

Tratamento de fístula salivar cutânea por lesão da glândula parótida pós-ritidectomia com uso de microcânula

Treatment parotid salivary fistula following rhytidectomy with the use of microcanule

MOISÉS WOLFENSON¹

TELLARD BARROS²

ALEXANDRE HERCULANO DE

ALENCAR³

EDVALDO ALFREDO DA SILVA JR.⁴

FERNANDO CERQUEIRA NOBERTO

DOS SANTOS FILHO⁵

Trabalho realizado na Clínica
Mont Sinai, Recife, PE, Brasil.

Artigo submetido pelo
SGP (Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 6/4/2009

Artigo aceito: 15/5/2009

RESUMO

As lesões iatrogênicas da glândula parótida pós-ritidectomia são incomuns e têm incidência aproximada de 2%. No presente artigo, é relatado um caso com a solução encontrada pelos autores para a resolução da fístula.

Descritores: Ritidoplastia/efeitos adversos. Fístula. Glândula parótida.

SUMMARY

The iatrogenic injuries of the parotid gland after rhytidectomy are uncommon and have incidence around 2%. In the present article, a case is reported, followed by the solution found by the authors for the resolution of fistula.

Descriptors: Rhytidoplasty/adverse effects. Fistula. Parotid gland.

INTRODUÇÃO

As lesões iatrogênicas da glândula parótida pós-ritidectomia¹⁻⁵ são incomuns e têm incidência aproximada de 2%⁶.

No presente artigo, é apresentado um caso, com ênfase na solução encontrada pelos autores para a resolução da fístula.

RELATO DE CASO

M.D.O.M., 58 anos, sexo feminino, branca, procurou o cirurgião plástico com queixa de flacidez de face e pescoço e excesso de pele em pálpebras superiores. Na consulta, negou alergias, distúrbios da coagulação, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, cicatrização patológica, tabagismo e etilismo.

Ao exame físico geral, foi verificado bom estado geral, pele e mucosas normocoradas, peso de 65 kg e altura de 165

cm. Exame físico específico revelou flacidez cutânea cérvico-facial intensa, adiposidade cervical e mandibular, bolsas de gordura e dermatocalase em pálpebras, nariz com ponta baixa, atrofia de vermelhão da boca e fotoenvelhecimento grau III da pele.

O planejamento cirúrgico incluía: lifting cérvico-facial (primário), com tratamento do SMAS e platisma, blefaroplastia, elevação do ângulo naso-labial com enxerto de cartilagem, e implante de PMMA 10% em lábios. A cirurgia foi realizada em 3/4/2004, sob anestesia local e sedação, com duração de 4,5 horas, sem intercorrências.

No 7º dia de pós-operatório, a paciente queixou-se de eliminação de secreção amarelada pela região pré-auricular direita, a conduta tomada foi cultura da secreção, drenagem com dreno laminar, curativo compressivo e orientação para retorno em dias alternados e troca de curativos. No 14º dia de pós-operatório, foi observada eliminação abundante de secreção pelo dreno na

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Diretor da Clínica Mont Sinai
2. Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Mestre em Cirurgia Plástica.
3. Médico Assistente da Clínica Hospitalar Multiplástica do Recife.
4. Acadêmico, estagiário do serviço de cirurgia plástica da Clínica Hospitalar Multiplástica do Recife.
5. Doutorando, estagiário do serviço de cirurgia plástica da Clínica Hospitalar Multiplástica do Recife.



Figura 1 - Detalhe do tubo de silicone usado para tratamento da fístula.

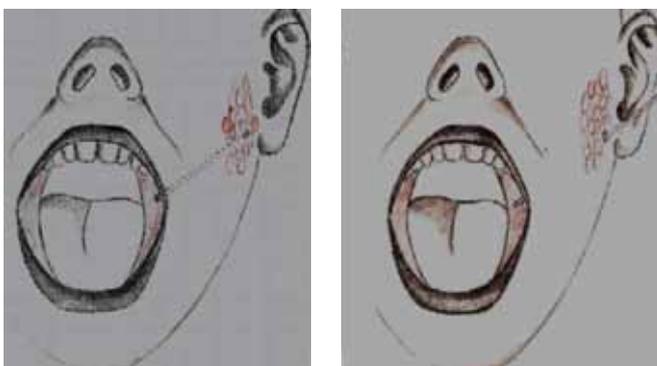


Figura 2 - À esquerda, trajeto produzido pela introdução da microcânula de 1mm da região do lóbulo da orelha até a cavidade oral. À direita, tubo de silicone de 1mm deixado no trajeto descrito, por um período de dez dias.

região do lóbulo da orelha direita, que aumentava significativamente com a mastigação. O exame bacteriológico foi negativo. A conduta adotada foi realização de nova coleta de material para cultura, solicitação de estudo de perviedade do canal de Stenon, sendo mantido dreno de laminar.

No 30º dia de pós-operatório, a paciente mantinha-se com quadro clínico inalterado e foi realizado novo exame bacteriológico, com resultado também negativo. A conduta adotada foi estudo de perviedade do canal de Stenon, manutenção do dreno laminar e orientação. No 41º dia de pós-operatório, as queixas permaneciam as mesmas e o resultado da sialografia revelou canal de Stenon íntegro e presença de fístula salivar cutânea por provável lesão de parótida. A conduta adotada foi a retirada de dreno laminar e orientação para que a paciente evitasse ingestão de frutas cítricas, mantendo-se observação.

A solução encontrada pelos autores para tratamento da fístula foi a drenagem da secreção para a cavidade oral, com confecção de tubo de silicone de 1 mm de diâmetro, guiado por uma cânula de lipoaspiração de mesmo calibre (Figuras 1 e 2). O método consistiu da confecção de 2 trajetos da parótida para a cavidade oral com a cânula, cateterização retrógrada dos trajetos neoformados com o tubo de silicone, exteriorização e fixação do tubo na pele e curativo por 48 horas.

No 50º dia de pós-operatório, foi constatada ausência de secreção, realizada retirada dos pontos e de um dos tubinhos e, 10 dias após, foi retirado o segundo tubo.

REFERÊNCIAS

1. Wolf K, Bostwick J, Dinner M, Jackson IT. Parotid salivary fistula following rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(3):641-2.
2. Bansberg SF, Krugman ME. Parotid salivary fistula following rhytidectomy. *Ann Plast Surg.* 1990;24(1):61-2.
3. McKinney P, Zuckerbraun BS, Smith JW, Kawamoto HK, Griffith BH. Management of parotid leakage following rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1996;98(5):795-7.
4. Barron R, Margulis A, Icekson M, Zeltser R, Eldad A, Nahlieli O. Iatrogenic parotid sialocele following rhytidectomy: diagnosis and treatment. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(6):1782-6.
5. Feingold RS. Parotid salivary gland fistula following rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(1):245.
6. Patrocínio JA, Patrocínio LG, Aguiar ASF. Complicações de ritidoplastia em um serviço de residência médica em otorrinolaringologia. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002;68(3):338-42.

Correspondência para:

Moisés Wolfenson
Av. João de Barros, 791 – Boa Vista – Recife, PE – CEP 50100-020
E-mail: moiseswolfenson@hotmail.com