

RECANALIZAÇÃO DE DUCTO PAROTÍDEO COM CATETER APÓS TRAUMA PERFURANTE POR CORPO ESTRANHO

RECANALIZATION OF THE PAROTID DUCT WITH CATHETER AFTER PERFORATING TRAUMA BY A FOREIGN BODY

Carla Militão **Ricken*** , Guilherme Paladini **Feltrin** , Sílvia Natália Souza **de-Peder** , Liogi **Iwaki Filho** 

Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

*carlaricken7@gmail.com

RESUMO

A obstrução e lesão de ductos salivares por corpos estranhos são incomuns. As formas mais comuns de trauma do ducto parotídeo ocorrem devido a objetos pontiagudos e, mesmo que não sejam frequentes, essas lesões devem ser diagnosticadas e tratadas de forma precoce a fim de evitar problemas secundários. O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de diagnóstico e tratamento bem sucedido de lesão perfurante em ducto parotídeo, causada por corpo estranho. Paciente do sexo masculino e 34 anos compareceu ao Hospital Universitário de Maringá relatando trauma intraoral do lado direito com palito de madeira. Após exame clínico verificou-se a presença de um corpo estranho na região da mucosa jugal direita e lesão do ducto parotídeo. O objeto foi removido cirurgicamente e conduziu-se a recanalização do ducto com cateter de silicone. O paciente compareceu ao retorno de sete dias com a cânula em posição, sem sinais de infecção e com drenagem ativa de saliva. A utilização do cateter de silicone foi uma alternativa viável na reconstrução do ducto parotídeo após trauma perfurante por corpo estranho.

Palavras-chave: Cateterismo. Ferimentos e lesões. Glândula parótida.

ABSTRACT

Obstruction and injury of salivary ducts by foreign bodies are uncommon. The most common forms of trauma to the parotid duct are due to sharp objects and even if they are not frequent, these injuries must be diagnosed and treated early in order to avoid secondary problems. The aim of this study is to report a clinical case of successful diagnosis and treatment of perforating lesion in the parotid duct caused by a foreign body. A 34-year-old male patient attended the Maringá University Hospital, reporting intraoral trauma on the right side with a wooden toothpick. After clinical examination, a foreign body was found in the right cheek mucosa region and a lesion in the parotid duct. The object was removed and the duct was recanalized with a silicone catheter. The patient attended the seven-day return with the cannula in position, without signs of infection and with active saliva drainage. The use of the silicone catheter was a viable alternative in the reconstruction of the parotid duct after perforating trauma by a foreign body.

Keywords: Catheterization. Parotid gland. Wounds and injuries.

INTRODUÇÃO

As doenças das glândulas salivares como resultado da obstrução de um ducto salivar são comuns, entretanto quando causadas em consequência da obstrução por um corpo estranho são extremamente raras (ABE *et al.*, 1990). As lesões que ocorrem no ducto parotídeo geralmente oriundas de trauma e podem estar relacionadas a objetos perfurocortantes a partir de acidentes automobilísticos, facas, navalhas, fragmentos de garrafa e ferimentos à bala, ou até mesmo devido a procedimentos cirúrgicos (JOFFE, 1967; STEINBERG; HERRÉRA, 2005; DOCTOR *et al.*, 2007; SUJEETH; DINDAWAR, 2011).

O ducto parotídeo tem em média 7 cm de comprimento e, na borda anterior do músculo masseter, gira medialmente através do corpo adiposo da bochecha e depois penetra o músculo bucinador e mucosa jugal terminando na cavidade bucal através de pequenos orifícios localizados bilateralmente na altura dos segundos molares superiores (JOFFE, 1967; STEINBERG; HERRÉRA, 2005).

Embora as lesões da glândula parótida e do ducto parotídeo representem uma pequena porcentagem do trauma geral de tecidos moles, o cirurgião deve estar atento pois falhas no reconhecimento e tratamento dessas lesões podem desencadear complicações difíceis de serem resolvidas (LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002). Lewis e Knottenbelt relataram que a incidência de lesões da glândula parótida e do ducto parotídeo é de aproximadamente 0,21% dos casos de trauma (LEWIS; KNOTTENBELT, 1991).

As lesões de ducto parotídeo não diagnosticadas precocemente podem repercutir em problemas secundários como infecção ou fístulas extraorais, por exemplo. Os tecidos moles envolvidos no trauma e a glândula salivar relacionada devem ser examinadas atentamente, assim como os ramos do nervo facial e transversais, a artéria facial, e, a patência do ducto parotídeo. A presença de um corpo estranho no interior deste ducto pode obstruir a drenagem salivar local (STEINBERG; HERRÉRA, 2005; DEMIAN; CURTIS, 2008).

O tipo de tratamento das lesões de ducto salivar é determinado pela extensão da lesão. O objetivo do tratamento primário é reconhecer e tratar lesões na glândula e no sistema do ducto imediatamente após o trauma. Atualmente, existe um consenso de que o reparo cirúrgico de lesões de ductos salivares seja feito sempre que possível, visto que com a avanço das técnicas de microcirurgia e dos materiais de sutura, bons resultados são alcançados (LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002). As complicações resultantes do tratamento inadequado ou falta de tratamento primário eficaz das lesões de ductos salivares são muito mais difíceis de serem tratadas (VAN SICKELS; ALEXANDER, 1981).

Nesse contexto, o número limitado de publicações acerca do diagnóstico e tratamento da obstrução do ducto parotídeo associado a um corpo estranho decorrente de trauma, reitera a importância científica e clínica/cirúrgica deste estudo. Portanto, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de obstrução do ducto parotídeo por um corpo estranho (palito de madeira), decorrente de traumatismo intraoral, e, reportar o tratamento cirúrgico realizado.

RELATO DE CASO

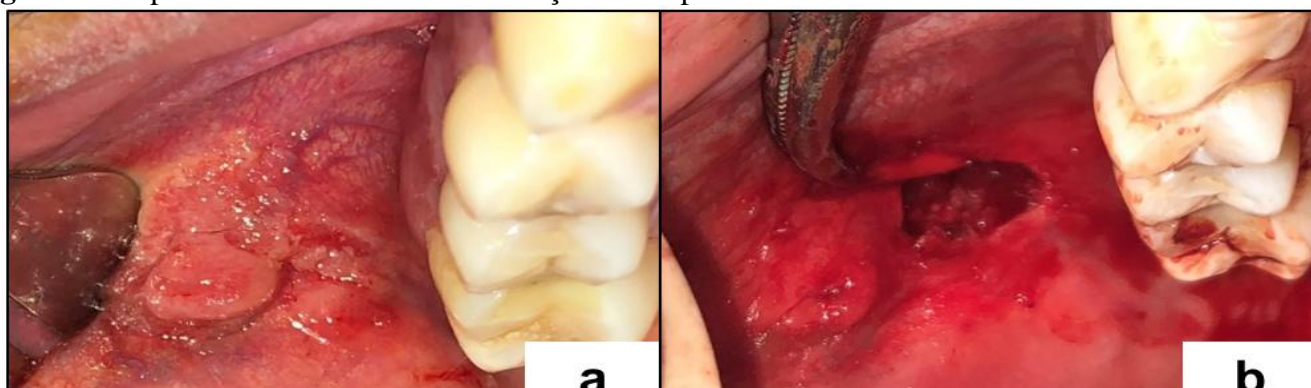
Paciente do sexo masculino, 34 anos, compareceu ao pronto atendimento do Hospital Universitário de Maringá com queixas álgicas e edema significativo em região de glândula parótida do lado direito. Foi confirmado um trauma recente em região de mucosa jugal à direita, por um palito de madeira, o qual, segundo relatado pelo paciente, se partiu ao meio e penetrou na região. O mesmo relatou estar embriagado no momento do acidente e não recordar se removeu total ou parcialmente o corpo estranho da ferida. Durante o atendimento inicial, o paciente encontrava-se em bom estado geral e negou quaisquer comorbidades.

Ao exame físico extraoral, foi diagnosticado um edema e acompanhado de dor à palpação na região da glândula parótida do lado direito. Durante o exame intraoral, foram observadas

diversas lesões perfurantes e lacerações em mucosa jugal à direita, na região de saída do ducto parotídeo (Figura 1a). Ao ordenhar a região não foi observado fluxo salivar, e, foi identificada a presença de um corpo estranho durante a palpação digital ao longo do trajeto do ducto parotídeo. O diagnóstico de sialoadenite decorrente de obstrução do ducto parotídeo por corpo estranho foi confirmado. A partir disto, conduziu-se a realização de procedimento cirúrgico, sob anestesia local, para a sua remoção.

Foi realizada uma incisão linear de 1 cm de comprimento na região abaixo do ducto parotídeo, divulsão e afastamento dos tecidos até que a região do ducto fosse identificada. Nesta etapa foi verificada a presença do corpo estranho perfurando o ducto e atravessando-o de forma transversal (Figura 1b).

Figura 1 - Aspecto inicial da mucosa e remoção do corpo estranho



Notas: a) Aspecto inicial da mucosa jugal do lado direito. Nota-se lacerações. b) Remoção do corpo estranho. Pode-se observar o palito de madeira sendo apreendido pelo instrumento.

Fonte: os autores.

Imediatamente após a remoção cuidadosa do fragmento do palito de madeira (Figura 2), foi possível observar a drenagem de conteúdo serosanguinolento, devido à desobstrução do ducto parotídeo.

Figura 2 - Palito de madeira removido



Fonte: os autores.

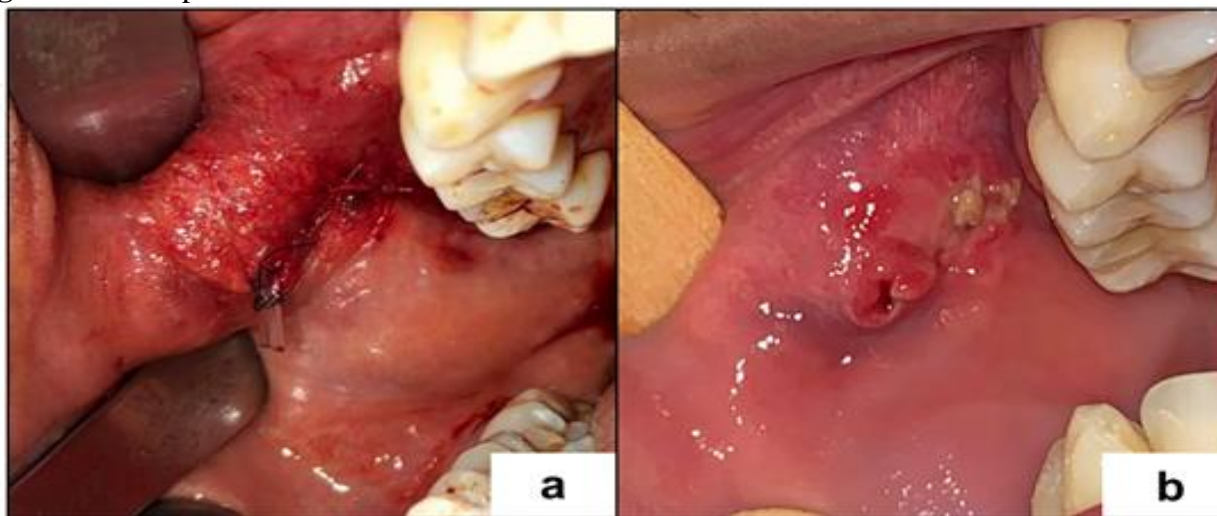
Além do trauma no ducto parotídeo, havia lacerações secundárias na região, devido às tentativas do paciente de remover o corpo estranho, que poderiam desviar o fluxo normal da saliva ou induzir a formação de fístulas indesejadas. Visando uma recanalização do ducto para restabelecer a drenagem da saliva no mesmo local pré-trauma, foi inserido um cateter de silicone Nº 16 através do óstio ductal e o mesmo foi transpassado para a região proximal do ducto lacerado, seguindo a anatomia normal do ducto parotídeo. O cateter foi mantido com sua extremidade distal fixado à mucosa oral com sutura de fio de nylon 4-0 (Figura 3a). Por fim, os tecidos foram reposicionados e suturados com fio de poliglactina 910 4-0, de forma que não houve colabagem tecidual e nova obstrução do ducto.

Clinicamente, no pós-operatório imediato, foi possível observar fluxo salivar discreto através do cateter em sua extremidade distal e a presença do mesmo no trajeto do ducto parotídeo foi confirmada através de exame de ultrassonografia. O paciente recebeu instruções pós-operatórias, prescrição antibiótica (Amoxicilina, 500mg de 8/8 horas, durante sete dias) e analgésica (Dipirona Sódica, 500mg de 6/6 horas, durante três dias). O cateter foi deixado em posição por cinco dias para que houvesse tempo suficiente de reepitelização do ducto lesionado e o trajeto do mesmo não sofresse alterações.

Ao sétimo dia de pós-operatório, o paciente apresentou-se com regressão significativa de edema, sem queixas álgicas, sem sinais e/ou sintomas de infecção, bom aspecto cicatricial das feridas, e, ao ordenhar a glândula parótida, foi observado um fluxo salivar discreto na região onde encontrava-se previamente a extremidade distal do cateter (Figura 3b).

Em 14 dias de pós-operatório, não havia mais sinais de edema nem queixas pelo paciente, as feridas estavam cicatrizadas e o fluxo salivar normalizado através da saída do ducto parotídeo. O paciente segue em acompanhamento com resultados satisfatórios até o presente momento.

Figura 3 - Pós operatório imediato e de 7 dias



Notas: 3a) Cateter em posição e suturado com porção distal para o interior da cavidade oral. 3b) Pós-operatório de 7 dias. O cateter já havia sido removido e a mucosa se apresentava sem sinais de infecção, com boa cicatrização e drenagem ativa de saliva.

Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

Em casos de trauma em região de glândula parótida, seja extra ou intraoral, o cirurgião deve proceder com uma avaliação local minuciosa, examinar as estruturas anatômicas envolvidas e procurar por algum corpo estranho que possa estar presente nas lacerações. Lewkowicz, Hasson e Nahlieli (2002) afirmam que lesões traumáticas nessa região podem lesionar outras estruturas importantes além da glândula em si e do ducto parotídeo, como por exemplo o nervo facial,

causando importantes alterações nos movimentos faciais, além do canal auditivo externo e da articulação temporomandibular (LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002).

Lesões traumáticas do ducto parotídeo são menos frequentes em comparação com os demais ductos de outras glândulas salivares e podem ocorrer por diversas causas. No caso relatado, o traumatismo ao ducto foi causado por um palito de madeira que fora, acidentalmente, introduzido através da mucosa jugal. Barbosa *et al.* (2012) relatam que dentre as causas de lesões aos ductos salivares, a mais comum é o trauma por objetos pontiagudos e/ou cortantes (BARBOSA *et al.*, 2012).

Em 1981, Van Sickles e Alexander propuseram uma classificação para os episódios traumáticos à glândula parótida, que leva em consideração a localização anatômica em que ocorreu o trauma: episódios traumáticos que ocorrem na região do parênquima da glândula, acima do músculo masseter, ou anterior a esse músculo (VAN SICKELS; ALEXANDER, 1981). No caso relatado, a área traumatizada pelo objeto pontiagudo se enquadra na região anterior ao músculo masseter. De acordo com Van Sickles e Alexander (1981), as lesões que ocorrem nessa região podem ser tratadas por meio de técnicas de restauração da continuidade e patência do ducto, ou criando uma fístula intraoral (VAN SICKELS; ALEXANDER, 1981). No caso relatado, a lesão ductal se encontrava mais próxima ao óstio do ducto, distante da glândula parótida. Segundo Lewkowicz, Hasson e Nahlieli (2002), quando a laceração do ducto está localizada próximo à abertura intraoral (papila), é mais facilmente visualizada e suturada. No entanto, quando a laceração é localizada mais próxima da glândula, a identificação do coto proximal e sutura primária do ducto são mais complicadas (LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002).

Após feito o diagnóstico de lesão do ducto salivar, a escolha da conduta dependerá da glândula lesionada, localização, mecanismo do trauma, infecções associadas, possíveis danos à longo prazo ao parênquima glandular e experiência do profissional (ABE *et al.*, 1990; STEINBERG; HERRÉRA, 2005; BARBOSA *et al.*, 2012).

Existem alguns tipos de tratamentos de trauma do ducto parotídeo descritos na literatura que variam de conservadores até os mais extremos como a parotidectomia e radiação (SUJEETH; DINDAWAR, 2011). De acordo com Abe *et al.* (1990), o tratamento cirúrgico dessa condição envolve o cateterismo do ducto, realizando-se a remoção do corpo estranho do ducto pela via intraoral ou até mesmo a excisão cirúrgica da glândula (ABE *et al.*, 1990). No caso relatado acima, optou-se pela realização de um tratamento cirúrgico que pudesse restabelecer a função da drenagem salivar à curto e longo prazo, para isso foi feita a remoção do corpo estranho de forma cautelosa e seguiu-se com o posicionamento de um cateter para que o ducto parotídeo fosse reepitelizado e sua patência restaurada. Os resultados da cirurgia mostraram-se satisfatórios uma vez que, ao retorno de sete dias, havia drenagem de fluido salivar e ausência de complicações pós-operatórias ou queixas do paciente.

Lewkowicz, Hasson e Nahlieli (2002) também relataram um caso de cateterismo do ducto parotídeo ao reparar um trauma na região da glândula parótida. Estes autores usaram um cateter intravenoso pediátrico, o que possibilita localizar o curso do ducto e assim, evitar que o mesmo seja ferido (LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002). No entanto, segundo Demian e Curtis (2008), lesões que requerem sutura e um *stent* na região mais proximal do ducto, podem não ser alcançáveis com um cateter pediátrico (DEMIAN; CURTIS, 2008). Nesse sentido, o uso de um cateter de silicone Nº 16, como foi utilizado no caso relatado acima, tem maior vantagem sobre o cateter pediátrico visto que possui um comprimento adequado que alcança regiões mais próximas à glândula parótida.

Da mesma forma, Barbosa *et al.* (2012) reportaram um caso em que o cateterismo do ducto parotídeo foi realizado com cateter Jelco número 20, após remoção de hiperplasia fibroepitelial, também resultando em drenagem ativa de saliva (BARBOSA *et al.*, 2012). Estes casos nos mostram que o uso de cateter para restabelecer o fluxo salivar normal é uma boa alternativa de tratamento quando o ducto parotídeo encontra-se lesionado.

Nahlieli e Baruchin (2000), em uma experiência a longo prazo, analisaram o diagnóstico e tratamento endoscópico de uma amostra de 236 glândulas salivares com suspeita de obstrução de seu ducto. Os autores elencaram três razões que justificam o cateterismo do ducto salivar, sendo elas: 1) para evitar obstrução do lúmen ductal por edema pós-operatório; 2) como *stent*; e, 3) permitir que partículas de cálculo após litotripsia sejam lavadas fora pela saliva (em casos de obstrução do ducto salivar por cálculo). A única contraindicação absoluta a essa técnica é em casos de sialoadenite aguda (NAHLIELI; BARUCHIN, 2000). Ao analisar o caso apresentado, podemos afirmar que o uso da cânula de silicone trouxe resultados satisfatórios, uma vez que auxiliou na manutenção do ducto parotídeo além de promover boa função de fluxo salivar.

Se não diagnosticadas precocemente, as lesões de ducto parotídeo, principalmente as que causam obstrução, podem resultar em infecções secundárias, fístulas, cistos ou sialoceles (SUJEETH; DINDAWAR, 2011; BARBOSA *et al.*, 2012). Segundo Steinberg e Herréra (2005), a formação tardia de uma sialocele é geralmente mais difícil para resolver, não havendo consenso sobre a melhor terapia. Uma sialocele como complicação precoce ou tardia originada do parênquima da glândula parece ter um melhor prognóstico, quando comparada com uma originária de lesões no ducto salivar (STEINBERG; HERRÉRA, 2005).

Sendo assim, é de extrema importância que o diagnóstico e tratamento corretos do trauma sejam realizados o mais brevemente possível, uma vez que terapias tardias podem ser mais complexas e com resultados menos previsíveis.

CONCLUSÃO

Lesões perforantes do ducto parotídeo, ocasionadas pela introdução inadvertida de corpo estranho causando sua obstrução, podem ser tratadas cirurgicamente com o auxílio de cateter de silicone para recanalização da porção lesionada. Além de segura, essa alternativa de mostrou simples e eficaz para a reconstituição do ducto parotídeo e sua patência no caso relatado. A proximidade da porção ductal comprometida com seu óstio, mais distal em relação à glândula parótida, parece favorecer esta abordagem.

REFERÊNCIAS

ABE, K. *et al.* Submandibular sialoadenitis due to a foreign body. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 28, n. 1, p. 50-52, 1990.

BARBOSA, D. C. *et al.* Catheterization of Stenon's duct for surgical excision of oral fibroepithelial hyperplasia. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 78, n. 1, p. 141, 2012.

DEMIAN, N.; CURTIS, W. A Simple Technique for Cannulation of the Parotid Duct. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 66, n. 7, p. 1532-1533, 2008.

DOCTOR, V. S. *et al.* Intraoral transposition of traumatic parotid duct fistula. **Archives of Facial Plastic Surgery**, v. 9, n. 1, p. 44-47, 2007.

JOFFE, N. Some sialographic findings in traumatic lesions of the parotid duct and gland. **American Journal of Roentgenology**, v. 100, n. 3, p. 656-663, 1967.

LEWIS, G.; KNOTTENBELT, J. D. Parotid duct injury: is immediate surgical repair necessary? **Injury: the British Journal of Accident Surgery**, v. 22, n. 5, p. 407-409, 1991.

LEWKOWICZ, A. A.; HASSON, O.; NAHLIELI, O. Traumatic injuries to the parotid gland and duct. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 60, n. 6, p. 676-680, 2002.

NAHLIELI, O.; BARUCHIN, A. M. Long-term experience with endoscopic diagnosis and treatment of salivary gland inflammatory diseases. **Laryngoscope**, v. 110, n. 6, p. 988-993, 2000.

STEINBERG, M. J.; HERRÉRA, A. F. Management of parotid duct injuries. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 99, n. 2, p. 136-141, 2005.

SUJEETH, S.; DINDAWAR, S. Parotid duct repair using an epidural catheter. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 40, n. 7, p. 747-748, 2011.

VAN SICKELS, J. E.; ALEXANDER, J. M. Parotid duct injuries. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 52, n. 4, p. 364-367, 1981.