

GLÂNDULAS SALIVARES: QUE RUMO?



Tiago Fonseca, médico estomatologista

Em mês de aniversário “redondo”, contando com quinze anos como médico e uma dezena como estomatologista, para além de continuar na mira do futuro, olhar o passado também já começa a fazer sentido. O interesse pelas glândulas salivares começou em 2005, determinante para a escolha da especialidade. Durante o internato, dois casos clínicos e, em 2009, um congresso em Xangai foram marcantes. E em 2013, já assistente hospitalar, em Barcelona (h)ouve uma palestra que o alavancou no conhecimento na área. Seguiram-se Corunha, Londres, Paris, Milão e Erlangen. Em 2016 estabeleceu a Clínica de Glândulas Salivares, na Casa de Saúde da Boavista. Nesse ano havia já organizado a “Conferência em Glândulas Salivares”, no Centro Hospitalar de São João, à qual se seguiu, dois anos depois, a organização da “Actualização em Glândulas Salivares”, na Casa de Saúde da Boavista. Este ano, a pandemia adiou a “Patologia Salivar e Medicina Geral e Familiar”.

Na prática hospitalar, “fácil”: é a referênciação de colegas; já na atividade privada, a grande maioria dos doentes chega através de procura própria. Alguns depois de vários anos sem diagnóstico específico e/ou múltiplas especialidades sem tratamento definitivo; outros procurando uma segunda opinião ao problema de base ou uma opção alternativa à proposta invasiva. No cômputo geral, para ser preciso, já perdeu a soma às muitas centenas de doentes (e consultas?) e às várias dezenas de cirurgias. Já às técnicas que tem vindo a desenvolver, a aritmética é exacta: 231 sialografias e 61 sialoendoscopias. Mas, no final, o que mais conta são as pessoas (mais) orientadas e as glândulas salvaguardadas.

A litíase é das entidades nosológicas que colocam menos complexidade na avaliação. Já os quadros obstrutivos por estenose, rolhões ou dismotilidade masseterino-bucinadora, a parotidite juvenil recorrente – confundida com a parotidite epidémica – ou as disfunções glândulares (associadas a xerostomia e/ou disgeusia) não só colocam desafios diagnósticos mas também terapêuticos (também pelo contexto bio-psico-social do doente), por vezes com necessidade de uma abordagem interdisciplinar.

Sendo uma área do conhecimento que não encontra compromisso pela quase totalidade dos profissionais que a ela poderiam ter, importa relevar conceitos-chave, principalmente para aqueles cujo papel é mais importante na identificação e/ou referênciação. Portanto, existindo “mandamentos”, generalistas mas basilares por definição, os enumerados poderiam perfeitamente ser os de eleição.

1. A patologia das glândulas salivares é frequente e variada, apenas se encontrando dispersa e sub-diagnosticada;
2. A história clínica e o exame objetivo são a base para o correcto diagnóstico, como em qualquer especialidade;
3. Os principais sintomas/sinais, tumefacção e/ou dor, relacionam-se com a topografia da(s) glândula(s) afetada(s);
4. A maioria dos doentes com sensação de boca seca (xerostomia) não apresenta diminuição da quantidade de saliva (hipossalialia);
5. A ecografia é um exame que depende de quem o executa, devendo ser realizado por quem tenha experiência na área;
6. A sialografia e a sialoendoscopia são a melhor metodologia diagnóstica (e terapêutica) dos canais salivares;
7. Grande parte da patologia salivar cursa com síndromes obstrutivas (SO), sejam estas intrínsecas ou extrínsecas;
8. A principal patologia das glândulas salivares acessórias é o mucocelo, e a da glândula sublingual é a rânula;
9. A causa mais frequente de SO da glândula submandibular é a litíase, podendo complicar com um quadro infeccioso;
10. As viroses e as doenças auto-imunes atingem predominantemente a glândula parótida, por regra bilateralmente;
11. As neoplasias são entidades nosológicas incomuns e, dentro destas, os tumores benignos são a larga maioria;
12. Na patologia cirúrgica (cálculos e tumores), a *legis artis* assenta em intervenções conservadoras, minimamente invasivas.

É determinante o papel das glândulas salivares na saúde geral e, especificamente, o da saliva na saúde oral. Por exemplo, um estudo demonstra que a utilização regular de cloro-hexidina altera a flora microbiana oral e, com isso, o risco de cáries, pela diminuição do pH da saliva. Outro estudo relaciona uma mutação genética responsável por fenda lábio-palatina e alterações nas glândulas salivares, relatando que modificações na composição de proteínas imunológicas conduz a um aumento de cáries. Mas, mais do que um fluido com funções várias, a saliva apresenta um enorme potencial diagnóstico ou prognóstico numa multiplicidade de situações ou patologias. A saliva poderá ser utilizada na deteção de alterações relacionadas com periodontite, doenças renais, doença de Alzheimer e mesmo cancro oral. Embora muitos trabalhos ainda estejam em fase de investigação e desenvolvimento, pelo potencial que a saliva tem como material de pesquisa, são de esperar mais-valias extraordinárias.

E nestes tempos extraordinários, em plena pandemia, é incontornável abordar-se a relação entre a COVID-19 e as glândulas salivares. Do que já se sabe, salienta-se uma “Carta ao Editor” do *Journal of Dental Research*, publicada por um grupo de trabalho do *West China Hospital of Stomatology*, intitulada “*Salivary Glands: Potential Reservoirs for COVID-19 Asymptomatic Infection*”. Nela, os autores pesquisam a expressão da proteína ACE2 em vários órgãos humanos e revelam que, por exemplo, é maior nas glândulas salivares acessórias do que nos pulmões. Para além disso, a percentagem deste vírus na saliva pode ser superior a 90%, o que sugere que a transmissão do SARS-CoV-2 em doentes assintomáticos pode ser originada pela infecção das glândulas salivares. Também daí a importância vital da utilização de máscaras por todos! (Nos profissionais de saúde oral, expostos aos aerossóis originados nas intervenções na boca, a utilização de EPI – equipamentos de protecção individual – é crucial.)

Glândulas salivares: que rumo? Diferenciação! Diferenciação no diagnóstico e na terapêutica. Quem ultrapassa a clínica e termina na ecografia «normal»; quem se defende com o idiopático, *dribla* com a palição ou remata com o “não há nada a fazer”; quem propõe uma sialoadenectomia submandibular por um cálculo ou uma parotidectomia superficial por um tumor benigno, pois... ou não evolui ou extingue-se. (Apelo: sff queiram pesquisar «*sialendoscopy*» e «*extracapsular dissection*».) Um rumo é um norte. Diferenciação, princípio e fim. ■

www.tiagofonsecaestomatologia.pt