

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SIALOCELE APÓS PROCEDIMENTO DE BICHECTOMIA PARA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

SURGICAL TREATMENT OF SIALOCELE AFTER BICHECTOMY PROCEDURE FOR OROFACIAL HARMONIZATION

RAFAEL DRUMMOND RODRIGUES^{1*}, ANDRESSA TEIXEIRA MARTINIANO DA ROCHA¹, LUANA SANTOS DE MOURA², ANDRÉ SAMPAIO SOUZA³, JEFERSON FREITAS AGUIAR³

1. Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia (UFBA/HSA-OSID); 2. Interna de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia (UFBA/HSA-OSID); 3. Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia (UFBA/HSA-OSID).

Rua Manoel Gomes Ferreira, s/n, Boca do Rio, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 41706-060. rafael_dr91@hotmail.com

Recebido em 01/04/2020. Aceito para publicação em 05/05/2020

RESUMO

As complicações mais comuns relacionadas à excisão cirúrgica do corpo adiposo da bochecha incluem lesões no ducto de Stensen ou Stenon, ou no ramo bucal do nervo facial. O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso de tratamento cirúrgico de sialocele após bichectomia, sob anestesia local. Paciente do gênero feminino, faíodermia, 44 anos de idade, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – Salvador/BA em decorrência de complicação associada à realização de lipoplastia facial há 18 dias. Ao exame físico bucomaxilofacial, notou-se mímica facial preservada, limitação de abertura bucal, aumento de volume extraoral em hemiface esquerda com piora da condição durante as refeições, além de aparente retenção de fluido salivar, sugestivo de salivoma. No momento, em sexto mês de acompanhamento pós-operatório, a paciente encontra-se estável, considerando o aspecto intraoral, bem como a regressão do edema de partes moles relacionado ao contorno facial atualmente satisfatório, sem uso de medicação associado. A correção das lesões de ducto parotídeo requer experiência e conhecimento sobre a anatomia regional adjacente, resultando, por conseguinte, em um bom prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Complicações pós-operatórias, Glândula Parótida, Canal de Drenagem.

ABSTRACT

The most common complications related to surgical excision of the adipose body of the cheek include lesions in the Stensen or Stenon duct, or in the buccal branch of the facial nerve. The present study aims to describe a case of surgical treatment of sialoceles after bichectomy, under local anesthesia. Female patient, fair skin, 44 years old, sought the service of Oral and Maxillofacial Surgery at the Faculty of Dentistry of the Federal University of Bahia – Salvador/BA due to a complication associated with the performance of a facial lipoplasty 18 days ago. Upon oral and maxillofacial physical examination, there was preserved facial mimicry, limited mouth opening, an increase in extraoral volume in the left hemiface, worsening of the

condition during the meals, in addition to apparent salivary fluid retention, suggestive of salivoma. At the moment, in the sixth month of postoperative follow-up, the patient is stable, considering the intraoral aspect, as well as the regression of soft tissue edema related to the currently satisfactory facial contour, without the use of any associated medication. The correction of parotid duct injuries requires experience and knowledge of the adjacent regional anatomy, resulting, therefore, in a good prognosis.

KEYWORDS: Postoperative complications, Parotid Gland; Flood-Bypass Channel.

1. INTRODUÇÃO

A excisão cirúrgica do corpo adiposo da bochecha foi descrita pela primeira vez por Heister, em 1732¹. Nesta época, acreditava-se que esta gordura era uma estrutura glandular, conhecida como glândula malar. No entanto, somente em 1802, Marie-François Xavier Bichat identificou a natureza adiposa deste tecido, o denominando “Bola de Bichat”^{2,3}.

O tecido adiposo da bochecha situa-se entre os músculos masseter e bucinador, e possui seis extensões espalhadas pelas regiões massetérica, temporal superficial, temporal profunda, pterigomandibular, esfenopalatina e orbital inferior. Apesar de ser histologicamente semelhante a outros depósitos de gordura no corpo, a estrutura gordurosa das bochechas não é reduzida pelo metabolismo ao longo da vida, sendo muito semelhante à gordura orbital^{2,4}.

A gordura de Bichat é coberta por uma fina cápsula fibrosa, isolando-a do contato direto com os tecidos circundantes, e o seu desenvolvimento está relacionado, principalmente, aos movimentos de sucção do recém-nascido e, posteriormente, à mastigação⁵. Esta estrutura anatômica pode conferir uma aparência arredondada à face, gerando, assim, um contorno facial desarmônico ou particularmente insatisfatório. Em contrapartida, sua proeminência diminui com a idade, devido à discreta redução de

volume associada, exclusivamente, ao crescimento facial⁴.

Com a remoção parcial desta gordura, é possível obter contornos faciais mais suaves, simétricos e refinados. Os resultados pós-cirúrgicos podem ser observados entre 04 e 06 meses após a regressão do edema de partes moles. Ainda, por vezes, alterações sutis podem ser notadas imediatamente após o procedimento em determinados casos^{4,5}.

Dentre as complicações mais comuns desta intervenção estão lesões no ducto de *Stensen* ou *Stenon*, ou no ramo bucal do nervo facial. Estas provocam, respectivamente, sialoceles ou fistula salivar e paralisia bucal temporária ou permanente, além de hematomas, equimose, enfisema submucoso, assimetria facial e, raramente, infecções pós-operatórias^{6,7,8}.

O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso de tratamento cirúrgico de sialocela após bichetomia, sob anestesia local, diagnosticada em uma paciente de 44 anos de idade.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, faíodermis, 44 anos de idade, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – Salvador/BA em decorrência de complicação associada à realização de bichetomia há 18 dias, sem queixas algícas em face.



Figura 1. Vista Frontal – Aspecto Inicial.



Figura 2. Aumento de volume extraoral em hemiface esquerda.

Ao exame físico bucomaxilofacial, notou-se mímica facial preservada, limitação de abertura bucal, aumento de volume extraoral em hemiface esquerda com piora da condição durante as refeições (Figuras 1 e 2), além de aparente retenção de fluido salivar, sugestivo de sialovoma (Figura 3).



Figura 3. Visualização intraoral inicial.

O plano de tratamento incluiu drenagem do suposto conteúdo salivar da parótida sob anestesia local, através de Jelco 18G agulhado (Figura 4), possibilitando, assim, a perfuração da própria mucosa intraoral, utilizando *mononylon* 5-0 (Figura 6).



Figura 4. Jelco 18G agulhado.

Feito isto, deu-se a instalação de dreno rígido em ducto parotídeo (Figura 5), sendo este suturado na mucosa.



Figura 5. Extravasamento do exsudato salivar após instalação de dreno rígido.



Figura 6. Dreno rígido suturado em mucosa intraoral.

Desta forma, viabilizou-se o extravasamento do exsudato salivar, e consequente redução instantânea do aumento de volume (Figura 7).



Figura 7. Vista Frontal – Redução de aumento de volume extraoral à esquerda imediatamente após a drenagem.

Após instalado, este dreno permaneceu em posição por 14 dias, associado a curativo compressivo e compressa morna regulares. Quinze dias após a remoção do dreno, a paciente encontra-se estável, considerando o aspecto intraoral, bem como a regressão do edema de partes moles relacionado ao contorno facial atualmente satisfatório, sem uso de medicação associado (Figura 8).



Figura 8: Vista Frontal – Quinze dias após a remoção do dreno.

3. DISCUSSÃO

A sialocele parotídea é o extravasamento de saliva para os tecidos mucosos circunvizinhos à glândula parótida, de etiologia idiopática, complicação pós-operatória ou sequela de tratamento cirúrgico⁹.

O ducto parotídeo pode atravessar toda a superfície lateral do corpo adiposo da bochecha ou penetrá-lo². Imediatamente abaixo deste ducto, inserem-se diversos pequenos ramos do nervo facial. Os ramos bucais do nervo facial cruzam-se superficialmente à gordura de Bichat ou incorporam toda a sua extensão^{2,9}. Neste estudo, suspeitou-se lesão de ducto parotídeo associado a edema de partes moles devido ao acúmulo de exsudato salivar, sem indícios de injúria nervosa, corroborado por mímica facial preservada ao exame físico.

O manejo de um paciente cursando com edema em região de parótida requer cuidadosa avaliação clínica. Sialografia, tomografia computadorizada e ultrassonografia podem ser ferramentas diagnósticas adicionais importantes, considerando as estruturas anatômicas nobres associadas a esta região, tal como o nervo facial¹⁰. Neste caso, o exame físico preciso demonstrou-se conclusivo devido ao aumento de volume durante as refeições, sendo este soberano para o sucesso alcançando nesta técnica.

As lesões de ducto localizadas em seu lobo superficial podem regredir espontaneamente ou serem facilmente tratadas através de procedimentos como aspirações repetidas, curativos compressivos, medicações com bloqueador de liberação de acetilcolina e/ou injeções de toxina botulínica, visando a redução do fluxo salivar através da inibição da captação de acetilcolina na junção neuroglandular^{9,10}. No entanto, os medicamentos anticolinérgicos propõem diversos efeitos colaterais indesejados, a exemplo de xerostomia, retenção urinária e taquicardia^{9,11}. O presente caso não exigiu qualquer administração medicamentosa para tratamento, dado a instalação do dreno, e consequente formação de um novo trajeto de liberação do conteúdo salivar. Ademais, tal predileção apresenta-se como uma opção menos onerosa visto às possibilidades de um hospital público.

Stuzin *et al.* (1990)¹² relataram que as complicações relacionadas à remoção da gordura de Bichat são mínimas e, considerando os aspectos da técnica intraoral, não houve relatos de lesão ao nervo facial, equimose, ou infecção. Contudo, a paciente supramencionada evoluiu com edema persistente e limitação de abertura bucal devido à obstrução de ducto parotídeo após bichectomia.

A negligência profissional relacionada às estruturas anatômicas do entorno da extensão bucal do corpo adiposo da bochecha durante a técnica cirúrgica pode provocar complicações e danos estruturais relevantes, resultando em perda de integridade do ducto ou do parênquima glandular. Se não tratada, pode provocar grande edema facial associado à formação de fístula, ocasionando áreas de necrose e cicatrizes¹³.

4. CONCLUSÃO

As estruturas anatômicas relacionadas à bichectomia compõem-se por ducto da glândula parótida, nervo facial e seus ramos bucais, artéria e veia facial, masseter, bucinador e zigomático. As possíveis complicações resultantes do ato cirúrgico incluem lesões aos ramos bucais do nervo facial, edema, equimose, enfisema submucoso, infecção e lesão traumática ao ducto parotídeo. A correção das lesões de ducto parotídeo requer experiência e conhecimento sobre a anatomia regional adjacente, resultando, por conseguinte, em um bom prognóstico.

REFERÊNCIAS

- [1] Heister L. Compendium anatomicum, Norimbergae. 1732.
- [2] Zhang HM, Yan YP, Qi KM, *et al.* Anatomical structure of the buccal fat pad its clinical adaptations. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 109(7):2509-18.
- [3] Shoja MM, Tubbs RS, Loukas M, *et al.* Marie-François Xavier Bichat (1771-1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. *Ann Anat.* 2008; 190(5):413-20.
- [4] Ahari UZ, Eslami H, Falsafi P, *et al.* The Buccal Fat Pad: Importance And Function. *J Dent Med Sci.* 2016; 15(6):79-81.
- [5] Khiabani K, Keyhan SO, Varedi P, *et al.* Buccal fat pad lifting: an alternative open technique for malar augmentation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014; 72(2): 403.
- [6] Stevao ELL. Bichectomy or Bichatectomy - A Small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. *AdvDent Oral Health.* 2015; 1(1):1-4.
- [7] Jaeger F, Castro CHBC, Pinheiro GM, *et al.* A novel preoperative ultrasonography protocol for prediction of bichectomy procedure. *Arq Bras Odontol.* 2016; 12(2):7-12.
- [8] Hwang K, Cho HJ, Battuvshin D, *et al.* Interrelated buccal fat pad with facial buccal branches and parotid duct. *J Craniofac Surg.* 2005; 16(4):658-660.
- [9] Hwang J, You YC, Burm JS. Treatment of intractable parotid sialoceles occurred after open reduction-fixation of mandibular subcondylar fracture. *Arch Craniofac Surg.* 2018; 19(2):157-161.
- [10] Maharaj S, Mungul S, Laher A. Botulinum toxin A is an effective therapeutic tool for the management of parotid sialoceles and fistula: A systematic review. *Laryngoscope Invest Otolaryngol.* 2020; 5(1):37-45.
- [11] Araujo MR, Centurion BS, Albuquerque DF, *et al.* Management of a parotid sialocela in a young patient: case report and literature review. *J Appl Oral Sci.* 2010; 18(4): 432-436.
- [12] Stuzin JM, Wagstrom L, Kawamoto HK, *et al.* The anatomy and clinical application of the buccal fat pad. *Plast Reconstr Surg.* 1990; 85(1):29-37.
- [13] Narayanan V, Ramadorai A, Ravi P, *et al.* Transmasseteric anterior parotid approach for condylar fracture: experience of 129 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 50(5):420-424.