

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: [www: sgorl.org/revista](http://www.sgorl.org/revista)

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Artículo original

Patologia Benigna Das Glândulas Salivares-Avaliação de 50 cirurgias

Bening Salivary Glands Pathology-Evaluation of 50 surgeries

Roberto Estêvão, Sérgio Caselhos, Rafaela Veloso Teles, Jorge Rodrigues, Ana Castro e Sousa, Vânia Henriques, Carlos Matos, Fausto Fernandes.
Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal

Recibido: 15/05/2015 Aceptado: 26/06/2015

Resumen

Introdução: As glândulas salivares são um conjunto de glândulas com características serosas, mucosas ou sero mucosas. Podem ser acometidas por um conjunto de patologias benignas, com conseqüente multiplicidade de tratamentos. Entre as patologias mais frequentes destacamos a sialolitíase e os tumores benignos das glândulas salivares. A cirurgia assume um papel importante no diagnóstico e no tratamento da maioria das patologias, pelo que os autores consideraram importante aprofundar conhecimentos acerca desta área.

Objectivos: Com este trabalho pretende-se descrever e analisar a evolução clínica, achados histológicos e as complicações operatórias dos doentes com patologia benigna submetidos a cirurgia das glândulas salivares num serviço de ORL.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo realizado entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2012.

Resultados: No período em estudo realizaram-se 50 cirurgias das glândulas salivares, das quais 15 parotidectomias e 35 sialoadenectomias submandibulares, incluindo 3 cirurgias de revisão. Os doentes com idade média de 42 ± 17 anos eram predominantemente do género masculino. O tempo de evolução médio dos sintomas foi de 14 ± 6 meses. O principal achado histológico foi a sialoadenite crónica (56%), seguida de adenoma

Correspondencia: Roberto Manuel Henriques Estêvão
Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal
E-mail: roberto_estevao@hotmail.com

pleomórfico (35%). Relativamente às complicações na cirurgia da parótida as mais frequentes foram a formação de sialocelo (6,7%) e de cicatriz quelóide (6,7%).

Conclusão: De acordo com os resultados encontrados neste estudo, verifica-se que o que a principal patologia que motivou a cirurgia foi a sialoadenite crónica. Conclui-se que a cirurgia continua a ser uma forte arma para o tratamento e ocasionalmente para o diagnóstico nas patologias benignas das glândulas salivares e apresenta baixa taxa de complicações.

Palabras clave: Glândulas salivares, parótida, submandibular, cirurgia.

Abstract

Introduction: The salivary glands are a set of glands with serous features, mucous or seromucous membranes. They may be affected by a number of benign and malignant pathologies, with a resulting multiplicity of treatments. Among the most frequent benign pathologies we highlight the sialolithiasis and tumors of the salivary glands. Surgery plays an important role in the diagnosis and treatment of these diseases, whereby the authors considered it important to increase knowledge on this area.

Objectives: This study aims to describe the clinical, histological findings and surgical complications, in salivary glands surgery in a ENT department.

Material and Methods: Retrospective study from January 2002 to December 2012.

Results: During the study period they were carried out 50 surgeries of the salivary glands, of which 15 parotid and 35 sialoadenectomies including 3

revision surgeries. Patients mean age 42 ± 17 years were predominantly males. The average disease duration of symptoms was 14 ± 6 months. The main histological finding was chronic sialadenitis (56%), followed by pleomorphic adenoma (35%). Concerning the complications of surgery were the most frequent parotid forming sialocelo (6.7%) and keloid scars (6.7%).

Conclusion: According to the results of this study, it appears that the main pathology that led to surgery was chronic sialadenitis. It is concluded that surgery continues to be a strong weapon for the treatment and occasionally for the diagnosis in benign pathologies of the salivary glands, and has low complication rate.

Keywords: Salivary, parotid, submandibular glands, surgery.

Introducción

As glândulas salivares são um conjunto de glândulas com características serosas, mucosas ou seromucosas, cuja principal função é a produção e secreção de saliva. A saliva tem propriedades físico-químicas únicas desempenhando funções de lubrificação, digestão, imunidade e manutenção da homeostasia¹.

Podem ser classificadas em glândulas salivares maior e menor: as glândulas maior englobam as glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais; as glândulas salivares minor são um conjunto de 700 a 1000 glândulas com dimensões entre 1-5 mm, distribuídas essencialmente a nível de toda a cavidade oral e orofaringe, predominando a nível do palato².

As glândulas salivares podem ser acometidas por um conjunto de patologias benignas e ma-

lignas vasto, com conseqüente multiplicidade de tratamentos.

A sialolitíase é uma patologia muito frequente nas glândulas salivares major, com predilecção pelas glândulas submandibulares. Caracteriza-se pela formação de cálculos, geralmente de fosfato de cálcio ou hidroxipatite a nível dos ductos ou parênquima das glândulas. Habitualmente causam obstrução da secreção de saliva, provocando uma reacção inflamatória crónica a nível da glândula, fibrose e atrofia acinar³.

Os tumores das glândulas salivares correspondem a 3% dos tumores da cabeça e pescoço, são mais frequentes entre a quinta e sexta década de vida e surgem predominantemente a nível das glândulas parótidas, seguidas das submandibulares⁴. O adenoma pleomórfico é o tumor benigno mais comum. A exérese cirúrgica deste tumor geralmente é curativa^{4,5}.

Este trabalho visa descrever e analisar a evolução clínica, achados histológicos e as complicações operatórias dos doentes com patologia benigna submetidos a cirurgia das glândulas salivares num serviço de ORL.

Material y Métodos

Os autores realizaram um estudo retrospectivo entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2012, no serviço de ORL do Hospital de Guimarães – Centro Hospitalar Alto Ave.

Foram incluídos os doentes com patologia benigna submetidos a intervenção cirúrgica das glândulas parótidas e submandibulares no período em estudo. Entre as variáveis estudadas incluíram-se dados demográficos, semiológicos, imagiológicos e histológicos, assim com as complicações intra e pós operatórias.

Excluíram-se do estudo os doentes com patologia maligna, a patologia das glândulas salivares minor e as cirurgias realizadas por via transoral.

As diferentes variáveis do estudo foram posteriormente registadas em bases de dados, utilizando para apresentação dos dados o programa informático Excell2010®.

Resultados

No período em estudo foram realizadas 50 cirurgias das glândulas salivares, correspondendo ao total de 47 doentes. Estas cirurgias incluíram 14 parotidectomias superficiais, 1 enucleação de lesão parotídea, 32 sialoadenectomias submandibulares e 3 cirurgias de revisão (Fig.1).

Os doentes submetidos a cirurgia eram 24 do género masculino (51%) e 23 do género feminino (49%) com idade média de 42 ± 17 anos (Fig.2).

A principal apresentação clínica foi a tumefacção/nódulo na região da respectiva glândula, sendo dolorosa em 65% dos doentes. O tempo de evolução médio dos sintomas foi de 14 ± 6 meses. Salientamos ainda que 27% dos doentes referiam hábitos tabágicos (Fig.3).

O principal achado histológico foi a sialoadenite crónica em 27 casos (56%), seguida de adenoma pleomórfico 17 casos (35%). A sialoadenite crónica foi encontrada exclusivamente em patologia das glândulas submandibulares, a maioria (85%) com evidência imagiológica ou histológica de sialolitíase (Tabela 1).

Em 21 doentes realizou-se punção biópsia aspirativa (PBA) previamente à cirurgia, dos quais 12 apresentava patologia das glândulas parótidas e 9 patologia das glândulas submandibulares. Em 8

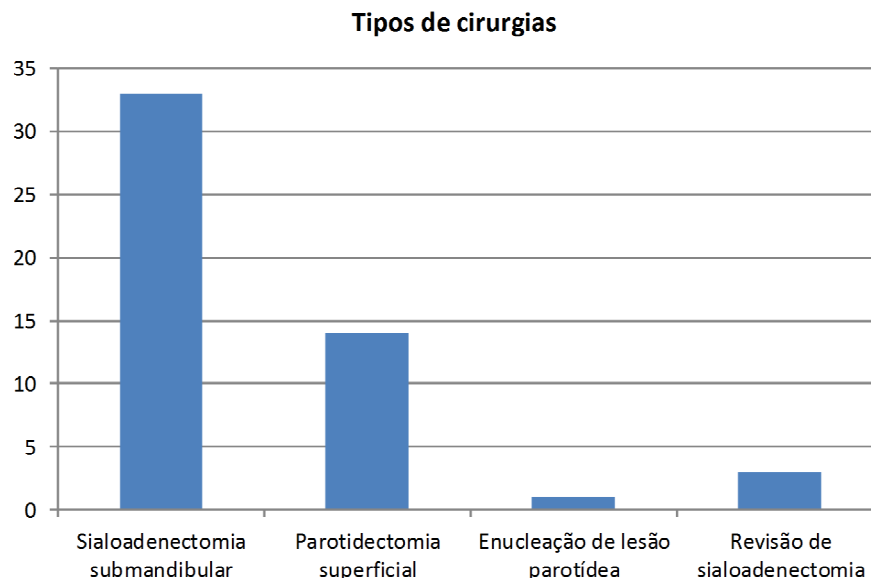


Figura 1: Tipos de cirurgias realizadas (n=50)

Distribuição dos doentes por género

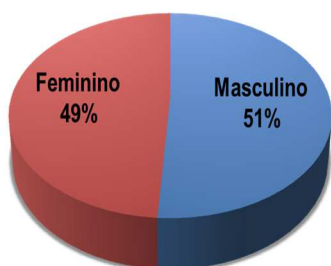


Fig. 2 – Distribuição dos doentes por género (n=47)

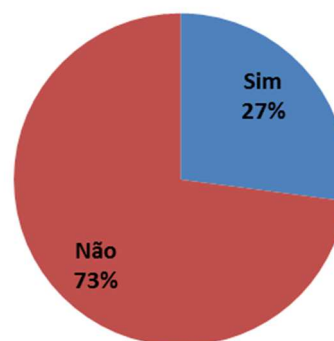


Fig. 3 – Hábitos tabágicos

Glândula	Histologia	Nº de doentes	Idade (anos)	Género
Parótida	Adenoma Pleomórfico	12	43,6±13,2	9M:3F
	Tumor de Warthin	2	62±15,6	1M:1F
	Hemangioma Cavernoso	1	40	F
Submandibular	Sialoadenite Crónica	27	39,9±15,9	11M:16F
	Adenoma Pleomórfico	5	26,7±16,7	3M:2F

Tabela 1: Resultados histológicos encontrados

(38%) casos esta foi inconclusiva ou normal, em 7 (33%) houve evidência de adenoma pleomórfi-

co, 5 (24%) sialoadenite crónica e 1 (5%) tumor de Warthin (Fig. 4).

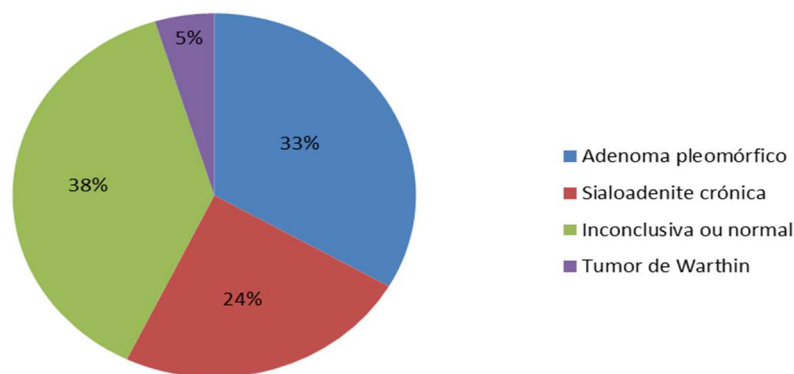


Figura 4: Resultados da punção biópsia

Relativamente aos 17 casos de adenomas pleomórficos, 12 ocorreram a nível do lobo superficial das glândulas parótidas (8 do lado direito e 4 do lado esquerdo) e 5 a nível das submandibulares (2 do lado direito e 3 do lado esquerdo) (Fig.5).

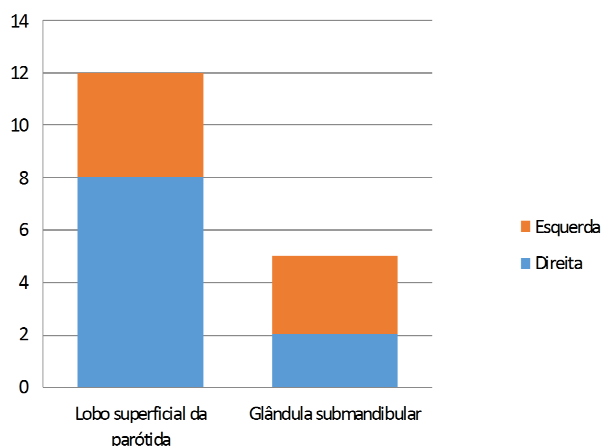


Figura 5: Distribuição anatómica dos adenomas pleomórficos

Os adenomas pleomórficos surgiram a nível das glândulas parótidas numa idade média de $43,6 \pm 13,2$ anos e a nível das submandibulares aos $26,7 \pm 16,7$ anos, predominando no sexo masculino 12M:5F. De salientar um caso raro de uma criança de 10 anos, género feminino, observada em consulta por tumefacção submandibular esquerda, de crescimento progressivo, com 4 anos de evolução. Foi efectuada TC cervical que revelou volumosa massa

heterogénea, de 5 x 2.5 cm, a nível da glândula submandibular esquerda. A PBA demonstrou tratar-se de adenoma pleomórfico. Foi submetida a sialoadenectomia submandibular esquerda e o exame anatomo - patológico confirmou tratar-se de um adenoma pleomórfico (Fig. 6).

As complicações cirúrgicas encontram-se descritas na tabela 2. O Sialocelo (Fig.7) ocorreu numa doente de 51 anos, submetida a parotidectomia superficial por adenoma pleomórfico da parótida direita. No 8º dia pós-operatório iniciou um quadro de edema a nível da região submandibular direita. O diagnóstico foi confirmado com ecografia cervical, TC cervical e aspiração do conteúdo seroso. A doente foi tratada com drenagens sucessivas, a utilização de um penso compressivo e medicada com butilescolamina 10 mg 8/8h. Obteve-se resolução do quadro clínico passadas 3 semanas. A formação do quelóide (Fig. 8) ocorreu num doente de 53 anos, 2 anos após parotidectomia superficial. De relatar também a ocorrência de infecção da loca cirúrgica com formação de abscesso tendo-se resolvido com drenagem e antibioterapia. No que diz respeito ao tempo de internamento médio dos doentes operados este foi de $4,8 \pm 1,5$ dias.

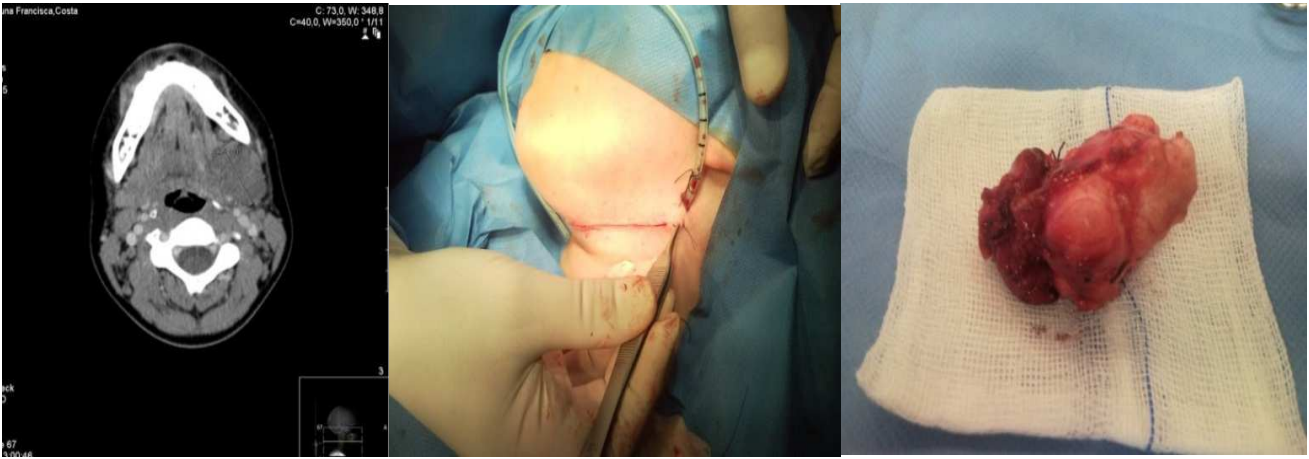


Figura 6: Adenoma pleomórfico numa criança

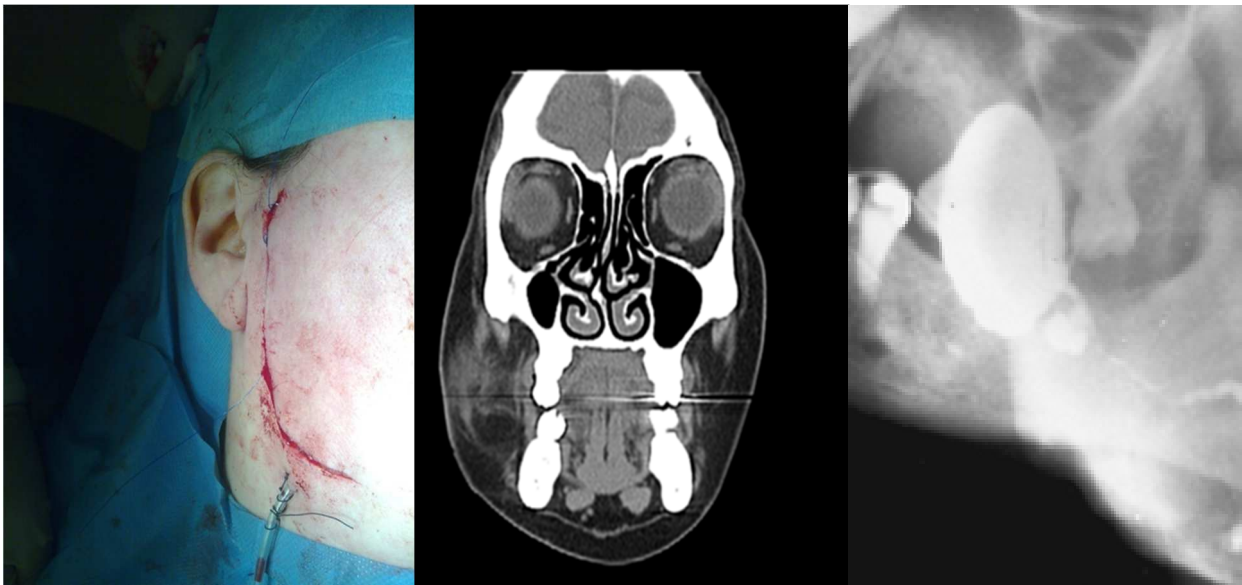


Figura 7: Complicação precoce de parotidectomia superficial - Sialocelo



Figura 8: Complicação tardia de Parotidectomia superficial – quelóide

Discussão

Tal como documentado em outros estudos^{4,5}, a mais frequente foi o adenoma pleomórfico, quer a nível das glândulas parótidas quer das submandibulares. Esta neoplasia benigna foi encontrada mais frequentemente em indivíduos do sexo masculino, sendo que nos grupos etários mais jovens a glândula submandibular foi a mais atingida enquanto em idades superiores foi a glândula parótida. De notar que no período em estudo não se detectou nenhuma recidiva.

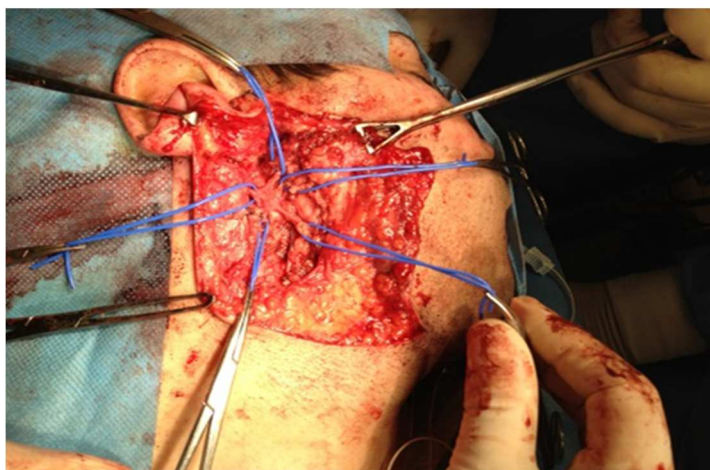
Os autores referem a ocorrência de um caso de um hemangioma cavernoso da glândula parótida numa doente de 40 anos, que foi tratado cirurgicamente, com bom resultado. Trata-se de um caso raro nesta idade. Apesar de existirem várias modalidades terapêuticas para o tratamento dos hemangiomas parotídeos (bleomicina, propranolol, escleroterapia), a cirurgia também está descrita como modalidade terapêutica com excelentes resultados⁶.

Verifica-se também que uma percentagem relevante (38%) das PBA realizadas previamente às cirurgias foi inconclusiva. Apesar de ser um exame simples e seguro, a nível das glândulas salivares a sua interpretação citológica pode ser limitada se não forem existentes características histológicas típicas, apresentando ainda uma elevada taxa de falsos positivos e falsos negativos⁷.

Relativamente à sialolitíase, esta surgiu essencialmente a nível das glândulas submandibulares (85% dos doentes com sialoadenite crónica). Não foi operado nenhum doente por sialolitíase da glândula parótida. Como é sabido, a sialolitíase das submandibulares é mais frequente devido as diferenças anatómicas do canal de Wharton relativamente ao canal de Sténon (mais horizontalizado) o que é mais propício a estase salivar. Para além disso, a saliva produzida nas submandibulares é mais rica em minerais e menos rica em proteínas, facilitando a formação de cálculos⁸. Analisando a literatura existente⁹, apesar de a sialoendoscopia ou a litotricia serem técnicas que procuram oferecer uma alternativa viável à cirurgia, a sialoadenectomia tem também um papel relevante no tratamento da patologia obstrutiva das glândulas submandibulares.

Relativamente às complicações na cirurgia da parótida relata-se a ocorrência de um sialocelo nas 15 cirurgias (6,7%) e a formação de uma cicatriz quelóide (6,7% das cirurgias). Não se registou outras complicações como síndrome de Frey ou paralisia facial, descritas na literatura como tendo uma incidência de 5 a 6% e de 10 a 15% respectivamente¹⁰. Tal pode estar relacionado com o facto de as cirurgias dizerem respeito a patologia benigna e de ser usada monitorização intra-operatória do nervo facial (Fig.9).

Figura 9: Dissecção do nervo facial após parotidectomia superficial, com monitorização do nervo.



O sialocelo resulta da lesão do canal de Sténon e/ou drenagem para fascia pré-parotídea de conteúdo de ácinos salivares, ocorrendo em 5 – 10% das parotidectomias superficiais. O seu tratamento pode ser conservador, ou cirúrgico¹⁰.

Neste estudo verificou-se uma paresia do nervo marginal da mandíbula com recuperação completa após medicação com corticosteróide e realização de 3 meses de fisioterapia. A parésia temporária do nervo marginal da mandíbula pode ocorrer em 10-30% das sialoadectomias submandibulares^{11,12}.

Geralmente está associada ao estiramento ou manipulação operatória do nervo. A paralisia permanente é rara^{11,12}, e geralmente ocorre após secção acidental do nervo ou lesão do nervo por electrocautério.

Dois doentes também referiram transitoriamente no pós-operatório imediato parestesias no bordo lateral da língua, com recuperação completa em alguns meses, sem nenhum tratamento. A lesão do nervo lingual ocorre em 3-6% das sialoadenectomias submandibulares¹¹. A correcta identificação e protecção do nervo são fundamentais. A inflamação crónica da glândula pode tornar difícil separar a glândula do nervo¹¹.

Conclusiones

Apesar de a punção biopsia aspirativa ser um bom método complementar de diagnóstico na avaliação pré operatória dos doentes com patologia das glândulas salivares realçamos a elevada taxa de doentes em que este exame foi inconclusivo ou normal.

Conclui-se que a cirurgia continua a ser uma forte arma para o tratamento e ocasionalmente para o diagnóstico para este tipo de patologias baixa taxa de complicações. Apesar de ser uma

patologia abrangente frequentemente tratada por outras especialidades, cabe também ao otorrinolaringologista, como cirurgião da cabeça e pescoço, o diagnóstico e tratamento das patologias das glândulas salivares.

Declaración de conflicto de intereses: Os autores declaram não ter conflito de intereses a apresentar.

Bibliografía

- 1- Christopher H. Anatomy, Function and evaluation of the salivar glands. In: Eugene Meyers Salivary gland Disorders, Springers, 2007: pp14-29.
- 2- Johns M. The salivary glands: Anatomy and Embriology. *Otolaryngol Clin North Am.* 1977 Jun; 10:261-71.
- 3- Lustran J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis: a survey on 245 patients and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990; 19:135-8.
- 4- Perla B, Ramirez B, Gerardo BE, Hystology of Submandibular gland Tumours, 10 Years' Experience, *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2011; 62(6): 432-35.
- 5- Orendorz FK, Pazdro ZK, Morawaska KM. Epidemiological evaluation of salivary gland tumors in the Wroclaw ENT department patients in the years 2001-2010. *Otolaryngol Pol.* 2013 Jan; 67 (1):30-3.
- 6- Weiss I, Lipari BA, Meyer L, Berenstein A. Current treatment of parotid hemangiomas. *Laryngoscope.* 2011 Aug; 121(8): 1642-50.
- 7- Hye JJ, Hyo JA, Soojin J. Diagnostic difficulties in fine needle aspiration of benign salivary glandular lesions. *The Korean Journal of Pathology* 2012; 46:569-575.
- 8- Bodner L. Parotid sialolithiasis. *J. Laryngol Otol* 1999; 113: 266-7.
- 9- Capaccio P, Torretta S, Pignataro L. The role of adenectomy for salivar gland obstructions in the era of sialoendoscopy and lithotripsy. *Otolaryngol Clin North Am.* 2009; 42:1161-71.
- 10- Langdon JD. Complications of parotid gland surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1984; 12:225-229.
- 11- Kennedy PJ, Poole AG. Excision of the submandibular gland: Minimizing the risk of nerve damage. *Aust NZJ Surg* 1989;59 : 411-414.
- 12- Milton CM, Thomas BM, Bickerton RC. Morbidity study of submandibular gland excision. *Ann R Coll Surg Engl* 1986; 68: 148-150.