

## **Recanalização do ducto de Stenon após trauma por arma branca: relato de caso**

### **Stenon's duct recanalization after stabbing trauma: a case report**

DOI:10.34117/bjdv8n10-104

Recebimento dos originais: 05/09/2022

Aceitação para publicação: 07/10/2022

#### **Priscilla Jácomo Borges Bellotti**

Acadêmica de Odontologia

Instituição: Universidade Sul-Americana

Endereço: BR-153, Km 502, Jardim da Luz, Goiânia - GO, Brasil

E-mail: prijba@gmail.com

#### **Raissa Naves de Castro**

Acadêmica de Odontologia

Instituição: Universidade Sul-Americana

Endereço: BR-153, Km 502, Jardim da Luz, Goiânia - GO, Brasil

E-mail: raissa.navescastro@gmail.com

#### **Ysabella Dhorcas Santos Gramacho**

Acadêmica de Odontologia

Instituição: Universidade Sul-Americana

Endereço: BR-153, Km 502, Jardim da Luz, Goiânia - GO, Brasil

E-mail: ydhorcas@gmail.com

#### **Nathalia Silva Béda**

Acadêmica de Odontologia

Instituição: Universidade Sul-Americana

Endereço: BR-153, Km 502, Jardim da Luz, Goiânia - GO, Brasil

E-mail: nathaliabeda@gmail.com

#### **Germano Angarani Cândido**

Mestre em clínicas Odontológicas

Instituição: Faculdade de Odontologia (UFG)

Endereço: Av. Universitária, s/n, Setor Leste Universitário, Goiânia - GO,

CEP: 74605-020

E-mail: germanoangarani@gmail.com

#### **Eduardo Zancope**

Doutorando

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Endereço: Av. João Naves de Ávila, 2121, Santa Mônica, Uberlândia - MG,

CEP:38408-100

E-mail: ezancope@gmail.com

**Alexandre Bellotti**

Doutor em Ciências da Saúde  
Instituição: Faculdade de Medicina (UFG)  
Endereço: BR-153, Km 502, Jardim da Luz, Goiânia - GO, Brasil  
E-mail: bellottibmf@hotmail.com

**Rodrigo Tavares de Sá**

Mestre em clínica Odontológica  
Instituição: Faculdade de Odontologia (UFG)  
Endereço: BR-153, Km 502, Jardim da Luz, Goiânia - GO, Brasil  
E-mail: rodrigo.tavares.sa@gmail.com

**RESUMO**

As lesões na glândula e ducto da parótida – ducto de Stenon representam uma pequena porcentagem dentro dos traumas de face, no entanto, o diagnóstico e tratamento apresentam um alto grau de dificuldade. Paciente com diversos ferimentos em face causados por arma branca, após suturas, evoluiu com aumento de volume em 1/3 médio devido ao acúmulo de saliva. Optou-se pela cateterização e recanalização do ducto de Stenon com a utilização e estabilização de sonda uretral por 14 dias. As abordagens conservadoras para as lesões do ducto de Stenon podem evoluir com algumas complicações, como o extravazamento de saliva reportado no caso. Para o caso em questão, a técnica de recanalização mostrou-se de baixo custo, pouco invasiva e eficiente.

**Palavras-chave:** glândula parótida, ferimentos perfurantes, cateterismo, ductos salivares.

**ABSTRACT**

Lesions in the parotid gland and duct - Stenon's duct, represent a small percentage of facial trauma, however, diagnosis and treatment present a high degree of difficulty. Patient with several injuries to the face caused by stab wounds, after suturing, evolved with volume increase due to accumulation of saliva at middle third of the face. Catheterization and recanalization of Stenon's duct using an urethral tube was the chosen approach. Conservative approaches to Stenon's duct injuries may evolve with some complications, such as the saliva leakage reported in this case, in witch, the recanalization technique proved to be low cost, minimally invasive and efficient.

**Keywords:** parotid gland, wounds, stab, catheterization, salivary ducts.

**1 INTRODUÇÃO**

As lesões de cabeça e pescoço representam 50% dos casos de lesões traumáticas, sendo um grande problema para a população em geral, estando entre as principais causas de morte no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde <sup>(1)</sup>. As lesões traumáticas que envolvem o ducto ou a glândula parótida podem ser causadas por diversas situações como, agressões físicas, arma branca, outros objetos cortantes, ferramentas de trabalho, acidente de trânsito, armas de fogo e até mesmo pelas próprias fraturas dos ossos da face.

Essas lesões podem acarretar exposição ductal, sua secção total, laceração ou esmagamento.

As lesões na glândula e ducto da parótida - ducto de Stenon, representam uma pequena porcentagem dentro dos traumas de face, no entanto, o diagnóstico e tratamento apresentam um alto grau de dificuldade <sup>(2)</sup>. Essas lesões podem não apresentar sinais e sintomas tão evidentes durante a avaliação pós trauma imediata, requerendo atenção especial do cirurgião, pois podem evoluir tardiamente para sialoceles, fístula parotídica ou processos infecciosos <sup>(3,4)</sup>. A topografia anatômica da glândula parótida inclui diversas estruturas vitais, como ducto parotídeo, ramos do nervo facial, artéria e veia facial, bola gordurosa de Bichat e musculatura, o que pode dificultar ainda mais o manejo dessas lesões <sup>(5)</sup>.

A exploração minuciosa da região traumatizada, o diagnóstico precoce e a abordagem adequada desses acometimentos desempenham um papel crucial na prevenção das complicações, que podem levar a prejuízos estéticos e funcionais. Algumas das modalidades de tratamentos descritos na literatura são o uso de curativos compressivos, restrição da dieta, antisialagogos, punção aspirativa, uso de toxina botulínica, cateterização do ducto, radioterapia e parotidectomia parcial ou total <sup>(2, 4,5)</sup>. O presente trabalho relata um caso de lesão no ducto de Stenon por arma branca tratado com a técnica de cateterização.

## **2 RELATO DE CASO**

Paciente do sexo masculino, 37 anos, vítima de múltiplos ferimentos por arma branca em face, tórax e abdômen, compareceu ao serviço de urgência e emergência de um hospital em Goiânia - Goiás. Relato de não haver comorbidades sistêmicas, não fazer uso de drogas ou medicações e não possuir alergias.

A equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial procedeu com exame físico da face em que notou-se lacerações nas regiões de dorso nasal, lábio superior, mucosa jugal e ângulo da mandíbula do lado esquerdo. Paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para suturas de face, laparotomia exploratória, toracotomia lateral esquerda e pneumorrafia. Após, foi encaminhado para unidade de terapia intensiva (UTI) em grave estado geral, uso de droga vasoativa e intubação orotraqueal.

No 7º dia pós-operatório o paciente recebeu alta da UTI e foi transferido para a enfermaria em bom estado geral, sem uso de droga vasoativa, ventilação espontânea sob

ar ambiente. No 11º dia pós-operatório verificou-se aumento de volume em face do lado esquerdo, tendo sido solicitada nova avaliação da bucomaxilofacial.

Em exame físico extraoral observou-se aumento importante de volume em 1/3 médio da face do lado esquerdo, ausência de sinais flogísticos ou infecciosos (Figura 1). Em exame intraoral procedeu-se com a remoção das suturas presentes em mucosa jugal e com a ordenha da glândula parótida, momento em que foi observada drenagem abundante de secreção salivar via ferimento lacero contuso, próximo à desembocadura da carúncula da glândula parótida e consequente redução importante do edema na região (Figura 2).



Figura 1



Figura 2

Com a hipótese de lesão do ducto de Stenon do lado esquerdo, procedeu-se, sob anestesia local, com a inserção via ferimento, de uma sonda uretral nº 8 em direção à respectiva glândula. Após, nova ordenha foi executada e confirmada a drenagem de saliva via cânula (patência). Esta foi estabilizada e fixada na mucosa jugal com fio de sutura nylon 4-0 (Figuras 3, 4 e 5).



Figura 3



Figura 4



Figura 5

No 7º dia pós recanalização do ducto foi verificada diminuição do aumento de volume no lado esquerdo da face e drenagem positiva de saliva via cateter à ordenha. No 14º dia pós recanalização foi verificada a patência do cateter sem aumento de volume na face, sendo então, removido o dispositivo.

Em retorno de 3 meses, paciente compareceu sem queixas e ausência de aumento volumétrico em face. Em retorno com 1 ano e meio paciente apresentou-se sem edema e com xerostomia. Foi realizada sialometria com estímulo mecânico e resultado compatível com hipossalivação (0,6 mL/min). Caso segue em acompanhamento sem complicações até o presente momento.

### 3 DISCUSSÃO

Lesões perforantes e contusas são comuns nos traumas de face, podendo haver o envolvimento de estruturas anatômicas vitais como a glândula parótida, o ducto de Stenon, o nervo facial, articulação temporomandibular e a artéria facial transversa <sup>(3, 4)</sup>. As lesões traumáticas da glândula e ducto parotídeo representam uma pequena porcentagem de todos os ferimentos de tecidos moles da face, sendo os trauma por arma branca, acidente automobilístico e ferimentos por arma de fogo as causas mais comuns. Outras etiologias incluem as lesões durante a ressecção de tumor, ulceração devido a grandes cálculos, complicações de cirurgia de orelha média ou do processo mastóide e lesão durante a drenagem de abscessos parotídeos <sup>(6)</sup>. No caso relatado o trauma acometeu diretamente o ducto de Stenon ocasionado por arma branca (faca).

Quando se trata de lesão em glândula parótida é necessário que o cirurgião dentista tenha um amplo conhecimento anatômico. A parótida é a maior glândula salivar do sistema estomatognático, tem formato irregular tipo cunha, cinco lóbulos, sendo três superficiais (porção lateral do ramo mandibular) e dois profundos (porção medial do ramo mandibular). O ducto parotídeo emerge do lóbulo superficial, lateralmente ao masseter, percorrendo paralela e inferiormente ao arco zigomático por cerca de 1,5 centímetros, até perfurar o bucinador em nível do segundo molar superior, onde se abre para a cavidade oral, dando origem à carúncula parotídea <sup>(7)</sup>.

A glândula parótida tem grande importância, uma vez que representa cerca de 65% do total de saliva produzido diariamente. Apresenta íntima relação com o ramo bucal do nervo facial, o qual tem sua trajetória paralela ao ducto e algumas vezes o cruza obliquamente <sup>(7)</sup>. Durante o primeiro atendimento ao paciente traumatizado, essas lesões

são geralmente subdiagnosticadas ou não diagnosticadas corretamente <sup>(4)</sup>, podendo evoluir com extravasamento de saliva, formação de sialocele ou fístula salivar <sup>(8)</sup>.

Vários tratamentos para lesões do ducto de Stenon foram propostos, e em geral, dividem-se em tratamentos imediatos ou cirúrgicos e tardios ou conservadores <sup>(8,9,10)</sup>. O tratamento imediato consiste no reparo microcirúrgico do ducto dentro das primeiras 24 horas do trauma. Nessa modalidade de tratamento, um cateter pode inserido no orifício da carúncula da glândula parótida, perpassando entre os cotos distal e proximal do ducto. Ambos os cotos são dissecados, unidos e suturados sobre o cateter, que permitirá a manutenção do lúmen ductal. Se o cateter estiver bem-posicionado, é possível verificar a drenagem de saliva no interior do cateter após a ordenha da glândula parótida, e então o cateter é deixado por 2 semanas <sup>(10)</sup>. Alguns autores sugerem que não há necessidade de manter o cateter em posição uma vez que o ducto já foi reparado <sup>(11,12)</sup>.

Dentre os tratamentos conservadores estão o uso de curativos compressivos, restrição da dieta, antisialogogos, punção aspirativa e o uso de toxina botulínica <sup>(4,9)</sup>. Complicações como fístula e sialoceles são reportadas na literatura como consequências dessa modalidade de tratamento, as quais podem requerer tratamento cirúrgico posteriormente, como cauterização do trajeto fistuloso, radioterapia, desinervação parassimpática, reconstrução do ducto e exérese da glândula <sup>(8,13,14)</sup>.

O tratamento escolhido para o caso em questão foi a cateterização e recanalização do ducto de Stenon com a utilização de uma sonda uretral. A cateterização do ducto é uma técnica promissora, podendo ser utilizada concomitantemente com a injeção de soluções como azul de metileno, propofol ou solução salina 0,9% para auxílio do diagnóstico (visualização de rupturas) ou para desobstrução do ducto <sup>(2,15)</sup>.

Uma grande variedade de materiais como cateter peridural, uretral, duplo J, categut e fio Vitallium têm sido usados como dispositivos intraductal. O uso desses materiais impede que o ducto seja colapsado e obstruído durante a cicatrização. No caso relatado foi utilizada uma sonda uretral nº 8 devido as suas características de boa elasticidade, tamanho do lúmen permitir uma boa drenagem da saliva, assim como as sondas naso/orogástricas <sup>(15)</sup>. Entretanto a sonda não foi posicionada de forma intraductal como na maioria dos casos relatados na literatura, mas sim seguindo o trajeto da ferida causada pelo trauma até chegar na glândula parótida, o que traz uma particularidade e complexidade ao caso.

O tempo de permanência ideal do cateter, caso não exista dano ao ducto deve ser de 1 semana, para evitar sua obstrução devido ao edema, e um curativo compressivo deve

ser mantido por 48 horas. Caso o ducto tenha sido rompido o cateter deve permanecer por 10 a 14 dias <sup>(15)</sup>. No caso reportado, como foi realizada uma recanalização, optou-se por manter o cateter por 14 dias, período em que foi observada sua patência, sem aumento de volume na face.

Cerca de 90% da saliva é produzida pelas glândulas salivares maiores e o volume diário varia de 0,5 a 1,0 litro. Quando em repouso, 65% da saliva é produzida pelas glândulas submandibulares, que produzem saliva rica em mucina, já sob estimulação, as parótidas são responsáveis por 50% desse volume <sup>(16)</sup>. A sialometria é uma manobra semiotécnica utilizada para a aferição quantitativa e qualitativa do fluxo salivar, pois é possível avaliar volume, viscosidade, coloração e turbidez. Essa manobra pode ser realizada em repouso ou sob estímulo gustatório - farmacológico ou mecânico <sup>(17)</sup>.

Na sialometria estimulada mecanicamente o fluxo normal para salivação é de 1 a 3 ml/min <sup>(18)</sup>. Nesta técnica, a mesma adotada no presente relato, o paciente é orientado a mascar um pedaço de parafina/borracha por 5 minutos, desprezando a saliva em um frasco milimetrado a cada minuto. Em reavaliação com 1 ano e meio de pós-operatório, o paciente apresentou-se sem edema, sem sinais de infecção, sem queixas álgicas, relatando xerostomia - sialometria estimulada confirmou quadro de hiposalivação (0,6 ml/min). Considerando-se a gravidade do trauma a abordagem foi considerada um sucesso, tendo em vista que, por mais que o paciente apresentou um quadro de hiposalivação, a recanalização do ducto de Stenon foi efetiva e adequada.

#### 4 CONCLUSÃO

Devido à gravidade geral do paciente no momento de seu primeiro atendimento, a abordagem para com os ferimentos em face e conseqüentemente para com a lesão do ducto de Stenon foi conservadora, tendo sido realizada a sutura por planos e curativo compressivo. Como bem reportado na literatura, essa abordagem conservadora pode evoluir com algumas complicações, como o extravazamento de saliva reportado no caso. Considerando esse quadro, a técnica de cateterização mostrou-se de baixo custo, pouco invasiva e eficiente.

## REFERÊNCIAS

1. MOURA, M. T. F. L.; DALTRO, R. M.; ALMEIDA, T. F. Traumas faciais: uma revisão sistemática da literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia: UPF Editora*, v. 21, n. 3, p. 331-337, 27 jun. 2017. UPF Editora.
2. PEREZ, A. S.; ZERBINATI, L. P. S.; CAMPOS, A. L. P. S. Cateterização e rafia do ducto da parótida: alternativa para o tratamento imediato. Monografia, 2011
3. HAUG, R. H.; PRATHER, J.; INDRESANO, A. T. An epidemiologic survey of facial fractures and concomitant injuries. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, v. 48, n. 9, p. 926–32, set. 1990.
4. LEWKOWICZ, A. A.; HASSON, O.; NAHLIELI, O. Traumatic injuries to the parotid gland and duct. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, v. 60, n. 6, p. 676–80, jun. 2002.
5. SUHA, N. A.; NAJMADDIN, K.; SHAKHAWAN, M. A.; BELAL A. M. Surgical management of Stenson's duct injury by using double J stent urethral catheter, *Int. J. Surg. Case Rep.* 17 (2015) 75–78.
6. Doctor, V. S.; Rafii A.; Enepekides, D. J.; Tollefson T. T. Intraoral transposition of traumatic parotid duct fistula. *Arch Facial Plast Surg.* 2007 Jan-Feb; 9(1):44-7.
7. COSTA, D. *Imagiologia das Glândulas Salivares*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2013.
8. KUMAR, S. R.; HIREMATH, V.; PATIL, A G.; APARNA, S. Surgical management of Stenson's duct injury using epidural catheter: A novel technique. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, v. 16, n. 2, p. 266, 2013.
9. SICKELS, J. E. V. Management of Parotid Gland and Duct Injuries. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, v. 21, n. 2, p. 243–246, maio 2009.
10. TISCH, M.; MAIER, S.; MAIER, H. Penetrating Trauma to the Parotid Gland. *Facial Plastic Surgery*, v. 31, n. 04, p. 376–381, 15 set. 2015.
11. SPARKMAN, R. S. Laceration of parotid duct further experiences. *Annals of surgery*, v. 131, n. 5, p. 743–54, maio 1950.
12. STEVENSON, J. H. Parotid duct transection associated with facial trauma: experience with 10 cases. *British journal of plastic surgery*, v. 36, n. 1, p. 81–2, jan. 1983.
13. PAREKH, D.; GLEZERSON, G.; STEWART, M. Post-Traumatic Parotid Fistulae and Sialoceles. A Prospective Study of Conservative Management in 51 Cases. *Annals of Surgery*, v. 209, n. 1, p. 105–111, jan. 1989.
14. WOLFENSON, M. BARROS, T.; ALENCAR, A. H.; JR SILVA, E. A.; FILHO, F. C. N. S. Tratamento de fístula salivar cutânea por lesão da glândula parótida pós-

ritidectomia com uso de microcânula. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 25, n. 1, p. 211–212, 2010.

15. Mardani, M.; Arabion, H. Gerenciamento cirúrgico de lesão do ducto parotídeo usando um tubo de alimentação: *Ann Maxillofac Surg*. Jul-Dez 2020; 10(2):472-474.

16. LEAL, V. L.; TEIXEIRA, D. S.; FIGUEIREDO, M. A. Z.; CHERUBINI, K.; SALUM, G. F. Doenças de glândulas salivares: estudo epidemiológico em um serviço de Estomatologia do sul do Brasil: *RFO UPF, Passo Fundo*, v. 24, n. 2, p. 176-182, maio/ago. 2019.

17. CONCEIÇÃO M. D.; MAROCCHIO L. S.; FAGUNDES R. L. Técnica de Sialometria para uso na prática clínica diária. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 2006; 60:350-304.

18. TÁRZIA, O. Halitose: um desafio que tem cura. Rio de Janeiro: EPUC, 2003. 240p.