

Fistula do canal de Stenon — Sialografia

por

Poli M. Espírito

Médico Auxiliar da Santa Casa de Misericórdia

Um novo metodo de pesquisa para o nosso meio acabamos de praticar com o professor Saint-Pastous numa paciente portadora duma fistula do canal de Stenon.

I. L., com 14 anos, nos é apresentada ha pouco mais de mês, para livrar-se de um mal que por onze anos a acompanhava. E' que, aos 3 anos de idade, formou-se um abcesso na região masseterina esquerda, o qual seguindo sua evolução, veio abrir-se para o lado externo da bochecha. Persistindo a supuração, foi a paciente entregue aos cuidados de um dentista, que, conforme nos é narrado, lhe extraiu um sequestro osseo pela abertura do abcesso. Comquanto se processasse a cura, em meio do tecido cicatricial resultante continuou o escoamento de um liquido bem fluido e transparente, que não só aborrecia a menina, como tambem causava apreensões ás pessoas que a cercavam.

A séde da fistula, assim como a transparencia e fluidez do liquido segregado, fizeram supôr tratar-se de saliva parotídiana, o que foi confirmado pelo exame procedido sob os cuidados do Dr. Homero Jobim. Esses dados nos permitiram concluir que a menina trazia uma fistula do canal de Stenon.

Tão diminuta era a fistula que, imperceptivel a olho nú, mal se avistava com o auxilio de uma lente de cerea de seis aumentos. Foi impossivel introduzir um estilete pelo orificio; nem mesmo uma agulha bem fina foi possivel fazer penetrar. Apenas a ponta do bixel conseguiu chegar á fistula, mas o tecido cicatricial se opôz a uma penetração maior.

Tentamos, então, apurar o grau de integridade que restava do canal. Com esse objetivo, procuramos seguir a via retrograda, fazendo a entrada na face interna da bochecha, onde vem desembocar o canal de Stenon. Depois de varios ensaios conseguimos injetar por aí dois centímetros cubicos de agua distilada, notando então a saída de gotas desse liquido pela fistula. Não obstante, a menina acusou a sensação dagua na parotida, o que denotava a permanencia de certa continuidade do condúto.

Prosseguindo em nossas pesquisas, recorreremos á prova radiologica. O instrumental foi simples: uma agulha romba de injeção, calibre 0,72 mm, uma seringa de 3 cc e um afastador de bochecha, para o que nos utilizamos de uma tetacanela. Em duas primeiras tentativas, empregamos o iodeto de sodio a 30%, do qual fizemos penetrar cerca de dois centímetros cubicos. Não obtivemos, entretanto, imagem boa, embora tivéssemos colhido uma das provas com a agulha e seringa "in loco",

para obstar o refluxo do liquido injetado. Notamos ainda que a penetração do iodeto provocou reação dolorosa na paciente. Recorremos então ao lipiodol para uma terceira tentativa. Dessa feita os nossos esforços foram coroados de exito. O mesmo instrumental foi utilizado, mas, dada a elevada viscosidade do lipiodol, constituiu verdadeira dificuldade a sua injeção no canal de Stenon. Só depois de um trabalho paciente e continuado conseguimos introduzir cerca de $1\frac{1}{2}$ cc. Convem dizer que a angustia do meato do canal não permitia a introdução de agulha mais calibrosa. Afinal, a prova obtida, que se vê na figura junto, compensou o esforgo feito.



Sialografia determinada por fistula do canal de Sténon.

Por essa figura verifica-se a persistencia do canal de Stenon, tendo o liquido subido até a parotida, onde se pode acompanhar mesmo as mais finas ramificações coletoras dessa glandula. De particular interesse, no caso, é o angulo que se nota no canal, bem proximo á sua origem, angulo agudo de vertice nitido: aí está situada a fistula que tanto tem afligido a nossa paciente.

Entretanto, esta já se regosija com as sensiveis melhoras que obteve. Naturalmente, as penetrações no canal de Stenon deram-lhe mais franco escoamento á saliva para a boca. Além disso, tentamos

intervir pela fistula, para o que destruimos o tecido cicatricial circundante. O processo de restauração não se fez esperar e como que determinou a obliteração da fistula, pois que ha dias já não extravasa saliva por esse orificio.

Não sabemos de trabalho anterior deste genero entre nós. Entretanto, constitúe um bom meio de pesquisa nos casos de patologia da parotida e seus canais. No caso acima exposto, tinhamos o interesse de apurar o estado do canal de Stenon, e a sialografia não só satisfez o nosso desejo, como ainda nos deu bela imagem da glandula. Mas a pesquisa pode ser determinada por outras condições ainda, taes como nas inflamações da glandula, para investigar a séde e extensão de processos patologicos, notadamente nos casos de localização insegura, onde a sialografia contribuirá para resolver a duvida. O numero 5, de Novembro de 1931, da revista "Radiography and Clinical Photography" nos mostra uma sialografia praticada pelo Dr. Murphy, que por esse meio poudo apurar o bom estado da glandula e canais no paciente, que, na realidade, era portador dum abcesso formado após a extração de um dente. Interessantes tambem são as demonstrações sialograficas que se vêm na revista "Surgery, Gynecology and Obstetrics" n.º 3, de Março deste ano. Os autores, Mrs. Hobbs, Sneierson e Faust, apresentam radiografias de parotidas normais e casos patologicos.

Esses autores utilisaram-se do lipiodol para obter as sialografias, penetrando pelo orificio do canal de Stenon, e serviram-se dessa mesma via para medicar as parotidas inflamadas.