

# CATETERIZAÇÃO DO DUCTO DE STENON: RELATO DE CASO

*Data de submissão: 27/03/2024*

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Larissa Kelly Rodrigues Nascimento**

Graduanda FAA – Anápolis, Goiás  
<https://lattes.cnpq.br/5524434883884608>

### **Sarah de Souza Santana**

Graduanda FAA – Anápolis, Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/5356168228264589>

### **Brenda Lopes Camargo**

Graduanda FAA – Anápolis, Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/4268916377004612>

### **Rosenalva Alves Barbosa**

Graduanda FAA – Anápolis, Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/2318847351942944>

### **Juliana dos Santos Rosa Rodrigues**

Graduanda FAA – Anápolis, Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/1922617490736991>

### **Brenda Lorrany de Sousa Santos**

Graduanda FAA – Anápolis, Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/3606302998922845>

### **Paulo Otávio Xavier Rocha**

Graduando FAA – Anápolis, Goiás  
<https://lattes.cnpq.br/1454554661956700>

### **Ana Flávia Rodrigues de Carvalho**

Graduanda FAA – Anápolis, Goiás  
<https://lattes.cnpq.br/5118253398671731>

### **Fernando Daniel Alves de Jesus**

Graduando FAA- Anápolis, Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/0686330018150317>

### **Germano Angarani**

Especialista em Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial, mestrando em  
odontologia – UFG  
<http://lattes.cnpq.br/1105279948115966>

**RESUMO:** O traumatismo na região da glândula parótida pode envolver não somente a glândula, mas também o sistema de ductos e por não apresentar sinais e sintomas tão evidentes durante a avaliação pós trauma imediata. O presente artigo relata um caso clínico de urgência e emergência de um hospital de grande porte, vítima de múltiplos ferimentos por arma branca em face, torax e abdômen. Paciente do sexo masculino, 37 anos, no exame físico da face notou-se lacerações nas regiões de dorso nasal, lábio superior, mucosa jugal e ângulo da mandíbula lado esquerdo. Paciente nega haver comorbidades sistêmicas, fazer uso de drogas, medicações ou alergias. Foi encaminhado ao centro cirúrgico para suturas de face, laparotomia exploratória, toracotomia lateral esquerda e

pneumorragia. No 11º dia pós-operatório verificou-se aumento de volume no lado esquerdo da face, ausência de sinais flogísticos ou infecciosos, ausência de febre. Ao exame físico intraoral, durante a ordenha da glândula parótida, foi observada drenagem abundante de secreção salivar via ferimento lacero contuso em região de mucosa jugal, próximo a desembocadura da carúncula da glândula parótida. Com a suspeita de lesão do ducto de Stenon esquerdo o orifício da carúncula foi localizado e então inserida no interior do ferimento lacero contuso uma sonda uretral nº 8, verificando a drenagem de saliva via cânula e fixado na mucosa jugal com fio de sutura nylon 4-0, para diminuição do aumento de volume no lado esquerdo da face.

**PALAVRAS-CHAVE:** glândula parótida, ductos stenon, paroididectomia

## STENON'S DUCT CATHETERIZATION: CASE REPORT

**ABSTRACT:** Trauma in the region of the parotid gland can involve not only the gland, but also the duct system and may not present such obvious signs and symptoms during the immediate post-trauma evaluation. This article reports an urgent and emergency clinical case from a large hospital, victim of multiple stab wounds to the face, chest and abdomen. Male patient, 37 years old, on physical examination of the face, lacerations were noted in the regions of the nasal dorsum, upper lip, buccal mucosa and angle of the mandible on the left side. Patient denies having systemic comorbidities, using drugs, medications or allergies. He was taken to the operating room for facial sutures, exploratory laparotomy, left lateral thoracotomy and pneumorrhaphy. On the 11th postoperative day, there was an increase in volume on the left side of the face, absence of phlogistic or infectious signs, and absence of fever. During intraoral physical examination, during milking of the parotid gland, abundant drainage of salivary secretion was observed via a blunt lacerated wound in the buccal mucosa region, close to the opening of the parotid gland caruncle. With the suspicion of injury to the left Stenon's duct, the orifice of the caruncle was located and then a #8 urethral probe was inserted into the blunt laceration wound, checking the drainage of saliva via the cannula and fixed to the buccal mucosa with 4- nylon suture thread. 0, to reduce the increase in volume on the left side of the face.

**KEYWORDS:** parotid gland, ducts, paroididectomy

## INTRODUÇÃO

O trauma facial corresponde a cerca de 7,4% - 8,7% dos atendimentos emergenciais e têm destaque dentre os demais pelas repercussões diretas na qualidade de vida do paciente através de seus aspectos emocionais, estéticos, funcionais e pela possibilidade de deformidades temporárias ou permanentes (CARVALHO et al., 2010)(HAUG et al., 1994).

O traumatismo na região da glândula parótida pode envolver não somente a glândula, mas também o sistema de ductos e por não apresentar sinais e sintomas tão evidentes durante a avaliação pós trauma imediata, pode passar despercebido durante a avaliação inicial, requerendo atenção especial do cirurgião, pois essas lesões podem evoluir para sialoceles, fístula parotídica e processos infecciosos. (HAUG; PRATHER; INDRESANO, 1990;

LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002; VAN SICKELS, 2009).

Dentre os tratamentos descritos na literatura podemos citar o uso de compressas, restrição da dieta, antisialogogos, punção aspirativa, uso de toxina botulínica, cateterização do ducto, radioterapia e paroididectomia. (LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002; SUJEETH; DINDAWAR, 2011; TISCH; MAIER; MAIER, 2015; VAN SICKELS, 2009; WOLFENSON et al., 2010). Os autores têm como objetivo relatar o caso e a solução encontrada para o tratamento de uma lesão no ducto de Stenon.

## RESUMO

O traumatismo na região da glândula parótida pode envolver não somente a glândula, mas também o sistema de ductos e por não apresentar sinais e sintomas tão evidentes durante a avaliação pós trauma imediata.

O presente artigo relata um caso clínico de urgência e emergência de um hospital de grande porte, vítima de múltiplos ferimentos por arma branca em face, torax e addômen. Paciente do sexo masculino, 37 anos, no exame físico da face notou-se lacerações nas regiões de dorso nasal, lábio superior, mucosa jugal e ângulo da mandíbula lado esquerdo. Paciente nega haver comorbidades sistêmicas, fazer uso de drogas, medicações ou alergias. Foi encaminhado ao centro cirúrgico para suturas de face, laparotomia exploratória, toracotomia lateral esquerda e pneumorrafia.

No 11º dia pós-operatório verificou-se aumento de volume no lado esquerdo da face, ausência de sinais flogísticos ou infecciosos, ausência de febre. Ao exame físico intraoral, durante a ordenha da glândula parótida, foi observada drenagem abundante de secreção salivar via ferimento lacero contuso em região de mucosa jugal, próximo a desembocadura da carúncula da glândula parótida. Com a suspeita de lesão do ducto de Stenon esquerdo o orifício da carúncula foi localizado e então inserida no interior do ferimento lacero contuso uma sonda uretral nº 8, verificando a drenagem de saliva via cânula e fixado na mucosa jugal com fio de sutura nylon 4-0, para diminuição do aumento de volume no lado esquerdo da face

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 37 anos, compareceu ao serviço de urgência e emergência de um hospital de grande porte vítima de múltiplos ferimento por arma branca em face, tórax e abdômen. Ao exame físico da face notou-se lacerações nas regiões de dorso nasal, lábio superior, mucosa jugal e ângulo da mandíbula lado esquerdo. Paciente nega haver comorbidades sistêmicas, fazer uso de drogas, medicações ou alergias.

Foi encaminhado ao centro cirúrgico para suturas de face, laparotomia exploratória, toracotomia lateral esquerda e pneumorrafia. Após procedimento cirúrgico foi encaminhado para unidade de terapia intensiva (UTI) sob estado de saúde grave, em uso de droga vasoativa e intubação orotraqueal.

No 7º dia pós-operatório o paciente recebeu alta para a enfermaria, estando em bom estado geral, sem uso de droga vasoativa, ventilação espontânea sob ar ambiente. No 8º dia pós-operatório apresentou leucocitose com desvio a esquerda e foi iniciado a administração de piperacilina e tazobactam 4,5 mg a cada 6 horas por 7 dias. No 11º dia pós-operatório verificou-se aumento de volume no lado esquerdo da face, ausência de sinais flogísticos ou infecciosos, ausência de febre. Ao exame físico intraoral, durante a ordenha da glândula parótida, foi observada drenagem abundante de secreção salivar via ferimento lacero contuso em região de mucosa jugal, próximo a desembocadura da carúncula da glândula parótida. Com a suspeita de lesão do ducto de Stenon esquerdo o orifício da carúncula foi localizado e então inserida no interior do ferimento lacero contuso uma sonda uretral nº 8, verificando a drenagem de saliva via cânula e fixado na mucosa jugal com fio de sutura nylon 4-0. No 7º dia pós recanalização do ducto foi verificado diminuição do aumento de volume no lado esquerdo da face e drenagem abundante à ordenha da parótida via cateter. No 14º dia pós recanalização foi verificada a permeabilidade do cateter sem aumento de volume na face, sendo então, removido o dispositivo. Após 3 meses o paciente retornou ao ambulatório com ausência de queixas e de aumento volumétrico em face, não sendo possível verificar saída de secreção salivar pela carúncula da glândula parótida, recebendo alta definitiva.

## DISCUSSÃO

Lesões penetrantes e contusões são comuns dentre os traumas de face, podendo haver o envolvimento de estruturas anatômicas vitais profundas, como a glândula parótida, o ducto de Stenon, o nervo facial, articulação temporomandibular e a artéria facial transversa. (LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002)(HAUG; PRATHER; INDRESANO, 1990)

Durante o primeiro atendimento do paciente traumatizado, as lesões da glândula parótida e do ducto de Stenon não são completamente investigadas, o que pode causar grande número de lesões não diagnosticadas. (LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002) O tratamento das lesões do ducto da parótida precisa de atenção especial, pois o extravasamento de saliva pode levar a complicações como a formação de sialocele e a formação de fístula salivar.(KUMAR et al., 2013)

Vários tratamentos para lesões do ducto de Stenon foram propostos, e em geral, dividem-se em tratamentos imediatos ou cirúrgicos e tardios ou conservadores.(KUMAR et al., 2013; TISCH; MAIER; MAIER, 2015; VAN SICKELS, 2009)

O tratamento imediato consiste no reparo microcirúrgico do ducto dentro das primeiras 24 horas do trauma. Nessa modalidade de tratamento, um cateter é inserido no orifício da carúncula da glândula parótida, perpassando entre os cotos distal e proximal ducto. Ambos os cotos são dissecados, unidos e suturados sobre o cateter, que permitirá a manutenção do lúmen ductal. Se o cateter estiver bem posicionado, é possível verificar

a drenagem de saliva no interior do cateter após a ordenha da glândula parótida, e então o cateter é deixado por 2 semanas. (TISCH; MAIER; MAIER, 2015). Alguns autores sugerem que não há necessidade o cateter em posição uma vez que o ducto já foi reparado. (SPARKMAN, 1950; STEVENSON, 1983)

O tratamento conservador das lesões do ducto da glândula parótida também foi descrito por um estudo realizado na África do Sul. (LEWIS; KNOTTENBELT, 1991) Os autores avaliaram 19 pacientes com lacerações na região da parótida e do ducto tratados sem o reparo do ducto por um período de 6 meses. Não houve complicações clínicas em 9 dos pacientes. Complicações como fístula e sialoceles foram notadas em 10 pacientes, porém foram tratadas sem nenhum procedimento cirúrgico. Dentre os tratamentos conservadores estão o uso de compressas, restrição da dieta, antisialogogos, punção aspirativa e o uso de toxina botulínica. (LEWKOWICZ; HASSON; NAHLIELI, 2002; VAN SICKELS, 2009). Alguns estudos evidenciam que essas complicações podem requerer tratamento cirúrgico posteriormente, como cauterização do trajeto fistuloso, radioterapia, deservação parassimpática, reconstrução do ducto e exérese da glândula. (KUMAR et al., 2013; PAREKH et al., 1989; WOLFENSON et al., 2010).

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, T. B. O. et al. Seis anos de atendimento em trauma facial: análise epidemiológica de 355 casos. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 5, p. 565–574, 2010.

HAUG, R. H. et al. Cranial fracture associated with facial fractures. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 52, p. 729–733, 1994.

HAUG, R. H.; PRATHER, J.; INDRESANO, A. T. An epidemiologic survey of facial fractures and concomitant injuries. **Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 48, n. 9, p. 926–32, set. 1990.

KUMAR, S. et al. Surgical management of Stenson's duct injury using epidural catheter: A novel technique. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 16, n. 2, p. 266, 2013.

LEWIS, G.; KNOTTENBELT, J. D. Parotid duct injury: is immediate surgical repair necessary? **Injury**, v. 22, n. 5, p. 407–9, set. 1991.

LEWKOWICZ, A. A.; HASSON, O.; NAHLIELI, O. Traumatic injuries to the parotid gland and duct. **Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 60, n. 6, p. 676–80, jun. 2002.

PAREKH, D. et al. Post-Traumatic Parotid Fistulae and Sialoceles. A Prospective Study of Conservative Management in 51 Cases. **Annals of Surgery**, v. 209, n. 1, p. 105–111, jan. 1989.

SPARKMAN, R. S. Laceration of parotid duct further experiences. **Annals of surgery**, v. 131, n. 5, p. 743–54, maio 1950.

STEVENSON, J. H. Parotid duct transection associated with facial trauma: experience with 10 cases. **British journal of plastic surgery**, v. 36, n. 1, p. 81–2, jan. 1983.

SUJEETH, S.; DINDAWAR, S. Parotid duct repair using an epidural catheter. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 40, n. 7, p. 747–748, jul. 2011.

TISCH, M.; MAIER, S.; MAIER, H. Penetrating Trauma to the Parotid Gland. **Facial Plastic Surgery**, v. 31, n. 04, p. 376–381, 15 set. 2015.

VAN SICKELS, J. E. Management of Parotid Gland and Duct Injuries. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 21, n. 2, p. 243–246, maio 2009.

WOLFENSON, M. et al. Tratamento de fístula salivar cutânea por lesão da glândula parótida pós-ritidectomia com uso de microcânula. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 25, n. 1, p. 211–212, 2010.



Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3



Imagem 4