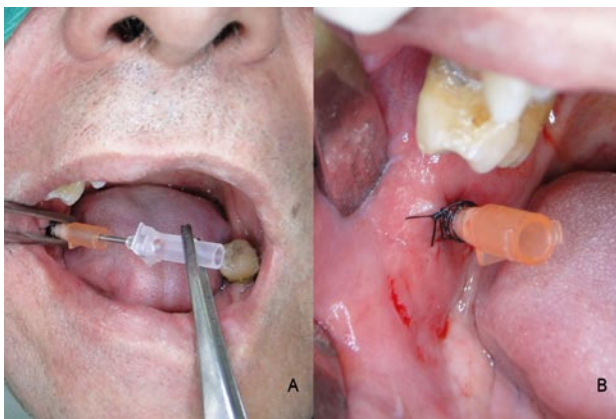


Figura 3: A) Inserção e fixação do cateter intravenoso. B) Aspecto imediato após fixação.



Figura 4: A) Aspecto após 15 dias de fixação do cateter intravenoso, momento no qual este foi removido. B) Vista lateral após 21 dias, mostrando completa resolução da sialocele.

DISCUSSÃO

Variadas complicações pós-operatórias são provenientes do tratamento cirúrgico de fraturas condilares, como paralisa facial temporária ou

permanente, cicatriz hipertrófica, síndrome de Frey, sialocele e fístulas salivares.¹³ Tais complicações têm uma baixa ocorrência, e casos de sialocele são mais frequentes em parotidectomias parciais superficiais.⁸

Uma variedade de tratamentos tem sido proposta para a resolução das sialoceles,¹⁴ como múltiplas aspirações associadas a curativos compressivos, antissialogogos,^{3, 10} à radioterapia, toxina botulínica,¹¹ parotidectomia parcial ou total, ligadura do ducto parotídeo e denervação parassimpática por meio da secção do nervo auriculotemporal.¹² Entretanto alguns procedimentos conservadores dependem de um empenho acima da média para a sua resolução, como é o caso das múltiplas aspirações; outros podem não responder positivamente, sendo necessária uma abordagem mais agressiva posteriormente. Os procedimentos agressivos podem levar a uma diminuição significativa do fluxo salivar, levando a alguns problemas locais, como xerostomia, ou provocar graves sequelas, como a paralisia permanente do nervo facial.⁷

A utilização de um cateter para criar um novo trajeto para secreção da glândula parótida mostrou-se um método bastante eficaz e de baixo custo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sialocele é oriunda, principalmente, de trauma facial e complicações cirúrgicas. Um adequado exame físico e a utilização de exames complementares são importantes para um diagnóstico preciso. Um tratamento mais conservador pode não ser suficiente para a resolução do problema, sendo necessária a adoção de abordagens mais agressivas. A utilização de um cateter para a criação de um novo trajeto de secreção é uma forma de tratamento eficaz, que mantém a funcionalidade da glândula parótida, não sendo necessários tratamentos que interfiram na produção da saliva ou remoção da glândula.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Dr. Carlos Augusto Pereira do Lago na colaboração e na condução do caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bater MC. An unusual case of preauricular swelling: a giant parotid sialocele. *International journal of oral and maxillofacial surgery* 1998 Apr;27(2):125-6.
2. Dolwick MF, Kretschmar DP. Morbidity associated with the preauricular and perimeatal approaches to the temporomandibular joint. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 1982 Nov;40(11):699-700.
3. Langdon JD. Complications of parotid gland surgery. *Journal of maxillofacial surgery* 1984 Oct;12(5):225-9.
4. Dierks EJ, Granite EL. Parotid sialocele and fistula after mandibular osteotomy. *Journal of oral surgery* 1977 Apr;35(4):299-300.
5. Demetriades D, Rabinowitz B. Management of parotid sialoceles: a simple surgical technique. *The British journal of surgery* 1987 Apr;74(4):309.
6. Richardson GS, Clairmont AA, Erickson ER. Cystic lesions of the parotid gland. *Plastic and reconstructive surgery* 1978 Mar;61(3):364-70.
7. Canosa A, Cohen MA. Post-traumatic parotid sialocele: report of two cases. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 1999 Jun;57(6):742-5.
8. Upton DC, McNamar JP, Connor NP, Harari PM, Hartig GK. Parotidectomy: Ten-year review of 237 cases at a single institution. *Otolaryng Head Neck* 2007 May;136(5):788-92.
9. Gahir D, Clifford N, Yousefpour A, Avery C. A novel method of managing persistent parotid sialocele. *The British journal of oral & maxillofacial surgery* 2011 Sep;49(6):491-2.
10. Cholankeril JV, Scioscia PA. Post-traumatic sialoceles and mucoceles of the salivary glands. *Clinical imaging* 1993 Jan-Mar;17(1):41-5.
11. Vargas H, Galati LT, Parnes SM. A pilot study evaluating the treatment of postparotidectomy sialoceles with botulinum toxin type A. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery* 2000 Mar;126(3):421-4.
12. Witt RL. The incidence and management of sialocele after parotidectomy. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2009 Jun;140(6):871-4.
13. Lima SM, Jr., Asprino L, Moreira RW, de Moraes M. Surgical complications of mandibular condylar fractures. *The Journal of craniofacial surgery* 2011 Jul;22(4):1512-5.
14. Monfared A, Ortiz J, Roller C. Distal parotid duct pseudocyst as a result of blunt facial trauma. *Ear, nose, & throat journal* 2009;88(8):E15.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hugo Franklin Lima de Oliveira
Hospital da Restauração
Av. Governador Agamenon Magalhães, s/n
Derby – Recife – Pernambuco/Brasil
CEP 52010-040
Telefone: 55 81 3241-5444
E-mail: hugobmf@outlook.com