



Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org



RELATO DE CASO

Extrusão percutânea espontânea de litíase de glândula parótida acessória[☆]

Alvaro Sánchez Barrueco ^{a,*}, Beatriz Sobrino Guijarro ^b,
Fernando González Galán ^a e Carlos Cenjor Español ^b

^a *Fundación Jiménez Díaz University Hospital, ENT and Cervicofacial Surgery Department, Madrid, Espanha*

^b *Fundación Jiménez Díaz University Hospital, Radiology Department, Madrid, Espanha*

Recebido em 27 de setembro de 2020; aceito em 9 de novembro de 2020

Introdução

A glândula parótida acessória (GPA) está presente em 56% da população geral de acordo com Toh et al.¹ Embora as doenças da GPA sejam semelhantes às encontradas na glândula parótida principal, a presença de uma GPA não aumenta o risco de parotidite por si só.² Além disso, apesar dos relatos de lesões malignas da GPA na literatura, raramente a sialolitíase obstrutiva na GPA tem sido relatada.³⁻⁶

A principal característica clínica da sialolitíase da GPA é o aparecimento de edema localizado anteriormente à glândula parótida principal, especificamente ao comer.⁶ Devido à localização da GPA, ela representa um potencial desafio diagnóstico para muitos médicos.

O objetivo deste artigo é relatar o primeiro caso publicado de sialolitíase de GPA com extrusão percutânea durante o período perioperatório e revisar as questões da literatura sobre doenças obstrutivas crônicas que afetam a GPA.

Relato de caso

Uma paciente do sexo feminino de 91 anos foi admitida no pronto-socorro com edema de parótida anterior esquerda acima do osso da mandíbula (*fig. 1*). O exame físico da cavidade oral confirmou a presença de bloqueio do ducto de Stensen esquerdo e dor na área zigomática esquerda da face. A ultrassonografia das glândulas salivares mostrou grande dilatação do ducto de Stensen, com presença de litíase de 4mm em uma potencial glândula acessória. O diagnóstico foi concluído com ressonância magnética após o protocolo de sialografia, que confirmaram a presença de alterações inflamatórias agudas e presença de litíase de 4mm na GPA esquerda (*fig. 2*). Além disso, foi evidenciada a presença de estenose moderada do ducto principal, que levou a grave dilatação retrógrada do ducto de Stensen e alterações inflamatórias agudas da glândula parótida principal (*fig. 3*). Portanto, a paciente foi diagnosticada com sialoadenite de GPA causada por sialolitíase.

DOI se refere ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.11.005>

[☆] Como citar este artigo: Barrueco AS, Guijarro BS, Galán FG, Español CC. Spontaneous percutaneous extrusion of an accessory parotid gland lithiasis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2021;87:758-60.

* Autor para correspondência.

E-mail: alvaro.sanchez.barrueco@gmail.com

(A. Sánchez Barrueco).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.



Figura 1 Edema da parótida anterior esquerda e mandíbula superior (imagem à esquerda) e úlcera cutânea com drenagem purulenta proveniente da glândula parótida acessória esquerda (imagem à direita).

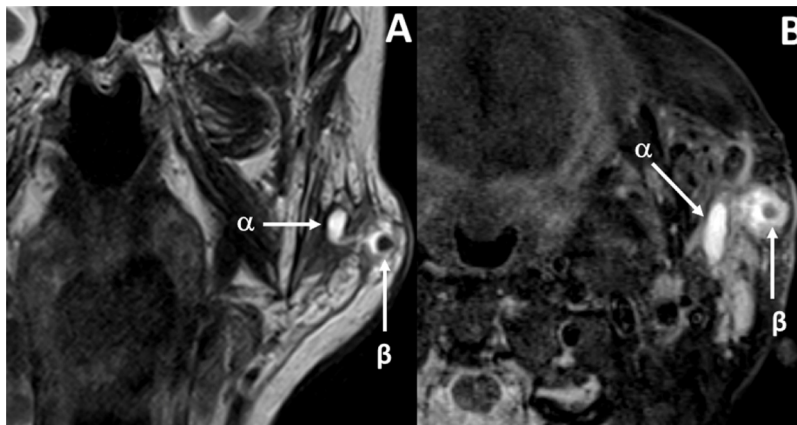


Figura 2 Imagem coronal ponderada em T2 (A) e imagem axial STIR (B) mostram uma lesão ovoide bem definida, com baixa intensidade de sinal, dentro do lobo parotídeo acessório, consistente com um sialólito (β) e dilatação significativa do ducto de Stensen (α).

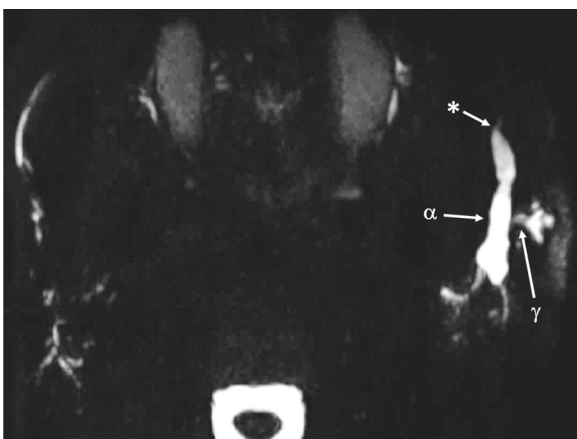


Figura 3 Reconstrução MIP de projeção axial de sialografia por RM em 3D, mostra a presença de pequenos ductos anteriores e laterais à glândula parótida esquerda que drenam para o ducto de Stensen principal (α), em conformidade com um lobo parotídeo acessório. O ducto de Stensen mostra-se gravemente dilatado (γ) secundário a um acentuado estreitamento distal (*).

De acordo com a técnica descrita por Nahieli,⁷ a extração percutânea da litíase sob anestesia local e sedação foi considerada, devido à idade da paciente.

Surpreendentemente, a paciente retornou ao serviço dois dias depois e citou ulceração cutânea progressiva no bucinador esquerdo com secreção purulenta (fig. 1). Diante desses achados no ambulatório, fizemos, sob anestesia local (articaína com epinefrina), o desbridamento e a retirada completa da litíase intraglandular esquerda da GPA, que media 5 × 3 mm. Uma tira de gaze com terramicina foi colocada sobre o defeito cutâneo e prescreveu-se antibiótico oral (amoxicilina-clavulânico 875/125 mg a cada 8 horas, por 10 dias). Após 2 semanas, a ferida cutânea estava completamente cicatrizada e a sintomatologia da paciente havia cessado. Após um seguimento de 6 meses, a paciente estava assintomática e não havia sinais de sialoadenite obstrutiva crônica.

Discussão

A GPA está localizada na área lateral da face atrás do processo zigomático, geralmente anterior à glândula parótida,

paralelo ao ducto de Stensen e superficial ao músculo masseter.⁸ Ela pode estar situada na parte superior ou inferior do ducto de Stensen. Apesar de sua prevalência em mais de 50% dos seres humanos,¹ os distúrbios de GPA podem configurar um desafio diagnóstico quando sua existência é desconhecida pelos médicos.

O tecido glandular acessório, diferente da glândula parótida principal, apresenta ácinos serosos e mucosos.¹ Essa característica histopatológica revela falta de diferenciação da GPA. A glândula parótida principal mostra ácinos mistos⁹ apenas na fase neonatal e os ácinos serosos são predominantes na idade adulta. Os ácinos mucosos são conhecidos por serem mais propensos à sialolitíase, como é o caso das glândulas submandibulares.¹⁰ Assim, a presença de ácinos mucosos poderia justificar a predisposição da GPA em desenvolver sialolitíase.

Anteriormente, a literatura mostrou várias publicações que relatavam diferentes tumores originados na GPA. Entre os tumores benignos que a acometem, o adenoma pleomórfico é o mais comum. Já entre os tumores malignos, o carcinoma mucoepidermoide, linfoma, linfoepitelioma ou carcinoma de células acinares são os mais comuns.⁴

Há poucos artigos disponíveis sobre sialoadenite obstrutiva crônica que afeta especificamente a GPA causada pela sialolitíase.³⁻⁶ Entretanto, um caso de extrusão cutânea espontânea de uma litíase de glândula parótida acessória não foi encontrado na literatura médica pesquisada.

Recentemente, foi postulada a possível participação da GPA no desenvolvimento de sialoadenite parotídea.² A presença da GPA e o comprimento do ducto de Stensen junto com quaisquer cálculos dentro da glândula acessória^{3,5} foram relacionados e são significativos para o desenvolvimento de parotidite.

Pacientes que apresentam sialolitíase de GPA comumente descrevem um inchaço da região anterior da parótida, geralmente ao comer, que pode envolver a glândula parótida principal. O diagnóstico clínico deve ser complementado com um estudo radiológico composto por ultrassonografia e/ou TC ou RM. Nos últimos anos, o uso da sialografia por ressonância magnética tem sido recomendado. As técnicas de ressonância magnética podem demonstrar com alta especificidade a presença de estenoses, cálculos minúsculos ou outras causas menos frequentes de obstrução,¹⁰ enquanto poupam o paciente da exposição à radiação associada a uma tomografia computadorizada.

O tratamento da sialolitíase de GPA ainda não foi padronizado devido à natureza incomum dessa condição clínica. A maioria dos autores preconiza o tratamento conservador como primeira etapa, com antibióticos orais e anti-inflamatórios para a dor.⁶ O tratamento cirúrgico é provavelmente mais apropriado quando os sintomas reaparecem após a

falha do tratamento clínico. A abordagem cirúrgica recomendada para a retirada da GPA e de sua litíase^{4,5} é através de uma incisão de parotidectomia e dissecação anterior à glândula parótida para alcançar a GPA. Por outro lado, uma abordagem transoral com microscópio e com monitoração rigorosa do nervo facial³ também pode ser considerada.

Conclusão

A glândula parótida acessória pode apresentar sialoadenite obstrutiva crônica relacionada à sialolitíase. O conhecimento da presença da glândula parótida acessória deve ser disseminado para que os médicos possam fazer o diagnóstico e tratamento precoces e, em última instância, evitar complicações associadas, como ulceração da pele facial e extrusão da litíase.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Toh H, Kodama J, Fukuda J, Rittman B, Mackenzie I. Incidence and histology of human accessory parotid glands. *Anat Rec.* 1993;236:586-90.
2. Bahadir O, Caylan R, Bektas D, Korkmaz O. Sialolithiasis of an accessory parotid gland. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2004;113:52-4.
3. Debnath SC, Adhyapok AK. Sialolithiasis of an accessory parotid gland: an unusual case. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015;53:658-9.
4. Kim JH, Kim MB, Chang SW, Kang JW. Sialolithiasis of an Accessory Parotid Gland Causing Mid-Cheek Pain. *J Craniofac Surg.* 2017;28:e216-7.
5. Nahlieli O, London D, Zagury A, Eliav E. Combined approach to impacted parotid stones. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60:1418-23.
6. De Riu G, Meloni SM, Massarelli O, Tullio A. Management of mid-cheek masses and tumors of the accessory parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;111:e5-11.
7. Takeishi J. Histochemical studies on the salivary glands of the human fetus. *Shikwa Gakuho.* 1966;66:1073-102.
8. Ho V, Currie WJ, Walker A. Sialolithiasis of minor salivary glands. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1992;30:273-5.
9. Stenner M, Preuss SF, Huttenbrink KB, Klussmann JP. Accessory parotid gland lesions: case report and review of literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008;265:1135-8.
10. Sobrino-Guijarro B, Cascarini L, Lingam RK. Advances in imaging of obstructed salivary glands can improve diagnostic outcomes. *Oral Maxillofac Surg.* 2013;17:11-9.