

Afecções das Glândulas Salivares na Infância

—
Otávio Piltcher

Caso Clínico

Natália, três anos, com todas vacinas em dia, tem aumento periódico da região parotídea à esquerda, “simulando” crises de caxumba segundo a mãe.

Introdução

Os aumentos de volume das glândulas salivares são incomuns na infância e representam um desafio diagnóstico e terapêutico para o pediatra e otorrinolaringologista.

As glândulas salivares são conjuntos de unidades acinares, compostas de elementos serosos e mucinares, dispostas em formações lobulares conectadas (maiores) por tecido conjuntivo. Produtoras de saliva, têm papel importante na lubrificação, proteção da mucosa e dentes, fazendo parte do processo de deglutição e digestão. As parótidas são as maiores e localizam-se anteriormente junto à apófise mastóide e conduto auditivo externo. As submandibulares são menos volumosas, porém responsáveis pela produção de 2/3 de todo conteúdo salivar e localizam-se abaixo dos ramos horizontais da mandíbula, em íntimo contato com o pavimento da boca. Ainda existem as glândulas sublinguais e diversas glândulas salivares menores distribuídas pela cavidade oral. A produção salivar ocorre por estímulos nervosos do sistema parassimpático e simpático.

Investigação

Uma anamnese adequada deverá ser sempre o primeiro passo diante de pacientes com história de aumento de volume de alguma das glândulas salivares recente ou no passado. Algumas perguntas devem ser necessariamente respondidas para construção do raciocínio diagnóstico.

Todos percebem? Caso não haja alteração no momento do exame é importante certificar-se que mais pessoas além da mãe ou pai já descreveram a alteração ou que seja trazida alguma documentação fotográfica. **Vacinação completa?** Apesar da comprovação da imunização não excluir alguns processos infecciosos incluindo o vírus da caxumba, direciona o raciocínio diagnóstico para outras etiologias, principalmente em processos recidivantes com o da paciente acima.

Outras queixas antecedem/sucedem o aumento de volume? Pródromos de quadros infecciosos virais corroboram nesse raciocínio etiológico, assim como comprometimento sistêmico (febre, piora do estado geral) podem indicar quadros bacterianos e queixas articulares e/ou oftalmológicas apontam no sentido

de processos autoimunes. A presença de manifestações relacionadas ao nervo facial devem sempre apontar no sentido de um processo com elevado risco de malignidade.

Há dor no local e/ou hiperemia? Em geral, as características inflamatórias locais acompanham a grande maioria dos processos agudos e recidivantes, sendo bastante inespecíficas, com as ressalvas para manifestações muito intensas que seguem distensões rápidas (obstrução) e infecções bacterianas. Por outro lado, crescimentos com sinais flogísticos menos intensos e não intermitentes, obviamente devem encaminhar o raciocínio diagnóstico no sentido das tumorações (benignas ou malignas). **O aumento do volume regride espontaneamente e de forma completa?** Essa resposta contribui para o diagnóstico diferencial entre quadros inflamatórios, específicos ou não, e processos expansivos (benignos ou malignos). **Medicações em uso (anti-histaminicos, psicotrópicos)?** Essas medicações podem levar a alterações das glândulas salivares pela diminuição da produção de saliva. **Outros problemas de saúde?** (metabólicos, cirrose, deficiência B12, Sjögren e granulomatoses).

As doenças citadas, entre outras, podem cursar com deterioração do tecido glandular e ocorrência de sialodentite crônica.

Diagnóstico diferencial

- Parotidite viral (caxumba)
- Parotidite recorrente da infância
- Sialolitíase
- Doenças reumatológicas (Sjögren) – raro na população pediátrica
- Infecções atípicas (tuberculose, actinomicose, sífilis, gonorréia, doença da arranhadura)
- HIV/SIDA
- Fibrose cística
- Tumores benignos
- Tumores malignos

Caxumba

Apesar das afecções das glândulas salivares serem incomuns na população pediátrica e a maior parte dos casos serem infecções pelo vírus da caxumba, nem todos os processos têm essa etiologia. Sendo assim por que não pensar em Parotidite Viral para quadros como o de Natália? Desde a implementação da vacina para o vírus da caxumba, em 1967 ocorreu uma dramática diminuição da sua incidência. Diferente do caso exemplificado, normalmente quadros de caxumba se acompanham de manifestações virais sistêmicas típicas; 75% têm alguma manifestação bilateral e um episódio confere imunidade permanente, o que não permite quadros de sialoadenites recidivantes. Apesar de incomum, outros vírus podem apresentar tropismo para o tecido das glândulas salivares (citomegalovírus e coxsackie). Dessa forma em casos com manifestações virais concomitantes ao aumento de volume de glândulas salivares em paciente com história prévia de caxumba, pode-se tentar identificar o tipo viral envolvido através de exames séricos (IgM e IgG específicos).

Fisiopatogenia da sialoadenite crônica

Embora existam vários possíveis fatores etiológicos, a diminuição da produção

de saliva e/ou obstrução com estase salivar são os principais elementos. Com o fluxo salivar diminuído ocorre infecção ascendente da cavidade oral. As infecções determinariam irregularidades ductais multifocais que acabam evoluindo para estenoses parciais. As obstruções parciais determinam retenção salivar e dilatação ductal que por sua vez levam a mais infecções, com formação de muco e pús, propiciando um círculo de retenção salivar/ infecção, com intervalos de recorrência variáveis.

Fatores que predisõem às sialadenites agudas e crônicas

- **Sialoadenite Aguda**
 - Desidratação/obstrução
 - Hiposalivação
 - Estase
 - Bactérias orais
 - Elementos tóxicos dos ductos para o parênquima.
 - Abscessos múltiplos
 - Outras teorias
- **Sialoadenite Crônica**
 - Ectasias ductais
 - Estenoses
 - Diminuição tecido secretor
 - Estase
 - Bactérias orais
 - Elementos tóxicos dos ductos para o parênquima.
 - Abscessos múltiplos
 - Outras teorias

Exames Complementares

• **Radiografia simples**

De pouca utilidade, podendo demonstrar cálculos na parótida, que são radiopacos em +/- 40%, enquanto na glândula submandibular, onde a presença de cálculos é mais comum, somente +/- 20 % são radiopacos.

• **Ecografia**

Relativamente sensível para alguns processos císticos ou sólidos, é muito utilizada por não ser invasiva e ser de grande disponibilidade. No caso específico das sialoadenites crônicas, esse exame pode variar sua capacidade diagnóstica para sialoectasias ductais, sendo considerado por alguns autores como semelhante à sialografia. Lembrar que exames normais não excluem a presença de doença (falsos negativos).

• **Sialografia**

Exame invasivo pela manipulação do sistema ductal e pela necessidade de exposição ao contraste. A identificação de deformidades tipo “salsichão” ou, em última instância, extravazamento de contraste para o parênquima, é diagnóstica de um processo crônico degenerativo do sistema ductal. Pode ser utilizado para classificar graus de deformidade do sistema ductal.

• **Tomografia computadorizada**

Identifica aumento da densidade do parênquima pela fibrose e infiltrado

inflamatório. A utilização de contraste concomitante pode identificar ectasias ductais de forma mais precisa que a sialografia. Mais útil em casos de diagnósticos diferenciais com lesões tumorais.

- **Ressonância Magnética (SIALOMRI)**

Considerado por muitos como provável padrão-ouro para o diagnóstico pela capacidade de estudar tanto o parênquima glandular como o sistema ductal sem necessidade de contraste, pois a própria saliva pode ser utilizada com tal objetivo (SIALOMRI). Entre as limitações, além dos custos, a necessidade de equipes treinadas para sua interpretação e a demora do exame, fazendo com que em crianças dificilmente consigam realizar o exame sem sedação ou anestesia geral.

- **Sialoendoscopia**

Método novo permite visualizar o sistema ductal e limpar o acúmulo de debris orgânicos e inorgânicos (cálculos) e dilatar parte do sistema ductal. Também é considerada invasiva pela necessidade de dilatação do sistema ductal e introdução dos equipamentos de endoscopia e alças de remoção de debris e pela sedação ou anestesia geral em crianças, além do custo elevado. Apesar dessas possíveis limitações, a sialoendoscopia passa a representar uma nova esperança na abordagem das patologias das glândulas salivares, pois, além de possibilitar o diagnóstico, permite o tratamento através da remoção de diferentes tipos de debris que estejam contribuindo para a fisiopatogenia do processo. Naqueles casos, com recidivas tão freqüentes que a criança não possa ter uma vida normal, e a retirada da glândula seja uma alternativa, a sialoendoscopia passa a ser uma etapa prévia, mandatória, se disponível.

Parotidite recorrente da infância

Com exceção da caxumba, com quadro obrigatoriamente agudo, a parotidite recorrente da infância é o diagnóstico mais comum em quadros crônicos nessa faixa etária. Mais comum em meninos, tem pico entre três e seis anos de idade. Caracterizam o quadro: aumento da glândula com hiperemia e dor moderados, com repercussões sistêmicas leves ou associada à febre a mal estar, com duração de 4-7 dias até semanas, intercalados por períodos normais de semanas a meses. De etiologia indefinida, possui teorias genéticas, alérgicas, processos autoimunes (Sjögren) e por imunodeficiências. Assim, quadros recidivantes de parotidite, antes de receber o diagnóstico de parotidite recorrente da infância devem ser investigados quanto a possibilidade de algum processo patológico subjacente como SIDA e processos autoimunes.

O comprometimento unilateral é mais freqüente, podendo ocasionalmente evoluir para um abscesso intraglandular. Há produção de saliva clara, associada a flocos brancos através do ducto principal. A presença de pús caracteriza mais uma parotidite supurativa, mas não exclui o diagnóstico de parotidite recorrente. As bactérias envolvidas costumam ser da própria cavidade oral com pouca agressividade, como o *Streptococcus viridans*. Apesar de não ser considerada uma sialolitíase, os debris orgânicos acumulados pelo sistema ductal determinam estase da mesma forma que um sialolito inorgânico. Todavia, diferente das sialolitíases que ocorrem mais freqüentemente na glândula submandibular, sendo inclusive uma das maiores causas de indicação de submandibulectomias, o processo aqui

em discussão, acome mais as parótidas.

A capacidade diagnóstica da ecografia pode variar de 18 a 86% na literatura. Em decorrência da sua baixa invasividade acaba sendo indicada de rotina. Já a sialografia, ao demonstrar imagens tipo salsichão, que são resultado das deformidades do sistema ductal (sialoectasias ductais puntiformes), é considerada diagnóstica do processo inflamatório crônico da glândula. Por outro lado, é um exame invasivo, no qual além da manipulação, há o risco de alergia ao contraste e necessidade de equipes de radiologia experientes para realização do mesmo. Na tomografia computadorizada há aumento da densidade pelo infiltrado celular e fibrose, não sendo um exame de muito auxílio para esse diagnóstico específico, servindo mais na suspeita de diagnóstico diferencial com tumorações. A introdução de contraste antes da tomografia gera uma sialo CT, sendo possível definir com maior precisão as alterações ductais características do processo obstrutivo crônico. A sialoressonância (SIALOMRI), por muitos citada como padrão-ouro, possibilita a identificação das alterações ductais típicas, sem a necessidade de injeção de contraste, já que a própria saliva serve para tal fim. Os achados mais fidedignos sobre as condições do sistema ductal são obtidos por exames “*vily T2-weighted 3D FSE*”, enquanto alterações do parênquima glandular são pelo “*2D T2-weighted images*”. Desvantagens da SIALOMRI estariam no tempo necessário para a execução do exame, na dificuldade que alguns centros estão demonstrando na obtenção de imagens claras do sistema ductal, custo e pacientes claustrofóbicos. Histologicamente, biópsias de processos crônicos se assemelham aos da Síndrome de Sjögren. É comum haver reversão do quadro clínico a partir da adolescência, do contrário pode evoluir para necrose das células acinares e progressiva substituição do tecido útil por células linfóides e tecido fibroadiposo.

Até alguns anos, diante de quadros muito frequentes, onde outros diagnósticos específicos foram afastados e as condutas não invasivas não repercutiam em alívio da clínica, a remoção da glândula salivar afetada estava indicada. Nos últimos anos, o desenvolvimento tecnológico, com miniaturizações de equipamentos endoscópicos proporcionou o advento da terapêutica endoscópica das glândulas salivares. Além de contribuir no diagnóstico através da visualização de patologias diversas (cálculos, estenoses, etc), o procedimento permite dilatações das estenoses, lavagem do conteúdo ductal e instilação de anti-inflamatórios e antibióticos, além da colocação de “*sialostents*” temporários no sistema ductal salivar. Apesar de não haver evidências contra seu benefício, em relação a outras terapêuticas invasivas, esse procedimento vem ganhando espaço pelo sua pequena invasibilidade, em relação à remoção completa da glândula.

Doenças reumatológicas (Sjögren)

Rara entre crianças, essa doença autoimune deve ser lembrada entre os diagnósticos diferenciais pela importância de um diagnóstico precoce. A infiltração linfocítica do tecido glandular é o achado histológico que, associado a demais aspectos clínicos, levam ao diagnóstico.

HIV/SIDA/AIDS

O comprometimento das glândulas salivares (principalmente parótidas) nos pacientes pediátricos com HIV/SIDA/AIDS é relativamente freqüente. Apesar de

ocorrer em pacientes que já apresentam graus variados de imunocomprometimento e serem considerados sinal de pior prognóstico, também podem ser uma das primeiras manifestações da presença do vírus no organismo. Sua abordagem é igual aos quadros sem etiologia definida.

Resumo diante de um quadro suspeito de parotidite recorrente da infância

Hidratação, massagens e analgesia conforme a necessidade. Tranquilizar os pais até a definição do diagnóstico. A ecografia, apesar das limitações, deve ser solicitada pela baixa invasividade e possibilidade de diagnosticar lesões sólidas e císticas e alterações ductais. No caso da necessidade de outro exame para o qual a anestesia geral seja necessária, discutir diante das hipóteses diagnósticas e disponibilidade tecnológica, a indicação de uma SIALORESSONÂNCIA ou de uma SIALOENDOSCOPIA. Lembrar que a endoscopia, além de poder auxiliar no diagnóstico pela visualização do sistema ductal, pode ter papel no tratamento pela lavagem e instilação de antibióticos e corticosteróides, com ou sem colocação de “*sialostent*” para manter uma drenagem adequada. Do ponto de vista sérico, a investigação de imunodeficiências (HIV) e doenças autoimunes (Sjögren), apesar de raras, devem ser descartadas. Quanto mais avançada a idade de início dos quadros de inflamação das glândulas salivares, maior a possibilidade dos processos terem etiologia autoimune. A cirurgia (parotidectomia total, exereses glândula submandibular) fica como última alternativa nos quadros recidivantes incapacitantes.

Leituras recomendadas

1. Brook I. Diagnosis and Management of parotitis. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg. 118:469-71,1992.
2. Huisman TAGM et al. MRI of Chronic recurrent Parotitis in childhood. J Comput Assist Tomogr 25:269, 2001.
3. Nahlieli O et al. Management of Chronic Recurrent Parotiditis:Current Therapy. J Oral Maxillofac Surg 62:1150-55, 2004.
4. Qi S et al. Sialoendoscopic and Irrigation Findings in Chronic Obstructive Parotitis. The Laryngoscope 115:541-45, 2005.
5. Leerdam CM, Martin HCO and Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. J. Paediatr Child Health 631-34, 2005.