

SIALOADENITES: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A ETIOLOGIA, O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO

SIALADENITIS: LITERATURE REVIEW REGARDING THE ETIOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Rafael Tomaz Gomes¹
Marcelo Drummond Naves²
Maria Auxiliadora Vieira do Carmo²
Maria Cássia Ferreira de Aguiar²

RESUMO

As sialoadenites constituem um conjunto de doenças inflamatórias das glândulas salivares caracterizadas geralmente por edema e sintomatologia dolorosa. O processo inflamatório, que pode ser tanto agudo quanto crônico, acomete principalmente idosos, porém esta condição também é relatada em todas as idades. A sialoadenite tem sido tradicionalmente considerada como uma infecção bacteriana retrógrada ascendente via ducto salivar em direção ao parênquima glandular, no entanto, a inflamação pode ter origem a partir de diversas causas, infecciosas ou não. As sialoadenites causam considerável morbidade para o paciente e, portanto, requerem avaliação cuidadosa com o intuito de se prover um tratamento adequado. O objetivo deste trabalho é discutir a etiologia, as características clínicas, o diagnóstico e as formas atuais de tratamento das condições inflamatórias das glândulas salivares maiores.

Descritores: sialoadenites, diagnóstico, tratamento.

INTRODUÇÃO

As sialoadenites compreendem todos os processos inflamatórios que acometem as glândulas salivares e são acompanhadas de dor, aumento de volume e redução do fluxo salivar da glândula acometida. Elas podem ser classificadas em agudas ou crônicas^{1,2,3}.

Apesar dos processos inflamatórios das glândulas salivares acometerem principalmente idosos, esta condição também é relatada em recém-nascidos e em crianças prematuras^{4,5}. A sialoadenite foi uma complicação bem caracterizada de cirurgias abdominais anteriormente ao advento dos antibióticos conhecida como "caxumba cirúrgica"⁶.

A incidência média desta doença tem sido relatada ser de 0.01% a 0.02% de todas as internações hospitalares⁷. Apesar de esta infecção ser normalmente restrita à glândula, a disseminação da infecção pode ocorrer para os espaços fasciais cervicais. Guardia et al.⁸ relataram o óbito de um homem de 67 anos por mediastinite secundária a uma parotidite.

¹ Aluno de graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG - FOUFG

² Professor(a) Adjunto do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas da FOUFG.

A patogênese das sialoadenites não é completamente compreendida, mas é provável que envolva uma combinação de diversos fatores etiológicos que contribuem para a redução do fluxo salivar. Existem duas teorias que tentam explicar a iniciação do processo inflamatório nas glândulas salivares. Uma primeira postula que uma infecção retrógrada causada por microorganismos da cavidade oral resulta diretamente em um processo inflamatório do parênquima glandular. A outra hipótese sugere que repetidos quadros de inflamação aguda levam a uma metaplasia mucosa do epitélio ductal, resultando em um aumento do conteúdo de muco, estase e conseqüentes episódios de inflamação⁹.

O fluxo normal de saliva previne a retenção de obstruções e ajuda a remover os microorganismos do sistema ductal da glândula. Uma vez reduzido, seja pela obstrução do ducto ou pela diminuição da produção de saliva pelos ácinos glandulares, uma infecção ascendente ocorre com maior facilidade. Às vezes a causa pode permanecer desconhecida^{9,10}.

Má higiene oral, obstrução do ducto por sialolifase, tumores ou corpo estranho são considerados fatores locais que podem levar ao desenvolvimento das sialoadenites^{6,11,12}.

Fatores sistêmicos também podem predispor o paciente a um quadro inflamatório das glândulas salivares. A maioria dos pacientes com sialoadenite se encontra debilitada ou desidratada. Algumas condições, incluindo estados de imunossupressão, como diabetes e alcoolismo, desordens autoimunes, como a Síndrome de Sjögren, diminuição do fluxo salivar secundária a medicações (antidepressivos, anticolinérgicos e diuréticos) e desidratação pós-cirúrgica podem aumentar as chances de aparecimento das sialoadenites^{6,11,13}. Os fatores etiológicos em crianças incluem principalmente desidratação, alergia e hereditariedade⁴. A disfunção do nervo facial, secundária à inflamação da glândula parótida, é extremamente rara, com somente dez casos relatados na literatura¹⁴.

A radioterapia de cabeça e pescoço também pode levar a uma diminuição do fluxo salivar e o seu efeito é dose-dependente. Alterações causadas pela radiação variam de uma transiente redução da quantidade de saliva a um dano irreversível com atrofia acinar e fibrose. Isto resulta em redução permanente do fluxo salivar predispondo então a glândula a uma infecção ascendente⁹.

Manifestações Clínicas e Diagnóstico

A sialoadenite aguda é mais comum na glândula parótida, sendo bilateral em 10% a 25% dos casos ⁶. As manifestações clínicas mais comuns incluem eritema, edema, aumento de temperatura e enrijecimento da área glandular afetada. Alguns pacientes apresentam febre, juntamente com a queixa de dor. O envolvimento do parênquima glandular pelo processo inflamatório e a subsequente estimulação dos nervos sensoriais próximos à cápsula da glândula contribuem para a dor associada. Ao exame intra-oral, a abertura do ducto salivar se mostra eritematosa e uma coleção purulenta pode ser drenada da glândula quando a mesma é palpada, no caso de infecção bacteriana, sendo esta situação a mais freqüente ^{15,16}.

Obstruções ductais recidivantes ou persistentes (mais comumente devido à sialolitíase) podem levar a uma sialoadenite crônica. Edema unilateral ou bilateral acompanhado de inchaço da glândula pode persistir por dias ou meses. Durante este período, remissões e exacerbações podem se alternar de forma recorrente. Este estado clínico pode resultar na formação de abscessos na glândula afetada e febre/prostração podem acompanhar os quadros de exacerbação. Os sinais intra-orais incluem edema e eritema da abertura do ducto e formação de placa purulenta ². Na atualidade, o diagnóstico baseia-se na sintomatologia e nos achados imagiológicos.

Recursos Imagiológicos

a) Radiografia comum

É um método radiológico simples e de baixo custo para avaliar anormalidades nas glândulas salivares, ajudando no diagnóstico da sialolitíase. A radiografia deve ser tirada em diferentes angulações. No caso da avaliação do ducto submandibular, podem ser necessárias variações na técnica oclusal inferior convencional ¹⁷.

b) Sialografia

A sialografia é uma opção de exame para visualizar a anatomia do sistema ductal da submandibular e parótida. Na sialografia observa-se uma dilatação do sistema acinar com sialectasias (dilatação ductal) em forma de "árvore com frutos". O comprometimento do sistema ductal é menos freqüente e, quando ocorre, visualiza-se a imagem de uma árvore podada com pequenas dilatações ¹⁸. Atualmente esta técnica se encontra em desuso e seu alto custo associado à pequena disponibilidade para a realização são algumas desvantagens.

c) Ultra-sonografia

O ultra-som tem sido tradicionalmente utilizado para se avaliar a presença de conteúdos sólidos e císticos das glândulas salivares e também para a identificação de cálculos salivares. Ultimamente se tem empregado a ultra-sonografia como técnica de diagnóstico para as sialoadenites: as imagens ecográficas indicativas de sialoadenite constituem-se como pequenas nodularidades hipoecóicas, que correspondem com as sialectasias da sialografia^{19,20}.

d) Tomografia Computadorizada (TC)

Quando se utiliza a TC como recurso imaginológico para as sialoadenites observa-se a dilatação das paredes dos ductos principais das glândulas salivares. A glândula se apresenta com um aumento de volume e áreas de pouco contraste, refletindo uma infiltração celular inflamatória. A presença de cálculos salivares pode ser facilmente detectada com esta técnica¹⁷. O alto custo se torna a principal limitação para o seu emprego sistemático.

Diagnóstico Diferencial

Para os casos que apresentam uma região de crescimento com consistência endurecida na área glandular, a história detalhada e os exames clínico e imaginológico cuidadosos do paciente são extremamente importantes para a exclusão de neoplasias. A biópsia por aspiração com agulha fina é de grande utilidade para o diagnóstico de neoplasias de cabeça e pescoço, especialmente para as glândulas salivares³⁵.

Também se inclui no diagnóstico diferencial outras doenças como a infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV), que pode se apresentar como uma hipertrofia glandular bilateral, geralmente da glândula parótida²¹, a fibrose cística, o diabetes mellitus, sarcoidose, sialolitíase e a má-nutrição. Todas essas manifestações podem se apresentar como uma hipertrofia glandular²².

A origem bacteriana da infecção aguda pode ser distinguida da infecção viral e dos casos não-infecciosos pela presença de drenagem purulenta do ducto salivar e evidência imaginológica de um processo supurativo no parênquima glandular⁷.

Microbiologia

Tradicionalmente, mais de 80% dos casos de sialoadenites são causados por *Staphylococcus aureus*^{6,23,24}. Entretanto, a incidência de casos de sialoadenites causada por anaeróbios estritos tem aumentado^{25, 26, 27}.

Brook²⁸ encontrou anaeróbios estritos em 43% dos pacientes acometidos por sialoadenite aguda, com o restante 57% composto por uma combinação de aeróbios e anaeróbios. Tem sido proposto que os pacientes que apresentam etiologia anaeróbia da doença podem possuir uma idade média mais baixa de acometimento²⁵. Os anaeróbios mais predominantes incluem bacilos gram-negativos (como *Prevotella* e *Porphyromonas* spp.), *Fusobacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Streptococcus* spp. (incluindo *S. pneumoniae*) e bacilos gram-positivos (incluindo *Escherichia coli*). Bactérias gram-negativas são mais freqüentes em pacientes hospitalizados. Microorganismos menos freqüentemente encontrados incluem *Haemophilus influenza*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Treponema pallidum* e *Eikenella corrodens*^{26,29}.

Tratamento e Acompanhamento

As modalidades de tratamento incluem intervenções tanto clínicas quanto cirúrgicas. Entretanto, a chave para o tratamento das sialoadenites é o correto diagnóstico da condição patológica associada e a reidratação. A terapia inicial deve incluir ingestão de líquidos, apoio nutricional, compressas quentes, massagem da área afetada, uso de sialogogos, manutenção de higiene oral adequada e antibioticoterapia^{7, 10, 22}. Como sialogogo, sugere-se o uso de suco limão três vezes ao dia com o intuito de estimular o fluxo salivar.

Como *S. aureus* é o patógeno mais comum envolvido, antibióticos do grupo da penicilina constituem o medicamento de primeira escolha para o tratamento das sialoadenites infecciosas.

Para os casos agudos com supuração, opta-se pelo uso de amoxicilina 500 mg, de 08 em 08 horas, durante 10 dias. O ducto pode agir como uma excelente via de drenagem. Eritromicina ou clindamicina são utilizadas em pacientes alérgicos a penicilina (Quadro 1). A terapia antibiótica pode ser individualizada para um microorganismo específico quando a cultura e testes de sensibilidade forem disponíveis^{27,30}.

Para os casos crônicos, que geralmente costumam ser recorrentes, a politerapia antibiótica com espectro de ação contra aeróbios e anaeróbios deve ser considerada. A lenta evolução do quadro inflamatório muitas vezes leva a um encapsulamento da coleção purulenta no parênquima glandular e, portanto, a presença de microorganismos anaeróbios se torna mais significativa. Além da amoxicilina na dosagem recomendada

anteriormente, utiliza-se também metronidazol 250 mg, de 08 em 08 horas, durante 10 dias, concomitantemente.

Se o tratamento clínico não obtiver sucesso, procedimentos cirúrgicos devem ser considerados. A intervenção cirúrgica, que inclui a incisão e a drenagem da glândula, está indicada para os seguintes casos^{23, 31, 32, 33}:

- a) ausência de melhora depois de três a cinco dias de antibioticoterapia;
- b) envolvimento do nervo facial (quando a glândula parótida é acometida);
- c) envolvimento de estruturas adjacentes vitais (espaço faríngeo lateral, espaços fasciais profundos);
- d) formação de grandes abscessos dentro do parênquima glandular.

Quadro 1. Terapia antibiótica recomendada para os casos de sialoadenites infecciosas.

TIPO DE SIALOADENITE	PACIENTES	AGENTE	REGIME
Aguda supurativa	Não alérgicos à penicilina	Amoxicilina	500 mg, 08 em 08 h, 10 dias
	Alérgicos à penicilina	Eritromicina ou Clindamicina	500 mg, 06 em 06 h, 10 dias 300 mg, 06 em 06 h, 10 dias
Crônica recorrente	Não alérgicos à penicilina	Amoxicilina	500 mg, 08 em 08 h, 10 dias
		Metronidazol	250 mg, 08 em 08 h, 10 dias
	Alérgicos à penicilina	Eritromicina ou Clindamicina	500 mg, 06 em 06 h, 10 dias 300 mg, 06 em 06 h, 10 dias
		Metronidazol	250 mg, 08 em 08 h, 10 dias

Consultas de retorno devem ser agendadas para todos os pacientes diagnosticados com sialoadenites. Anormalidades glandulares como cálculos, obstruções de muco ou contrações benignas podem requerer cirurgia para se evitar o desenvolvimento de uma futura sialoadenite crônica recorrente³⁴.

Observação cuidadosa para a presença de tumores em pacientes com sialoadenite deve ser uma prioridade no acompanhamento. Um novo exame clínico, biópsia com agulhas finas e novos recursos imaginológicos

podem ser necessários para excluir a possibilidade de uma neoplasia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As sialoadenites são relativamente incomuns, porém estas condições inflamatórias representam as principais entidades patológicas das glândulas salivares. Caso não seja tratado, o quadro pode causar considerável morbidade para o paciente e resultar em um crescimento fibroso-inflamatório da glândula acometida. Existe grande discordância quanto à patogênese da doença, mas na maioria das vezes é observada uma redução do fluxo salivar, seja por causas locais ou sistêmicas.

O protocolo geral de tratamento inclui como medidas gerais a reidratação, massagem da área afetada, uso de sialogogo e adoção de uma boa higiene oral.

Para os casos de sialoadenite supurativa aguda, a drenagem da coleção purulenta via ducto pode ser realizada e a terapia antibiótica deve ser instituída. Os casos de sialoadenite crônica recorrente, além das medidas anteriormente citadas, devem também abranger uma terapia poliantibiótica com o intuito de combater conjuntamente bactérias aeróbias e anaeróbias. A associação de amoxicilina e metronidazol, de acordo com nossa experiência, tem mostrado um índice elevado de sucesso na prática clínica. As radiografias convencionais auxiliam no diagnóstico de sialolitíase e a ultra-sonografia das glândulas salivares pode ser um grande auxílio na detecção de coleções purulentas ou tumorais no parênquima glandular.

ABSTRACT

Sialadenitis is an insidious inflammatory disorder which is characterized by intermittent, often painful, swelling of the salivary gland. Although the majority of the patients are elderly, sialadenitis, which can be a chronic or acute inflammatory process, has been seen in all age groups. This inflammatory condition has been traditionally considered an ascending bacterial infection via retrograde transductal flow of bacteria from the gland's duct into the gland's parenchyma. There are multiple etiologic factors for the development of sialadenitis. It can cause considerable morbidity to the patient; and therefore, requires careful assessment in order to provide appropriate treatment. The purpose of this paper is to discuss the etiology, clinical characteristics, diagnosis and treatment options for patients with sialadenitis.

Key words: sialadenitis, etiologic factors, diagnosis, treatment.

1. Rousseau P. Acute suppurative parotitis. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1990; 38: 897-898.
2. Nahlieli O, Bar T, Shacham R, Eliav E, Hecht-Nakar L. Management of Chronic Recurrent Parotitis: Current Therapy. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2004; 62: 1150-1155.
3. Werning IT, Waterhouse JP, Mooney JW. Subacute necrotizing sialadenitis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1990; 70: 756-759.
4. Sabatino G, Verrotti A, de Martino M. Neonatal suppurative parotitis: A study of five cases. *Eur. J. Pediatr.* 1999; 158: 312-314.
5. Coban A, Ince Z, Ucsel R. Neonatal suppurative parotitis: A vanishing disease? *Eur. J. Pediatr.* 1993; 52: 1004-1008.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2ed Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004: 798.
7. Fattahi T, Lyu P, Sickels J. Management of Acute Suppurative Parotitis. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2002; 60: 446-448.
8. Guardia SN, Cameron R, Phillips A. Fatal necrotizing mediastinitis secondary to acute suppurative parotitis. *J. Otolaryngol.* 1991; 20: 55-56.
9. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de Patologia Bucal*. 4ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
10. Bhatti MA, Piggot TA, Soames JV, McLean NR. Chronic non-specific parotid sialadenitis. *Brit. J. Plast. Surg.* 1998; 51: 517-521.
11. Matsuo T. Acute suppurative parotitis caused by a fish bone: A case report. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1997; 26: 54.
12. McAnally T. Parotitis: clinical presentation and management. *Postgrad. Med.* 1982; 71: 97-99.
13. Wahba HN. Sjögren's syndrome and acute suppurative parotitis. *J. Rheumatol.* 1993; 20: 404-405.
14. Andrews JC, Abemayor E, Alessi DM. Parotitis and facial nerve dysfunction. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1989; 115: 240-242.
15. Saunders PR, McPherson DW. Acute suppurative parotitis: A forgotten cause of upper airway obstruction. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1991; 72: 412-414.
16. Nusem-Horowitz S, Wolf M, Coref A. Acute suppurative parotitis and parotid abscess in children. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 1995; 32: 123-126.
17. Som PM, Brandwein M. Salivary glands. In: *Head and neck imaging*. Som PM, Curtin HD. 3ed St. Louis: Mosby, 1996: 823-914.
18. Guisán AC, Castañón EB, Romero RG, Florensa SGT. Parotiditis crónica recorrente juvenil. *Anal. Ped.* 2000; 53: 418-421.
19. Graham SM, Hoffman HT, McCulloch TM. Intra-operative ultrasound-guided drainage of parotid abscess. *J. Laryngol. Otol.* 1998; 112: 1098-1100.
20. Ericson S, Zetterlund B, Ohman J. Recurrent parotitis and sialectasis in childhood: Clinical, radiologic, immunologic, bacteriologic and histologic study. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1991; 100: 527-535.
21. Lepage P, van de Perre P, van Vliet G. Clinical and endocrinologic manifestations in perinatally human immunodeficiency virus type 1 infected children aged 5 years or older. *Am. J. Dis. Child.* 1991; 45: 1248-1251.
22. Baumash HD. Chronic recurrent parotitis: a closer look at its origin, diagnosis, and management. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2004; 62: 1010-1018.
23. Brook I. Diagnosis and management of parotitis. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1992; 118: 469-471.
24. Lamey PJ, Boyle MA, McFarlane TW. Acute suppurative parotitis in outpatients: microbiology and posttreatment sialographic findings. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1987; 63: 37-41.
25. Matlow A, Korentager R, Keystone E. Parotitis due to anaerobic bacteria. *Rev. Infect. Dis.* 1998; 10: 420-423.
26. Grossenbacher R, Steiner D. Salmonella parotitis with abscess formation. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1992; 106: 98-100.
27. Pang YT, Raine CH. Acute suppurative parotitis and facial paralysis. *J. Laryngol. Otol.* 1996; 110: 91-92.
28. Brook I, Frasier EH, Thompson DH. Aerobic and anaerobic microbiology of acute suppurative parotitis. *Laryngoscope.* 1991; 101: 170-171.
29. Brook I. Acute Bacterial Suppurative Parotitis: Microbiology and Management. *J. Craniofac. Surg.* 2003; 14: 37-40.

30. O'Brien C, Murrant N. Surgical management of chronic parotitis. *Head Neck*. 1993; 15: 445-49.
31. Moody AB, Averery CME, Walsh S, Snedom K, Langdon JD. Surgical management of chronic parotid disease. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2000; 38: 620-22.
32. Lawler B, Pierce A, Sambrook PJ, Jones RH, Goss AN. The diagnosis and surgical management of major salivary gland pathology. *Aust. Dent. J.* 2004; 49: 9-15.
33. Sadeghi N, Black M, Frenkiel S. Parotidectomy for the treatment of chronic recurrent parotitis. *J. Otolaryngol.* 1996; 25: 305-08.
34. Goldberg MH. Infections of the salivary glands. In: Topazian RG, Goldberg MD. *Oral and Maxillofacial Infections*. Philadelphia: Saunders, 1987; 239.
35. Candel A, Gatusso P, Reddy V, Matz G, Castelli M. Is fine needle aspiration biopsy of salivary gland masses really necessary? *Ear Nose Throat J.* 1993; 72:485-9.