



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES DE ABRANTES

**SIALOCELE PAROTÍDEA APÓS ACESSO RETROMANDIBULAR: UMA SÉRIE DE
CASOS**

Araruna - PB
2017

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES DE ABRANTES

**SIALOCELE PAROTÍDEA APÓS ACESSO RETROMANDIBULAR: UMA SÉRIE DE
CASOS**

Artigo apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da UEPB – Campus
VIII como requisito parcial para a obtenção
do título de Cirurgiã-Dentista

Orientadora: Prof. Renata Moura Xavier Dantas.

Araruna / PB

2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A158s Abrantes, Maria de Fatima Fernandes de.
Sialocele parotídea após acesso retromandibular
[manuscrito] : uma série de casos / Maria de Fatima Fernandes
de Abrantes. - 2017.
27 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências, Tecnologia e Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Esp. Renata Moura Xavier Dantas,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."

1. Doença salivar. 2. Patologia oral. 3. Odontologia clínica.

21. ed. CDD 616.31

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES DE ABRANTES

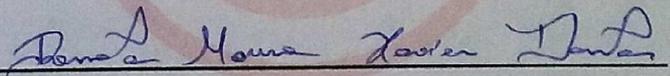
**SIALOCELE PAROTÍDEA APÓS ACESSO RETROMANDIBULAR: UMA SÉRIE
DE CASOS**

Artigo apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da UEPB –
Campus VIII como requisito parcial para a
obtenção do título de Cirurgiã-Dentista

Área de concentração: Cirurgia
bucomaxilofacial.

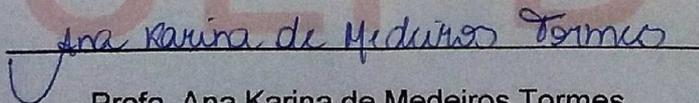
Aprovado em: 30/11/17.

BANCA EXAMINADORA



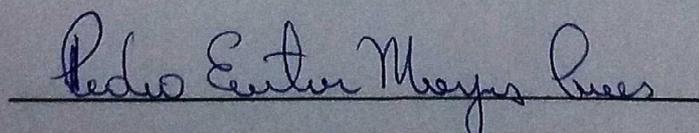
Profa. Renata Moura Xavier Dantas (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ana Karina de Medeiros Tormes

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Pedro Everton Marques Goes

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Geraldo Abrantes e Maria Fernandes, e ao meu irmão Francisco Abrantes por toda dedicação, amor, companheirismo e incentivo ao longo dos anos.

AGRADECIMENTOS

Toda conquista é o resultado de um sacrifício. A primeira etapa foi concluída, um caminhar árduo e tortuoso, porém, recompensador. Hoje, no dia mais esperado dos últimos cinco anos, gostaria de agradecer primeiramente a Deus pelo dom da vida, por não me abandonar um minuto sequer e por me manter forte e sempre lutando por meus sonhos.

Agradeço aos meus amados pais Geraldo e Socorro pelo amor e apoio que sempre me deram, por sonhar o meu sonho, e me ensinarem a nunca desistir. Agradeço por serem as mãos que sempre me acolhe e sustenta nos momentos difíceis.

Ao meu querido irmão Francisco, que mesmo na distância foi e é a minha fonte de inspiração e porto seguro. Obrigada por me fazer entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Aos meus avós Ozório, Severina, Dorotéia (*In memoriam*) e José Correia (*In memoriam*) pelo amor, carinho, abraços e risadas proporcionados. Aos meus tios(as) e primos(as) que sempre torceram por minhas conquistas, pela compreensão por minha ausência em vários momentos e por sempre acreditarem no meu potencial.

Aos amigos Naiane, Elizabeth, Juliana, Nathália, Alice, Diego, Wanessa, Marina, Douglas, Hugo, Johnatan e Cícero, pela amizade, companheirismo e por tantos momentos divididos que tornaram essa caminhada mais feliz.

À minha orientadora, Renata Dantas, pelo apoio, dedicação e ensinamentos ao longo do curso. Nada disso seria possível sem o seu auxílio.

Aos demais professores, por exercerem o papel de mestre com êxito e me tornar não só uma cirurgiã-dentista, mas também uma nova pessoa.

Aos meus pacientes, pela confiança depositada em minhas mãos.

Vocês tornaram possível a realização do meu sonho.

Valeu a pena toda a distância, todo sofrimento, e todas as renúncias. É com muito orgulho que digo: essa vitória também é de vocês. Obrigada!

RESUMO

SIALOCELE PAROTÍDEA PÓS ACESSO RETROMANDIBULAR: UMA SÉRIE DE CASOS

Sialocele parotíde after retromandibular access: a series of cases

RESUMO

Para a redução e fixação das fraturas de côndilo, os acessos encontrados na literatura são o submandibular, pré-auricular, retromandibular, intraoral e a ritidectomia. O acesso retromandibular é uma das opções mais desenvolvidas por permitir visualização adequada do campo operatório, facilitar a redução e fixação dos fragmentos ósseos e a reduzir a duração do procedimento. A sialocele parotídea é o extravasamento de saliva para os tecidos circunvizinhos à glândula parótida que consiste em uma complicação após trauma ou cirurgia via acesso retromandibular. Clinicamente apresenta-se como uma tumefação móvel e flutuante, assintomático, que quando não tratada pode se romper e formar uma fístula salivar. O diagnóstico é dado através de citologia, aspiração por agulha, sialografia, tomografia computadorizada de contraste e ressonância magnética. O acesso retromandibular tem a vantagem de proporcionar visão direta, porém apresenta risco de lesão ao nervo facial, formação de sialocele e fístulas salivares. O objetivo do estudo é relatar casos específicos de sialocele parotídea pós acesso retromandibular, e debater suas possíveis causas de formação e formas de tratamento.

PALAVRAS CHAVES: Sialocele, traumatologia, côndilo mandibular, complicações pós-operatórias

Sialocele parotíde after retromandibular access: a series of cases

ABSTRACT

For the reduction and repair of condylar fractures, the accesses found in the literature are submandibular, pre-auricular, retromandibular, intraoral and a rhytidectomy. Retromandibular access is one of the most developed options for visualizing the operative field, facilitating a reduction and repair of the bone fragments and reducing the duration of the procedure. The parotid sialocele is the extravasation of saliva to the tissues surrounding the parotid gland, which consists of a complication after trauma or surgery via retromandibular access. Clinically it appears as a mobile, fluctuating, asymptomatic swelling that is untreated can rupture and form a salivary fistula. The diagnosis is given by means of cytology, needle aspiration, sialography, contrast computed tomography and magnetic resonance imaging. Retromandibular access has an overview advantage, but presents a risk of facial nerve injury, formation of sialocele and salivary fistulas. The aim of the study is to report the specific cases of parotid sialocele after retromandibular access, and discuss their training skills and treatment modalities.

KEY WORDS: Sialocele, traumatology, mandibular condyle, postoperative complications

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO	TÍTULO
Fotografia 1:	A tomografia computadorizada mostra a fratura de côndilo esquerda e a redução e fixação da fratura de côndilo e parassínfise mandibular.esquerdo e parassínfise mandibular.
Fotografia 2:	Punção aspirativa positiva para saliva.
Fotografia 3:	Instalação de cateter intraoral (Jelco 20G) sob anestesia local.
Fotografia 4:	Bandagem de Barton.
Fotografia 5:	Aspecto final do paciente.
Fotografia 6:	As imagens de tomografia computadorizada mostram em corte coronal fratura de côndilo esquerdo e os cortes axiais mostram respectivamente fratura de sínfise mandibular e fratura de zigoma esquerdo.
Fotografia 7:	Processo coronóide esquerdo removido.
Fotografia 8:	Redução e fixação da fratura de côndilo esquerdo.
Fotografia 9:	Aspecto do paciente com 4 dias de pós-operatório e instalação de dreno extraoral.
Fotografia 10:	Aspecto final do paciente após regressão da sialocele.
Fotografia 11:	Quarto dia de pós-operatório o paciente apresentou aumento de volume em terço inferior de hemiface esquerda.
Fotografia 12:	Drenagem de secreção purulenta em fístula extraoral em espaço massetérico esquerdo.
Fotografia 13:	Curativo compressivo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 RELATO DE CASO.....	12
2.1 CASO CLÍNICO 1	12
2.2 CASO CLÍNICO 2	15
2.3 CASO CLÍNICO 3	18
3 DISCUSSÃO	20
4 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24

ARTIGO

SIALOCELE PAROTÍDEA APÓS ACESSO RETROMANDIBULAR: UMA SÉRIE DE CASOS

Sialocele parotíde after retromandibular access: a series of cases

Maria de Fátima Fernandes de Abrantes¹

Renata Moura Xavier Dantas²

1. Acadêmica do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna – PB, Brasil.
2. Professora substituta, Disciplina de Cirurgia, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Araruna – PB, Brasil.

Endereço para correspondência:

Renata Moura Xavier Dantas

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Av. Cel. Pedro Targino, s/n, Araruna – PB – Brasil

CEP 58233-000

E-mail: renatamxdantas@.com / abrantes_fatima@hotmail.com

Phone: (83) 99623-6331

Phone: (83) 99340-6344

1 INTRODUÇÃO

As fraturas de côndilo representam a maioria dos traumas faciais ocorridos. As causas mais comuns de fraturas condilares são em geral os acidentes automobilísticos, agressão física, acidentes de trabalho, quedas e lesões por armas de fogo (ZIDE, KENT, 1983; ELLIS, MOOS, EL-ATTAR, 1985).

O tratamento conservador refere-se à imobilização da mandíbula e suspensão temporária de seus movimentos. Em relação aos métodos cirúrgicos, incluem a osteossíntese e a redução aberta das fraturas (CHOSSEGROS et al, 1996). Para a redução e fixação das fraturas de côndilo, os acessos encontrados na literatura são o submandibular, pré-auricular, retromandibular, intraoral, al-kayat e a ritidectomia. O acesso retromandibular é uma das opções mais desenvolvidas por permitir visualização adequada do campo operatório, facilitar a redução e a fixação dos fragmentos ósseos e a redução da duração do procedimento (VILLAGRA, RODRÍGUEZ, LÓPEZ, 2006).

A finalidade do tratamento estabelecido é de restaurar a forma, função e deixar o paciente livre de dor. O tratamento da fratura deve ser concluído sem nenhuma lesão a glândula parótida, nervo facial, a fim de evitar complicações pós-operatórias (LARRY, AARON, 2013).

A sialocele é uma complicação após trauma ou cirurgia via acesso retromandibular (MEDEIROS et al, 2012; BATER, 1998). Consiste em um acúmulo de saliva em uma cavidade subcutânea após lesão do ducto parotídeo (WITT, 2009; CHEN et al, 2013). Clinicamente apresenta-se como um aumento de volume móvel e flutuante, assintomático, que quando não tratada pode se romper e formar uma fístula salivar (CANOSA, COHEN, 1999; STEINBERG, HERRÉRA, 2005).

O diagnóstico é dado através de citologia, punção aspirativa, sialografia, TC de contraste e ressonância magnética. As possibilidades de tratamento incluem aspirações repetidas, antisialogogos, desnervação parassimpática (neurectomia timpânica), escleroterapia percutânea, sialografia, sialendoscopia, toxina botulínica e injeção de solução salina hipertônica na glândula (CHOW, KWOK, 2003; CHHABRA, CHHABRA, KAPILA, 2009).

A abordagem retromandibular transparotídea descrita por Hinds et al. (1967), consiste na divulsão da pele em todas as direções para fácil retração e fechamento. O músculo platisma é incisado no mesmo plano que a incisão da pele. Neste ponto, o sistema musculoaponeurótico superficial e a cápsula parotídea são incisados. A dissecação sem corte é seguida dentro da glândula em uma direção ântero-medial seguindo o curso antecipado do nervo facial em direção à borda posterior da mandíbula (ELLIS et al, 1993; VAN et al, 2000).

A técnica modificada para o tratamento de fraturas de côndilo, consiste em uma incisão margeando o bordo posterior da mandíbula, envolvendo pele, platisma e fáscia parotídea para conseguir um acesso à glândula parótida. Após localizar a glândula em sentido paralelo aos ramos do nervo facial expõe-se o bordo posterior do masseter e o perióstio da região subcondilar (VILLAGRA et al, 2006).

Desta forma, o objetivo do presente estudo é relatar casos específicos de sialocele parotídea pós acesso retromandibular, e discutir do diagnóstico a formas de tratamento dessa complicação. Especificamente, discutir através dos relatos de caso as possíveis formas de diagnosticar os casos de sialocele, e justificar as terapias disponíveis na literatura para tratamento das sialoceles parotídeas, e suas associações.

2 RELATO DE CASO

2.1 CASO CLÍNICO 1 (C1)

Paciente A.V.N, 36 anos, gênero masculino, compareceu ao serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, João Pessoa – PB, vítima de acidente automobilístico, cursando com fratura de côndilo mandibular esquerdo e parassínfise direita (Figura 1). Realizou-se osteossíntese de fratura da parassínfise mandibular através do acesso vestibular, e da fratura de côndilo através de acesso retromandibular transparotídeo, com placas de titânio do sistema 2.0 (Figura 1). A oclusão e nervo facial foram preservadas durante as abordagens cirúrgicas. No sétimo dia de pós-operatório o paciente retornou com aumento de volume extraoral em região bucal e massetéica esquerda, associada a uma área de flutuação próxima a área incisada. Realizou-se punção aspirativa positiva para saliva (Figura 2). Ao ordenhar a glândula parótida não foi observado fluxo de normalidade salivar em ducto de Stenon, estando desta forma diante de um quadro de sialocele parotídea. Optou-se por instalação de um cateter intraoral (jelco 20G) sob anestesia local (Figura 3), e bandagem de Barton (Figura 4) por 7 dias. Também foi solicitado que o paciente não estimulasse a salivação, e evitasse o consumo de alimentos cítricos. O cateter foi removido após aproximadamente 15 dias, a fisioterapia de abertura e fechamento foi associada, e o quadro de sialocele foi solucionado (Figura 5).

Figura 1 – A tomografia computadorizada mostra, no corte axial, a fratura de côndilo esquerda (1A), e a redução e fixação das fraturas de côndilo esquerdo e parassínfise mandibular direita (1B).

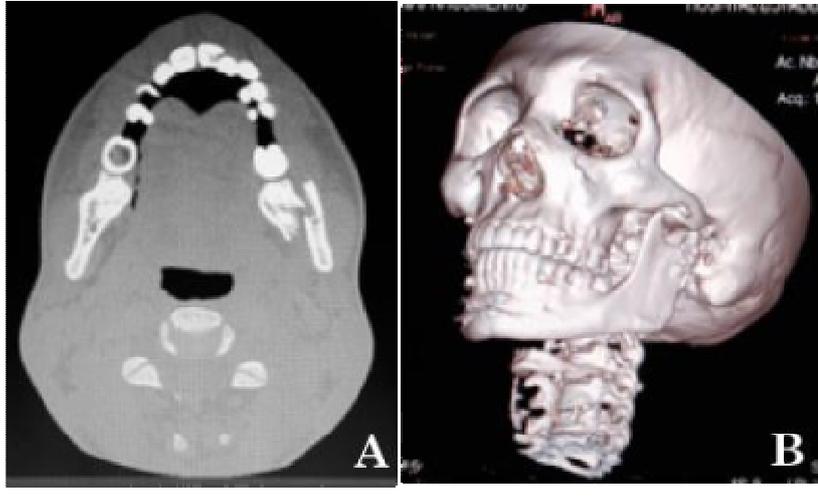


Figura 2 – Punção aspirativa positiva para saliva.



Figura 3 – Instalação de cateter intraoral (Jelco 20G) sob anestesia local.



Figura 4 – Bandagem de Barton.



Figura 5 – Aspecto final do paciente.



2.2 CASO CLÍNICO 2 (C2)

Paciente E.D.S.M., 19 anos, gênero masculino, compareceu ao serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, João Pessoa – PB, vítima de acidente automobilístico. Ao exame físico e de imagem diagnosticou-se fratura de côndilo mandibular esquerdo, sínfise mandibular, complexo zigomático esquerdo (Figura 6) e processo coronóide esquerdo. Foi realizada abordagem cirúrgica imediata da fratura de sínfise mandibular, e zigoma. Após a estabilização do quadro clínico, o paciente foi submetido a nova abordagem para remoção do processo coronóide por acesso retromolar (Figura 7) e redução e fixação da fratura condilar através do acesso retromandibular (Figura 8). Após quatro dias de pós-operatório o paciente apresentou aumento de volume extraoral importante, sendo realizada punção aspirativa com identificação de conteúdo salivar seguida de drenagem extraoral (Figura 9) e curativo compressivo por dois dias, porém, o aumento de volume persistiu. A segunda etapa do tratamento foi a reconstrução do ducto salivar com o auxílio de um jelco 20G, orientação de dieta não cítrica, higiene oral, e permanência do curativo compressivo por uma semana, seguido de fisioterapia de motricidade orofacial. Após aproximadamente 20 dias o dispositivo foi removido, com regressão satisfatória do quadro (Figura 10). Paciente cursou com assimetria facial por fibrose

em região massetérica esquerda, sendo encaminhado para fisioterapia e drenagem linfática.

Figura 6 – As imagens de tomografia computadorizada mostram, no corte coronal a fratura de côndilo esquerdo (6A), e nos cortes axiais mostram, respectivamente, fratura de sínfise mandibular (6B) e redução e fixação de fratura de zigoma esquerdo (6C).

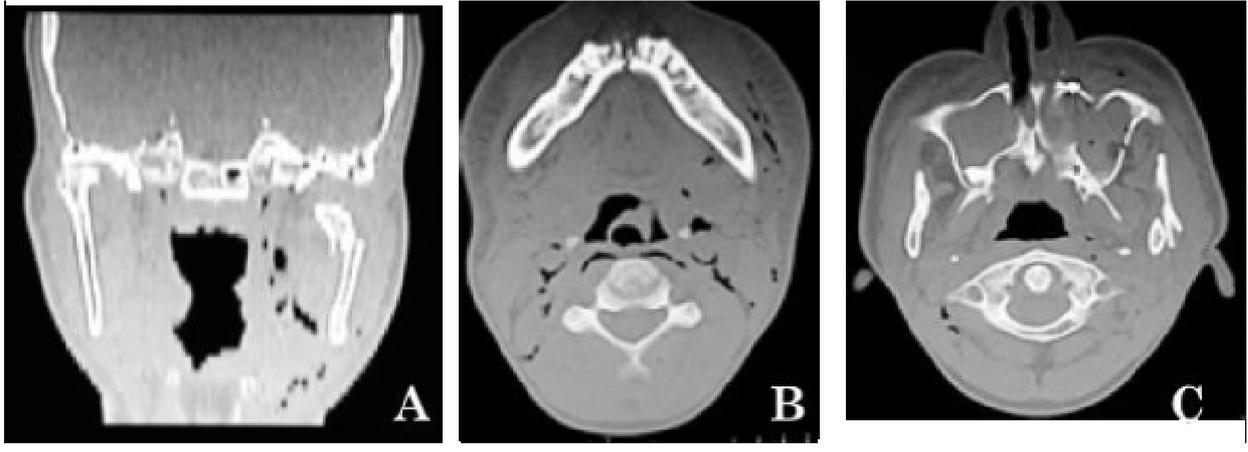


Figura 7 – Processo coronóide esquerdo removido.



Figura 8 – Redução e fixação da fratura de côndilo esquerdo.



Figura 9 – Aspecto do paciente com 4 dias de pós-operatório e instalação de dreno extraoral.



Figura 10 – Aspecto final do paciente após regressão da sialocele.



2.3 CASO CLÍNICO 3 (C3)

Paciente T.O.S, 24 anos, gênero masculino, compareceu a um serviço particular de Cirurgia Bucomaxilofacial em Salvador-BA, vítima de agressão física, cursando com fratura de côndilo esquerdo. Realizou-se osteossíntese da fratura de côndilo através de acesso retromandibular modificado, com placas de titânio do sistema 2.0. A oclusão foi mantida, e o nervo facial foi preservado durante a abordagem. No quarto dia de pós-operatório o paciente retornou com aumento de volume em terço inferior de hemiface esquerda (Figura 11), e drenagem de secreção purulenta em fístula extraoral em espaço massetérico esquerdo (Figura 12), associada a uma área de flutuação próxima a área incisada. Realizou-se punção aspirativa positiva para saliva e secreção purulenta, sendo diagnosticado sialocele parotídea infectada. Foi realizada drenagem extraoral, e manutenção de dreno de Penrose durante dois dias, associado a curativo compressivo (Figura 13) até a regressão total do quadro. O paciente foi orientado a trocar o curativo pelo menos quatro vezes ao dia. A terapia medicamentosa de escolha foi: Clindamicina 300mg de 8 em 8h por via oral, e gentamicina 120mg de 12 em 12h intramuscular, por sete dias, nimesulida 100mg de 12 em 12h por três dias, e dipirona 500mg de 6 em 6h, e hidratação por via oral. O paciente foi encaminhado para a fisioterapia de abertura bucal devido a fratura de côndilo e para melhorar a fibrose na região envolvida após 15 dias de regressão total do quadro.

Figura 11 – Vista frontal do paciente no quarto dia de pós-operatório.



Fonte: Caso cedido pelo Prof. Samário Cintra Maranhão.

Figura 12 - Drenagem espontânea de secreção purulenta em acesso retromandibular.



Fonte: Caso cedido pelo Prof. Samário Cintra Maranhão.

Fotografia 13 – Curativo compressivo.



Fonte: Caso cedido pelo Prof. Samário Cintra Maranhão.

3 DISCUSSÃO

A sialocele parotídea corresponde a 6 a 39% das complicações das fraturas condilares (UPTON et al, 2007; HEBERT, MORTON, 2011). Nos casos de trauma em região parotídea, os sinais clínicos de sialocele manifestam-se mais frequentemente entre o oitavo e décimo quarto dia após ocorrer a lesão (PAREKH et al, 1989; LISAN et al, 2014; DONOSO, ALUCEMA, POZO, 2014; JEFFE, CECILLE, SULMAN, 2015), justificada pelo evidencia com o tempo da formação de uma pseudocápsula inflamatória circundando o extravasamento salivar. Nos casos apresentados essa manifestação aconteceu em torno do quarto dia de pós-operatório.

O acesso escolhido nos casos relatados foi o retromandibular, sendo no caso 1 (C1) e no caso 2 (C2) o transparotídeo, e no caso 3 (C3) o acesso retromandibular modificado. Existem chances de durante a cirurgia lesar o nervo facial, e formação de uma fístula salivar ou sialocele à medida que a abordagem atravessa a glândula, o que pode ser evitado pela técnica modificada (KSHIRSAGAR et al, 2015). Em contrapartida, Gerlach et al (2007) defende que o importante é realizar o fechamento adequado da cápsula parótida e platisma, a fim de evitar complicações pós cirúrgicas. Desta forma, a escolha da dissecação da glândula durante esse acesso é particular, e de acordo com a experiência do cirurgião. A ausência de um consenso na literatura quanto a real diminuição de complicações na opção do acesso modificado. Tais informações nos levam a refletir que a técnica utilizada pode amenizar a possibilidade desta complicação, não sendo o fator determinante para a origem desta lesão, e sim a manipulação glandular durante o procedimento cirúrgico que determina a vulnerabilidade ao extravasamento de saliva. É importante que a sutura seja realizada em planos, para que assim evite a formação da sialocele parotídea.

Os três casos relatados anteriormente foram diagnosticados com base no exame e história clínica, porém somente com o auxílio da aspiração por punção é que temos a confirmação clínica de sialocele parotídea (ARAÚJO et al, 2010; EDKINS et al, 2009). Mas o diagnóstico pode ser também realizado por meio de citologia, sialografia, tomografia de contraste e ressonância magnética (CANOSA, COHEN, 1999; STEINBERG, HERRÉRA, 2005). O método utilizado para o

diagnóstico é justificado devido ao fato de ser um método eficaz e de menor custo, acessível se tratando de atendimento hospitalar público.

No C1 o tratamento de escolha foi baseado no cateterismo, como mostra o estudo de Lisan et al. (2014), na qual um dreno é instalado no orifício do ducto de Stenon e suturado na região sob anestesia geral, permitindo uma reepitelização deste ducto, possibilitando a drenagem da saliva, com a administração de antibióticos no caso e o dreno foi removido após 10 dias. O que diferenciou da nossa conduta em relação a estes autores foi a opção pela realização do procedimento sob anestesia local, e manutenção do dreno por 15 dias. Corroborando com Capaccio et al. (2004), acreditamos que a associação do curativo compressivo ao tratamento, apesar das controvérsias da sua eficácia na literatura, pode ser um dos fatores para a regressão positiva e rápida da lesão.

No C2 a drenagem extraoral foi a atitude de escolha inicialmente porque o paciente já apresentava um quadro de sialocele mais avançado que em C1, ocorrendo a formação inicial de uma fístula extraoral e facilitando a drenagem da lesão. Como o procedimento executado não obteve sucesso, optou-se pela mesma técnica de cateterismo utilizada no C1, na tentativa de reconstruir o caminho do ducto salivar, caso semelhante foi relatado por Sheetal et al. (2013). Tal tentativa foi planejada com a idéia de que durante o acesso retromandibular para a estabilização da fratura, a trajetória do ducto parotídeo tenha sido lesada e isso originou o extravasamento salivar e conseqüentemente a formação da sialocele. Essa conduta também é justificada por Parekh (1989) que declarou que se tratando de casos resistentes, os desvios das secreções parótidas para a boca por meio da reconstrução do ducto, criação de uma fístula interna ou cateterismo, é a maneira mais adequada para a resolução do quadro.

No caso C3 assim como no C2, a drenagem extraoral foi executada, porém no C3 a sialocele apresentava-se infectada. O acesso a fratura do côndilo no C3 foi o retromandibular modificado, diferentemente dos C1 e C2. Essa informação vai de encontro com a afirmação de Kshirsagar et al. (2015) em que as chances de lesar o nervo facial, e formação de uma fístula salivar ou sialocele à medida que a abordagem cirúrgica atravessa a glândula pode ser evitado pela técnica modificada.

Mais uma vez em C3 somente a drenagem extraoral não foi suficiente para a regressão da lesão. Segundo Bouchard e Perreault (2013), 11% dos pacientes

submetidos a cirurgias com acesso retromandibular podem apresentar infecção pós-operatória, nesse caso a antibioticoterapia é adicionada ao tratamento para controlar a infecção presente na lesão. Não há consenso na literatura sobre a necessidade da administração de antibióticos aos casos de sialocele. Acreditamos que a administração ou não de tal medicamento cabe à análise do cirurgião diante da necessidade do paciente.

Em nenhum dos casos apresentados foi proposto o tratamento com o antisialogogo, que apresenta bons resultados em estudos como Morais et al. (2014) em que foi associado o uso de glicopirrolato, e compressão por sete dias. O fato do não uso à técnica de compressão utilizada de maneira isolada não obteve sucesso no tratamento, isso é justificado devido aos curativos de compressão e antisialogogos não ter ainda comprovação científica de sua eficácia (CAPACCIO et al, 2004; MARCHESE-RAGONA et al, 2006). A abordagem mais comum e efetiva, realizada durante os casos estudados e relatados é o desvio salivar através de uma drenagem interna guiada e controlada, a fim de desenvolver uma nova trajetória para a saliva (CANOSA, COHEN, 1999; EDKINS et al, 2009).

4 CONCLUSÃO

A sialocele parotídea é a complicação ao acesso retromandibular mais comum. Porém, a literatura ainda não apresenta um fator específico e determinante para o desenvolvimento dessa lesão. Também é observado a ausência de protocolo específico no tratamento das sialoceles parotídeas.

Os casos abordados mostraram que os tratamentos combinados aplicados em cada caso obtiveram sucesso na regressão da lesão, e que a existência de um protocolo de atendimento não se faz necessário, e sim a individualização de conduta. Dessa forma, cabe ao profissional responsável, planejar e executar procedimentos com a finalidade de regredir o quadro clínico em que o paciente se encontra, lançando mão dos recursos disponíveis para o atendimento adequado dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, MR. et al. Management of a parotid sialocele in a young patient: case report and literature review. **J Appl Oral Sci.** v.18, p.432–436, 2010.

BATER MC. An unusual case of preauricular swelling: a giant parotid sialocele. **Int J Oral Maxillofac Surg.** v. 27, p.125–6, 1998.

BOUCHARD C, PERREAULT MH. Postoperative complications associated with the retromandibular approach: A retrospective analysis of 118 subcondylar fractures. **J Oral Maxillofac Surg.** p.1-6, 2013.

CANOSA A, COHEN MA. Post-traumatic parotid sialocele: report of two cases. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 57, p.742–745, 1999.

CAPACCIO, P. et al. Diagnosis and therapeutic management of iatrogenic parotid sialocele. **Ann Otol Rhinol Laryngol.** v.113, p.562-564, 2004.

CHEN WL, ZHANG LP, HUANG ZQ, et al. Percutaneous sclerotherapy of sialoceles after parotidectomy with fibrin glue, OK-432, and bleomycin. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 51, p.786–788, 2013.

CHHABRA N, CHHABRA S, KAPILA SA. Use of hypertonic saline in the management of parotid fistulae and sialocele: a report of 2 cases. **J Maxillofac Oral Surg.** v. 8, p.64–67, 2009.

CHOL, BH; YOO, JH. Open reduction of condylar neck fractures with exposure of the facial nerve. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.88, p.292, 1999.

CHOW TL, KWOK SP. Use of botulinum toxin type: A case of persistent parotid sialocele. **Hong Kong Med J.** v. 9, p.293–294, 2003.

EDKINS, et al. Peroral drainage of post-traumatic sialoceles: report of three cases. **The Journal of Laryngology & Otology.** v. 123, p.922-924, 2009.

ELLIS, E III; MOOS, KF; EL-ATTAR, A. Ten years of mandibular fractures: An analysis of 2.137 cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** v.59, p.120, 1985.

HERBERT HA, MORTON RP. Sialocele after parotid surgery: assessing the risk factors. **Otolaryngol Head Neck Surg.** v. 147, p.489-492, 2011.

HOFER TD, ALUCEMA SD, POZO JA. Delayed Treatment of Parotid Sialocele: A Functional Approach and Review. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.** 2014.

JEFFE JS, SULMAN CG. The Use of Botulinum Toxin B in The Treatment of a Post-Traumatic Sialocele in A 4-Year-Old Child: A Case Report. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.** 2015.

LISAN, Q. et al. Catheterization Of post-traumatic parotid duct sialocele. **European Annals Of Otorhino laryngology, Head And Neck diseases.** 2014.

MARCHESE-RAGONA, R. et al. The role of botulinum toxin in postparotidectomy fistula treatment: A technical note. **Am J Otol.** v.27, p. 221, 2006.

MEDEIROS JÚNIOR R, ROCHA NETO AM, et al. Giant sialocele following facial trauma. **Braz Dent J.** v. 23, p.82–6, 2012.

PAREKH D, GLEZERSON G, STEWART M, et al. Post-traumatic parotid fistulae and sialoceles. A prospective study of conservative management in 51 cases. **Ann Surg.** v. 209, p.105–111, 1989.

SHEETAL RK, et al. Surgical management of Stenson's duct injury using epidural catheter: A novel technique. **Niger J Clin Pract.** V.16, p.266-26, 2013.

STEINBERG MJ, HERRÉRA AF. Management of parotid duct injuries. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v. 99, p.136–141, 2005.

UPTON, DC. et al. Parotidectomy: ten-year review of 237 cases at a single institution. **Otolaryngol Head Neck Surg.** v. 136, p.788-792, 2007.

WITT RL. The incidence and management of siaolocele after parotidectomy. **Otolaryngol Head Neck Surg.** v. 140, p.871–874, 2009.

ZIDE MF, KENT JN. Indications for open reduction of mandibular condyle fractures. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 41, n.2, p.89-98, 1983.