

## SEMIOLOGIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES

João Manuel Lopes Fonseca\*

### RESUMO

*As glândulas salivares sendo estruturas integrantes e importantes da anatomia e fisiologia da cavidade oral deverão ser incluídas em toda e qualquer observação estomatológica.*

*Como em qualquer outro ramo da Medicina, só conseguimos um tratamento eficaz quando este é dirigido ao agente etiológico o que, por outras palavras, significa que será indispensável obter um diagnóstico correcto quanto ao tipo de lesão a ser tratada, sua localização e sua relação com as estruturas anatómicas associadas. Por isso o autor preconiza neste trabalho uma metodologia de exame das glândulas salivares.*

Devido à sua localização anatómica própria, as glândulas salivares ficam impossibilitadas de visualização directa e a sua exposi-

ção cirúrgica acarreta, em regra geral, consequências extremamente desagradáveis, como fistulas e infecção.

Que fazer então para chegar ao diagnóstico correcto?

A solução será seguir sempre, em todos os casos, um programa metódico de exame das glândulas salivares cujos resultados, discutidos, fornecerão os dados necessários para o diagnóstico e, portanto, para a decisão clínica. (Quadro I.)

### METODOLOGIA DE EXAME DAS GLÂNDULAS SALIVARES

- 1.º — HISTÓRIA CLÍNICA CUIDADOSA
- 2.º — EXAME OBJECTIVO
- 3.º — DISCUSSÃO DO DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO
- 4.º — EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
- 5.º — DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

\* Médico Interno do Complementar de Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Hospital de São José — Lisboa — Portugal (Director do Serviço — Dr. Lélío M. Marques)

## QUADRO I

**TRATAMENTO EFICAZ** = TRATAMENTO ETIOLÓGICO

TRATAMENTO ETIOLÓGICO = DIAGNÓSTICO CORRECTO

DIAGNÓSTICO CORRECTO = **EXAME METÓDICO E COMPLETO**

## HISTÓRIA CLÍNICA

Nas doenças das glândulas salivares, uma história clínica cuidadosa revela pistas valiosas em relação à sua etiologia. (Quadro II)

Se há **Estenose Canalicular ou Litíase** o acto de comer acompanha-se de dores — cólicas salivares — e tumefacção glandular intermitente (antes ou durante as refeições).

Nos **Processos Agudos** (Parotidites epidémica e bacteriana, por exemplo) há tumefacção dolorosa das parótidas e submaxilares, frequentemente poupando as sublinguais.

Nas **Inflamações Crónicas** são frequentes as exacerbações agudas.

Na **Doença de Mikulicz** e na **Sarcoidose** as queixas são mínimas; por vezes limitam-se à dificuldade em mastigar. A sarcoidose pode apresentar um quadro de quebra acentuada do estado geral com prostração e depressão extrema, perda de peso, sudação nocturna e cefaleias, acompanhado por vezes de paralisia facial periférica e iridociclite (S. de Heerfordt ou febre uveoparotídea), que poderá preceder a inflamação da parótida.

Os **Tumores Benignos e Mistos** desenvolvem-se, usualmente, de forma gradual, indo-

lor e contínua, embora os tumores mistos atinjam grandes dimensões. Os **Tumores Malignos** são dolorosos na fase avançada.

A secura da boca — **Xerostomia** — dificulta o falar e o engolir a menos que se ingiram líquidos.

O excesso de saliva — **Ptialismo** — leva a movimentos repetidos de deglutição (**Sialofagia**) por vezes insuficientes para evitar que a saliva se derrame para fora da boca, sobre a pele do queixo que poderá estar irritada (**Sialorreia**). Por vezes, durante a noite, há dificuldade em dormir pela necessidade incessante de engolir saliva.

A estimulação parassimpática parotídea provoca abundante saliva aquosa e fluída. A simpática provoca escassa saliva espessa (boca seca das crises vegetativas hiperadrenálicas).

A inervação parassimpática e a pilocarpina são excito-secretoras e a atropina e outros anticolinérgicos são inibidores.

As **Parestesias** são sinais precoces quando certos tumores, especialmente malignos, envolvem o nervo facial.

## QUADRO II

## HISTÓRIA CLÍNICA

1 - Motivo de vinda do doente à consulta

## 2 - ANAMNESE

A) Doença Actual

Interrogar sobre:

data do início da lesão

duração da lesão

primeiros sintomas, ordem por que surgiram e  
circunstâncias que pareceram determinar o  
seu aparecimento

características actuais da doença

sintomas negativos importantes para o d. dif.

tratamentos feitos e resultados obtidos

B) Antecedentes PessoaisDOENÇAS ANTERIORES: infância, tuberculose juvenil, pneumo-  
nia pneumocócica d. febris agudas, desidratações, caquexias ...

PESO: evolução cronológica

INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS: anestésias gerais de longa dura-  
ção com uso de anti-sialogogos?

REVISAO DE OUTROS ORGAOS E SISTEMAS

C) Antecedentes Familiares

Estado de Saúde dos familiares mais próximos

Doenças de tendência familiar



A história progressiva poderá também jogar um papel importante. Assim, antecedentes de **tuberculose juvenil** ou de tuberculose noutros elementos da família poderá explicar a ocorrência de corpos calcificados na região das glândulas salivares, quando não se demonstra nenhuma correlação directa com a própria glândula; história de **pneumonia pneumocócica** ou de outra doença febril aguda poderá marcar o início de sialoadenite crónica, particularmente da parótida.

A ocorrência de estados de **caquexia** ou de **desidratação** assim como a exposição a **anestésias gerais** de longa duração, usualmente

com drogas anti-sialogogas, são propícios ao aparecimento de processos infecciosos destas glândulas. Não esquecer que o aumento de volume bilateral, doloroso, da parótida surge em alguns casos de **cirrose hepática** e em alguns tipos de **má nutrição**.

#### EXAME OBJECTIVO (QUADRO III)

Após a obtenção da história clínica, o exame físico geral pode detectar factores sistémicos que determinem ou compliquem um processo glandular. Para **KRUGER** o exame objectivo é o factor mais importante no diag-

### QUADRO III

EXAME OBJECTIVO
1 - EXAME FÍSICO GERAL
2 - INSPECÇÃO DAS GLÂNDULAS SALIVARES
3 - PALPAÇÃO DAS GLÂNDULAS SALIVARES
4 - EXAME DA SALIVA
QUANTIDADE
VISCOSIDADE

nóstico diferencial de qualquer situação patológica.

A **INSPECÇÃO** e a **PALPAÇÃO** informam-nos do estado da pele (varicosidades, trajectos fistulosos), volume, forma, número e simetria das glândulas salivares afectadas, assim como da eventual paralisia facial periférica (caso de tumores malignos e sarcoidose) é iridociclite (casos de S. de Heerfordt). As fístulas glandulares da parótida são sempre externas; as do canal de Stenon podem ser externas ou internas.

O tumor misto da parótida na fase inicial é pequeno, indolor, móvel, de situação subcutânea e só tardiamente deforma a região parotídea, desloca o lóbulo da orelha, ou deforma a região pré-auricular, ou cresce entre a mastoideia e o ângulo da mandíbula.

A **PALPAÇÃO** pode revelar anomalias da pele, como edema e calor, e a consistência e número de glândulas afectadas.

Pelo interior da boca são palpáveis alterações nos canais excretores, lesões localizadas no hilo da glândula submandibular junto ao músculo milohioideo, assim como muitos cálculos salivares.

Pela palpação bidigital ou digito-palmar poderemos deslocar da sua posição e palpar, lesões laterais à musculatura da boca, assim como poderemos apercebermo-nos mais facilmente da textura, nódulos e aumento do volume de porções glandulares. A compressão bimanual da glândula ou do canal excretor dá-nos uma ideia da natureza da lesão e da sua localização, pois que as lesões extracaniculares costumam produzir uma **descarga** de pús.

**O endurecimento é típico e sinal diagnóstico das lesões malignas invasivas, até prova em contrário.**

As lesões malignas raramente envolvem toda a glândula a não ser que estejam infectadas ou em estadios muito avançados. Em muitos casos um aumento de volume pode

parecer envolver a glândula mas, pela palpação, podemos verificar que se relaciona apenas anatomicamente e não histologicamente com a glândula. Isto é particularmente verdade em relação aos quistos braquiais e dermóides, aos nódulos linfáticos e aos processos inflamatórios de origem dentária.

Os abscessos apresentam flutuação; os quistos são moles e flexíveis, os cálculos duros e densos com ou sem irregularidades e as glândulas infectadas ou obstruídas são duras e tensas.

As massas tumorais das porções superficiais da parótida que se estendem aos tecidos periféricos da face dão a impressão clínica, que estão separadas do corpo principal da glândula.

A parte profunda da parótida, abaixo do nervo facial, é sede de tumores que se apresentam como massa retromandibular, totalmente intra-oral, sem nenhum aumento glandular evidente no plano subcutâneo.

Devemos completar a palpação com o **TOQUE BUCOFARÍNGEO**, porque por vezes o primeiro sinal é o abaulamento da parede posterior da faringe por trás do pilar posterior.

## EXAME OBJECTIVO DA PARÓTIDA

**Inspecção** — Usualmente os aumentos de volume da parótida manifestam-se por uma tumefacção localizada em frente do tragus e que se estende para baixo e ligeiramente para trás, obliterando a depressão normal que se situa por baixo e em frente do lóbulo da orelha.

**Palpação** — 1. Aplicar as polpas dos dedos sobre o corpo principal da



- glândula. Verificar a consistência e se há ou não dor.
2. O limite anterior da parótida é difícil de definir, mas se o paciente cerrar os dentes com força o músculo masséter torna-se saliente e como a glândula está sobre a sua face superficial será possível seguir o seu contorno anterior.
  3. Palpar o 1/3 superior da glândula e no caso de haver aí qualquer massa dura verificar se se trata do gânglio linfático pré-auricular ou de uma tumoração em contiguidade com o corpo principal da glândula.
  4. Palpar o 1/3 inferior da glândula.

#### **Inspecção do orifício do Canal de Stenon —**

Afastar a bochecha com uma espátula ou com o espelho e procurá-lo na face interna da bochecha ao nível do colo do 1.º e 2.º molar superior.

Merece destaque que o orifício de desembocadura do canal de Stenon pode apresentar-se à inspecção clínica com vários aspectos anatómicos. Este orifício localiza-se muitas vezes no centro ou no vértice de uma papila e por vezes está oculto por uma prega mucosa de contorno triangular; outras vezes observamo-lo no fundo de uma depressão da mucosa.

Depois de localizado, devemos exercer uma pressão ligeira em cima da glândula, de fora para dentro; se houver uma descarga de saliva purulenta através do orifício ou mesmo ape-

nas uma gota de pús espesso, o diagnóstico clínico de parotidite bacteriana estará indiscutivelmente confirmado.

Se houver uma história sugestiva de litíase da parótida (situação muito rara) será indispensável fazer a **palpação bimanual** do 1/3 do canal de Stenon (seguida de confirmação diagnóstica por Radiologia).

### **EXAME OBJECTIVO DA SUBMANDIBULAR**

**Inspecção do triângulo submandibular** — Um aumento de volume da glândula submandibular provoca uma tumoração por baixo e em frente do ângulo da mandíbula. Devemos ter em conta que uma tumoração que ocupa o triângulo submandibular e que mantém constante o seu tamanho não é necessariamente um aumento de volume da glândula submandibular e por isso é importante estabelecer um diagnóstico diferencial correcto.

**Inspecção do Pavimento da Boca** — Devemos observar com a ajuda de uma espátula ou do espelho os canais excretores submandibulares e compará-los um com o outro. Em 40% dos casos de cálculos na glândula submandibular, há alterações no pavimento bucal do lado afectado, nomeadamente: quando surge infecção concomitante a ampola mostra-se inflamada; por vezes surge pús exsudando através do orifício do canal; ocasionalmente observamos o cálculo impactado na ampola.

Caso não seja evidente qualquer alteração, será importante assegurar-nos se o fluxo salivar da glândula suspeita está ou não impedido. Como fazê-lo? Colocamos uma compressa seca debaixo da língua e aplicamos um pouco de sumo de limão no seu dorso. Pedimos ao paciente para manter a compressa no seu lugar segurando-a com o seu próprio dedo enquanto move a língua de modo a saborear o sumo.

Pedimos-lhe então para abrir a boca rapidamente e colocar a ponta da língua no céu da boca. Retiramos a compressa e observamos o pavimento da boca.

Normalmente vê-se a saliva fluir, ou ocasionalmente ser ejetada, através de ambos os ductos.

Nos casos de obstrução haverá ausência ou pouca secreção de saliva no lado afectado e observaremos também um aumento de volume, geralmente doloroso, no triângulo submandibular. Por fim, os dedos serão colocados na pele adjacente ao triângulo submandibular e exercerão uma pressão firme e constante sobre a glândula; poderá sair um jorro de saliva ou de exsudado purulento nos casos de obstruções parciais do canal excretor.

**Palpação da glândula submandibular** — O único método eficiente é o da palpação bimanual.

Permite palpar toda a glândula, com as duas porções a maior

ou cervical e a mais pequena ou bucal, respectivamente por baixo e por cima do músculo milo-hioideo; se a tumoração existir a nível cervical e intrabucal seguramente tratar-se-á de aumento da glândula submandibular.

### **Método Palpatório do Canal de Wharton** —

1. Retirar qualquer prótese existente.
2. Colocar a cabeça do doente flectida e inclinada um pouco para o lado que queremos palpar, de modo a relaxar a musculatura.
3. Introduzir o indicador na boca, colocando a polpa do dedo na superfície interna do rebordo alveolar.
4. Deslocar o dedo para trás ao longo do rebordo alveolar até à sua extremidade posterior.
5. Colocar a ponta do dedo entre o rebordo alveolar, atrás do último molar e do 1/3 posterior da face lateral da língua.
6. Rodar o dedo em ângulo recto de modo a que a polpa do dedo esteja voltada para baixo.
7. Em conjunto com os dedos da outra mão colocados por baixo da mandíbula palpamos de trás para diante toda a extensão do canal, à procura de um cálculo.

Por vezes esta manobra desencadeia o reflexo do vômito; apesar disso devemos executá-la sem receios pois que tal reflexo, quando surge, manifesta-se depois de concluída a palpação e a sua utilidade semiológica justifica o risco.

O exame da saliva é de execução fácil e poderá dar algumas indicações ao clínico. Uma saliva turva com bolhas gelatinosas orientará para um processo inflamatório

incipiente; numa fase mais avançada a secreção será mais espessa e opaca e finalmente purulenta.

Na sialodoqueite a saliva é mais ou menos turva e poderá ser precedida de um

coágulo fibrinoso purulento, de um cálculo ou de um corpo estranho.

No caso de estenose do canal de Stenon, o cateterismo provoca um fluxo de saliva e diminuição do tamanho da glândula.

### EXAMES COMPLEMENTARES

<u>EXAMES COMPLEMENTARES</u>	
ANÁLISE DA SALIVA	Quantidade
	viscosidade
	exame bacteriológico
	ionograma
	relação $\text{Na}^+$
	$\text{K}^+$
	capacidade tampão
	Teste de Alban
SIALOGRAFIA	
TERMOGRAFIA	
CINTIGRAFIA	
TAC	
BIÓPSIA - EX. CITOLÓGICO	



**SUMMARY**

*The salivary glands, important component structures of the anatomy and physiology of the oral cavity as they are, shall be included in one and all stomatological examinations.*

*As any other branch of Medicine, an effective cure will only be achieved when the pertinent treatment is aimed at the aetiological agent, this meaning that will be absolutely necessary to obtain a correct diagnosis as regards the type of lesion to be healed, its location and relation with the associated anatomic structures. Therefore, in this work the*

*author recommends a procedure for examination of the salivary glands.*

**Bibliografia**

- BAILEY'S, H. — Physical Signs in Clinical Surgery — 1973:101-109.
- COORSEY, Donald E. — Glândulas Salivares — Cirurgia buco-maxilo-facial de Gustav O. Krüger, pág. 588, 1982.
- DECHAUME, M. — Maladies des Glandes Salivares — Précis de Stomatologie, pág. 269, 1980.
- SURÓS, J. — Glândulas Salivares — Semiologia Médica y técnica exploratoria, pág. 423, 1975.
- STAFNE/GIBILISCO — Diagnóstico Radiográfico Bucal — 1982.

Nome e endereço do autor responsável:

Lopes Fonseca, J.M.  
Serviço de Estomatologia do Hospital de S. José  
Hospital de São José — Lisboa (Portugal)

Name and address of the author:

Lopes Fonseca, J.M.  
Serviço de Estomatologia do Hospital de S. José  
Hospital de São José — Lisboa (Portugal)