

# FIRST BITE SYNDROME. UMA COMPLICAÇÃO RARA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

## *First Bite Syndrome: a rare complication after head and neck surgery*

Marcelo Prates

Interno de Formação Especializada em Estomatologia | Hospital de São José | Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central  
Contacto do autor: [mprates@campus.ul.pt](mailto:mprates@campus.ul.pt)

## RESUMO

O *First Bite Syndrome* é um quadro de dor facial que surge mais frequentemente como complicação de cirurgia da cabeça e pescoço. Caracteriza-se por um quadro de dor que surge com o início da mastigação e que vai diminuindo de intensidade ao longo da refeição. Devido ao impacto que pode ter na alimentação, é importante saber identificar e tratar esta síndrome. O tratamento pode ser complexo e varia com a causa.

### Abstract

*First Bite Syndrome is a facial pain Syndrome that appears more frequently as a complication following head and neck surgery. It is characterized by a facial pain that starts after the first bites and that decreases in intensity during the meal. Because of the impact it can have on the feeding process, it is important to know how to diagnose and treat this condition. The treatment can be complex and it varies depending on the cause.*

Palavras-chave: dor facial, dor orofacial, cirurgia, parótida  
Keywords: facial pain, orofacial pain, surgery, parotid

First Bite Syndrome (FBS) - em português Síndrome da Primeira Dentada - é uma complicação pouco comum de cirurgia da cabeça e pescoço, nomeadamente da fossa infratemporal, espaço parafaríngeo ou do lobo profundo da parótida. É caracterizada por uma dor facial aguda na região parotídea, muitas vezes com irradiação para a região auricular, e que se inicia com a primeira dentada de cada refeição. A dor pode durar alguns segundos, melhora com a continuação da mastigação e é mais forte na primeira refeição do dia ou após várias horas sem comer. Alguns doentes referem dor com a salivação ou dor mais intensa com alimentos ácidos. A dor pode ser bastante forte, ao ponto de afetar a qualidade de vida por tornar difícil a alimentação. O diagnóstico é clínico, baseado na história sugestiva e exame objetivo normal. Por esta razão é importante que qualquer médico da área de cabeça e pescoço saiba identificar e tratar esta síndrome.

Embora a maioria dos casos ocorra como complicação pós-operatória, estão descritos alguns casos não relacionados com cirurgia e cuja causa é mais frequentemente tumoral. Doentes que apresentem queixas sugestivas de FBS sem qualquer história de cirurgia devem ser estudados para a possibilidade de terem um tumor da parótida.

A causa e mecanismos na origem desta síndrome não são totalmente compreendidos, no entanto pensa-se que ocorre devido ao dano provocado nas fibras responsáveis pela inervação simpática da parótida, mais especificamente das células mioepiteliais<sup>[1]</sup>. Isto faz com que haja uma hipersensibilidade das células mioepiteliais aos neurotransmissores parassimpáticos. Assim, a libertação de neurotransmissores do parasimpático que ocorre com a salivação e mastigação leva a uma contração intensa das células mioepiteliais da parótida que se pensa ser responsável pelo quadro algico<sup>[1-3]</sup>.

O tratamento é complexo e varia com a causa. Na terapêutica farmacológica, os anticonvulsivantes como a carbamazepina, pregabalina e gabapentina associados ou não a antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina são os fármacos mais eficazes na diminuição da intensidade e duração da dor<sup>[4]</sup>.

Quando a causa das queixas se deve a um tumor da parótida, a parotidectomia pode ser eficaz na resolução dos sintomas<sup>[5,6]</sup>. No entanto, esta deve ser total uma vez que a FBS pode surgir no contexto de uma parotidectomia parcial. Está também descrita a resolução das queixas de FBS na sequência de radioterapia neoadjuvante após esvaziamento ganglionar cervical<sup>[4,7]</sup>. No entanto, antes de se considerar este tipo de tratamentos de carácter definitivo e não isento de consequências, deve ser tido em conta que numa grande percentagem de casos a intensidade e duração da dor vai diminuindo, podendo inclusivamente ter resolução espontânea<sup>[8]</sup>, pelo que será prudente avaliar a evolução das queixas.

O tratamento com aparentes melhores resultados e com eficácia comprovada na diminuição da dor e na melhoria da qualidade de vida é a injeção intraparotídea de toxina botulínica que atua inibindo a libertação de acetilcolina na junção neuromuscular, reduzindo a contração das células mioepiteliais. Embora não haja um protocolo standard para este tratamento, os dois mais usados são a administração de 11 unidades de toxina botulínica em três injeções (maior probabilidade de recorrência, mas administração menos dolorosa) ou a administração de 75 unidades numa única injeção (eficácia mantida durante 6 meses, mas administração mais dolorosa) [9,10].

Anti-inflamatórios não esteroides, acupuntura, sprays anestésicos, bloqueios anestésicos regionais, analgésicos orais e neurectomia timpânica ou auriculotemporal não demonstraram ter eficácia no controlo sintomatológico [11].

Concluindo, a FBS tem origem numa desregulação entre o simpático e o parassimpático. É uma síndrome para a qual deve haver uma sensibilização por parte dos médicos, principalmente dos que trabalham na área de cabeça e pescoço. Os doentes devem ser informados de que se trata de uma complicação possível de cirurgia de cabeça e pescoço e caso surja sem associação a cirurgia deve ser iniciada investigação para excluir existência de tumor. Embora por vezes tenha resolução espontânea, a dor é normalmente incapacitante e a injeção de toxina botulínica intraparotídea parece ser o tratamento de primeira linha.

## REFERÊNCIAS

1. Netteville JL, Jackson CG, Miller FR, et al. Vagal paraganglioma: a review of 46 patients treated during a 20-year period. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery* 1998; 124:1133—40.
2. Chiu AG, Cohen JJ, Burningham AR, et al. First bite syndrome: a complication of surgery involving the parapharyngeal space. *Head Neck* 2002; 24:996—9.
3. Kawashima Y, Sumi T, Sugimoto T, et al. First bite syndrome: a review of 29 patients with parapharyngeal space tumor. *Auris Nasus Larynx* 2008; 35:109—13.
4. Abdelouli A, Oker N, Duet M, et al. Le «first bite syndrome» ou syndrome de la «première bouchée» une complication mécon-nue de la chirurgie cervicale haute. *Eur Ann Otorhinolaryngol Pathol Dis* 2013.
5. Deganello A, Meccariello G, Busoni M, et al. First bite syndrome as presenting symptom of parapharyngeal adenoid cystic carcinoma. *J Laryngol Otol* 2011; 125:428—31.
6. Diercks GR, Rosow DE, Prasad M, et al. A case of preoperative “first bite syndrome”: associated with mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. *Laryngoscope* 2011; 121:760—2.
7. Costa TP, de Araujo CE, Filipe J, et al. First bite syndrome in oncologic patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011; 268: 1241—4.
8. Chiu AG, Cohen JJ, Burningham AR, et al. First bite syndrome: a complication of surgery involving the parapharyngeal space. *Head Neck* 2002; 24:996—9.
9. Ali MJ, Orloff LA, Lustig LR, et al. Botulinum toxin in the treatment of first bite syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 139:742—3.
10. Lee BJ, Lee JC, Lee YO, et al. Novel treatment of first bite syndrome using botulinum toxin type A. *Head Neck* 2009; 31: 989—93.
11. Phillips TJ, Farquhar Smith WP. Pharmacological treatment of a patient with first bite Syndrome. *Anaesthesia* 2009; 64:97—8.