



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa



Consensos & Estratégias | 2015



# Linhas de Consenso

## **PAROTIDECTOMIA**

**Linhas de Consenso em Enfermagem para uma melhor intervenção**



## Prefácio

---

As Glândulas Salivares podem ser divididas em glândulas salivares *major* ou maiores (parótidas, submandibulares e sublinguais) e em glândulas salivares *minor* ou menores<sup>1</sup>. As neoplasias das glândulas salivares representam cerca de 3% dos tumores de cabeça e pescoço, na sua grande maioria na glândulas parótida. Apesar de representarem uma pequena parte dos tumores de cabeça e pescoço, algumas das complicações da cirurgia excisional da glândula parótida, surgem em grande número. A título de exemplo, a paralisia facial transitória, por manipulação do nervo facial, pode afetar dois terços dos doentes operados. Nestas situações a intervenção precoce e mais adequada leva a uma melhor e mais rápida recuperação. Estas linhas de consenso pretendem ser orientadoras dos Cuidados de Enfermagem a prestar ao doente submetido a tratamento cirúrgico excisional da parótida - parotidectomia. A elaboração deste documento iniciou-se em outubro de 2013, com discussão em sessão científica em março de 2014 e apresentação e redação final em abril de 2015.

Pedro Cardoso

Coordenação Grupo AEOP - Cancro Cabeça-Pescoço





## Intervenções de Enfermagem na pessoa submetida a parotidectomia

### I. Breve resumo da anatomia e fisiologia da glândula parótida



As parótidas são as glândulas salivares mais volumosas, serosas, que produzem saliva aquosa e estão localizadas bilateralmente junto ao pavilhão auricular. A glândula parótida drena a saliva na cavidade oral através do canal de *Stenon*, também denominado canal parotídeo. Este, proveniente da face anterior da glândula, atravessa a face lateral do músculo masséter e o músculo bucinador, entra na cavidade oral junto ao segundo molar superior, onde drena a saliva<sup>1</sup>.

Da superfície para a profundidade, as estruturas que atravessam esta glândula são: o nervo facial, a veia retro-mandibular e a artéria carótida externa<sup>2</sup>. A vascularização é feita pela carótida externa e seus ramos terminais (temporal superficial e maxilar)<sup>2</sup>. A inervação parassimpática é feita pelo glossofaríngeo<sup>2</sup>. O nervo facial sai do crânio pelo orifício *stilo-mastoideu*, passa pela glândula parótida e divide-se em 2 ramos, que posteriormente se subdividem e enervam os músculos faciais. O nervo facial, ao atravessar a glândula parótida, divide-a em dois lobos: lobo superficial e lobo profundo. Dos 1500 ml de saliva produzidos diariamente pelo indivíduo adulto, 25 a 35% é produzido pelas glândulas parótidas. A saliva tem importantes funções: lubrificante e digestiva. Assim, desordens a nível das glândulas salivares que afetem a composição e secreção salivar irão levar a maior predisposição para doenças da cavidade oral<sup>3</sup>.



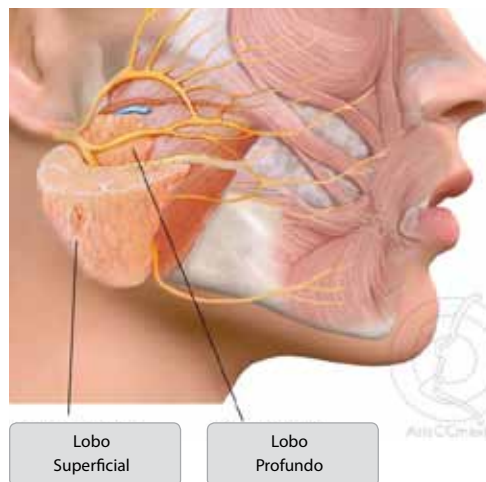
Glândula Parótida

Glândula Submandibular

Glândula Sublingual

**Figura 1:** Localização da glândula parótida, relativamente às outras glândulas salivares *major*

<http://www.asiscmaxilo.com/tratamientos-quirurgicos/glandulas-salivares/> acedido a 3/4/13 às 13 horas



Lobo Superficial

Lobo Profundo

**Figura 2:** Visualização anatómica da glândula parótida

<http://www.asiscmaxilo.com/tratamientos-quirurgicos/glandulas-salivares/cirurgia-de-la-parotida/> acedido a 3/4/13 às 13:30horas



## II. Principais distúrbios da glândula parótida



Dos principais distúrbios que afetam a glândula parótida salientam-se os inflamatórios e infecciosos (por exemplo: parotidite aguda, parotidite crônica, parotidite recorrente, etc.); os obstrutivos (por exemplo: fenômeno de extravasamento de muco, sialolitíase, etc.) e os neoplásicos.

As neoplasias das glândulas salivares correspondem a menos de 3% dos tumores de cabeça e pescoço, sendo que destes 80% correspondem a tumores da parótida<sup>4</sup>. Nas glândulas parótidas 25% dos tumores têm etiologia maligna<sup>5,6</sup>. Os fatores etiológicos não estão bem definidos, mas estudos sugerem associações com<sup>2</sup>:

- Radiação<sup>2</sup> (tratamentos prévios de radioterapia em baixa dosagem<sup>7</sup>);
- Tabagismo (apesar de não estar diretamente ligado ao aparecimento de tumores das glândulas salivares, tem sido associado ao tumor de Warthin)<sup>2</sup>;
- Vírus Epstein-Barr (em carcinomas indiferenciados)<sup>2</sup>;
- Fatores genéticos (relacionados com o gene p53 e o MDM2)<sup>2,6</sup>.

O principal sintoma dos doentes com neoplasia da parótida é o aumento do volume da região pré-auricular. Nos casos das neoplasias malignas, podem ocorrer outros sintomas como dor, paralisia facial e a ulceração local da pele, entre outros<sup>4,8</sup>. É de salientar que a dor também pode ocorrer nas neoplasias benignas, logo este sintoma não deve ser utilizado como parâmetro para diferenciar as neoplasias. É ainda de ressaltar que apesar da paralisia do nervo facial surgir fortemente nas neoplasias malignas, não é exclusiva, uma vez que pode ocorrer pela compressão ou estreitamento do nervo por tumores benignos volumosos. São sinais sugestivos de malignidade a fixação da massa e a indefinição em relação às estruturas adjacentes<sup>2</sup>.

Para confirmação do diagnóstico são utilizados meios imagiológicos como a ecografia e a TAC, mas é sobretudo a citologia aspirativa que fornece um elemento fundamental para o mesmo. O diagnóstico definitivo só pode ser obtido pelo exame anatomopatológico.

O adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum da glândula parótida, representando cerca de 60 a 70%, com maior incidência entre os 40 e os 60 anos. Em 90% dos casos surge no lobo superficial e a única forma de tratamento é a remoção cirúrgica do tumor e/ou da região lesada: parotidectomia<sup>9</sup>. O tumor de Warthin é o segundo tumor benigno mais frequente que afeta a glândula parótida<sup>2</sup>. O carcinoma mucoepidermóide é o tumor maligno mais comum que afeta a glândula parótida, seguido do adenoma cístico<sup>8</sup>.

## III. Tratamento dos distúrbios neoplásicos da glândula parótida



O tratamento de eleição para as neoplasias salivares é a excisão cirúrgica completa. O tipo de cirurgia a realizar depende da etiologia do tumor. Em alguns casos pode ser necessário a excisão ou secção eletiva de estruturas nervosas ou vasculares, dependendo do comportamento biológico do tumor, tamanho e localização do mesmo, invasão de estruturas vasculares e linfáticas loco-regionais. No caso de tumores malignos com metastização cervical, há a necessidade de se associar à parotidectomia a realização de esvaziamentos linfáticos cervicais. Nas neoplasias parotídeas, geralmente, a parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial é curativa. A ressecção completa da parótida está indicada nos tumores malignos assim como a ressecção com reconstrução do nervo facial se o mesmo estiver envolvido<sup>2</sup>.

A radioterapia associada a cirurgia aumenta a sobrevida dos pacientes. A radioterapia exclusiva, assim como a quimioterapia são utilizadas com carácter excepcional ou como tratamento paliativo<sup>2</sup>.



## IV. Parotidectomia



A parotidectomia pode ser superficial, total ou radical. A parotidectomia deve ser efetuada com técnicas com margens cirúrgicas adequadas<sup>10</sup>, pois o núcleo tumoral pode estar ligado a pequenos nódulos à volta, por filamentos do tecido tumoral. A parotidectomia superficial é utilizada com maior frequência que a parotidectomia total, pois a maioria dos tumores desta glândula, cerca de 80%, localizam-se no lobo superficial.<sup>10</sup>

### PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL

Consiste na ressecção da porção inferior da glândula parótida (lobo superficial) após identificação e preservação do nervo facial. Este procedimento está indicado para tumores situados na região superficial da glândula parótida. O tratamento do adenoma pleomórfico da parótida é a parotidectomia superficial com ressecção do tumor com margem cirúrgica adequada<sup>9</sup>.



Lobo  
Profundo

**Figura 3:** Parotidectomia superficial (visualização do nervo facial e lobo profundo)

<http://www.asiscmaxilo.com/tratamientos-quirurgicos/glandulas-salivares/cirurgia-de-la-parotida/> acedido a 3/4/13 às 13 horas

### PAROTIDECTOMIA TOTAL

Consiste na remoção completa de toda a glândula parótida (lobo superficial e lobo profundo) com conservação do nervo facial. Este procedimento cirúrgico está indicado para tumores com elevado grau de malignidade e tumores localizados no lobo profundo<sup>9</sup>.



**Figura 4:** Parotidectomia total (visualização do nervo facial)

<http://www.asiscmaxilo.com/tratamientos-quirurgicos/glandulas-salivares/cirurgia-de-la-parotida/> acedido a 3/4/13 às 13 horas

### PAROTIDECTOMIA RADICAL

Excisão completa da glândula parótida com secção do nervo facial. Indicada no tratamento de tumores malignos com invasão do nervo facial ou que estão intimamente relacionados com o nervo. Defende-se a tentativa de reconstrução do nervo facial, se possível, no mesmo ato cirúrgico<sup>7</sup>.



## V. Complicações pós-operatórias da parotidectomia



As complicações da cirurgia dos tumores da parótida estão diretamente relacionadas com o tipo de cirurgia, com a sua extensão e com a iatrogenia cirúrgica<sup>10</sup>. Como acontece na maioria das cirurgias, poderá ocorrer hemorragia, hematoma, seroma, infecção e deiscência da ferida cirúrgica<sup>2</sup>.

A complicação pós-operatória mais comum de uma parotidectomia, é a **paralisia do nervo facial**, podendo ser definitiva ou temporária. O risco de lesão do nervo facial deve-se à sua proximidade com a parótida e esta pode ocorrer acidental ou intencionalmente (caso o nervo se encontre invadido pelo tumor). Nos casos de lesão do nervo facial poderá recorrer-se à reconstrução do ramo afetado através de anastomoses cirúrgicas. Estudos referem que a reconstrução dentro de 3 meses após a cirurgia é mais eficaz. O risco de paralisia do nervo facial é 2 a 3 vezes maior quando se realiza uma parotidectomia total comparativamente a uma parotidectomia superficial (60 e 26% respetivamente), pela maior manipulação dos ramos nervosos para libertar o lobo profundo.

Outra das complicações mais frequentes é a **Síndrome de Frey**, ou Síndrome Auriculo-Temporal. Caracteriza-se por eritema, sudorese e calor na face proximal à localização anatómica da parótida lesada, sendo o eritema mais comum nas mulheres e a sudorese mais frequente nos homens. Inicia-se com um qualquer estímulo gustativo. Esta síndrome pode também surgir após traumatismo, infecção ou outra cirurgia da articulação temporo-mandibular. A teoria da regeneração aberrante é a mais aceite para explicar este fenómeno e defende que as fibras parassimpáticas do nervo auriculo-temporal lesado se juntam às fibras simpáticas das glândulas sudoríparas subcutâneas. Desta forma, o reflexo salivar desencadeado durante a mastigação para além da produção de saliva também induz a sudorese e eritema da região parotídea<sup>11</sup>.

A diminuição da sensibilidade e a dormência do lóbulo da orelha é uma complicação frequente e designa-se por **hipoestesia do lóbulo da orelha**. É provocada pela secção do nervo grande auricular (que inerva o pavilhão auricular), o que na maioria das vezes é inevitável na parotidectomia devido à proximidade<sup>12</sup>.

Algumas complicações menos frequentes, mas descritas na literatura são o trismus e as fístulas salivares.

O **trismus** manifesta-se pela incapacidade de abrir a boca adequadamente. Resulta da inflamação e fibrose dos músculos envolvidos na mastigação<sup>11</sup>. Leva a alterações na alimentação, com dificuldade ou impossibilidade de mastigação, conduzindo a alterações no estado nutricional e ponderal, distúrbios da fala ou impossibilidade de higiene oral adequada.

As **fístulas salivares** consistem na acumulação de saliva por baixo da pele da área operada. Surgem quando, da porção restante da parótida, há extravasamento da saliva para a loca parotídea. Esta situação agrava-se com a mastigação<sup>12</sup>.





## VI. Intervenções ao doente submetido a Parotidectomia



<b>PRÉ-OPERATÓRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Admissão e socialização do doente ao serviço de internamento;</li> <li>• Avaliação inicial do doente;</li> <li>• Ensino e orientação do doente sobre os procedimentos pré-operatórios;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tricotomia do couro cabeludo na região pré, supra e retro auricular numa margem de 4cm;</li> <li>• Adotar procedimentos do serviço/instituição.</li> </ul>
<b>PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (primeiras 24 horas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar o estado de consciência;</li> <li>• Monitorizar sinais vitais;</li> <li>• Vigiar os sistemas de drenagem (permeabilidade do dreno, características e quantidade do líquido drenado);</li> <li>• Vigiar o local operado (despiste de hemorragia, edema, hematoma) e o penso operatório (integridade do penso). Em caso de perda da integridade, realizar tratamento à ferida cirúrgica com técnica asséptica, avaliando a sutura e local peri-sutura e realização de penso oclusivo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar eliminação vesical;</li> <li>• Elevar a cabeceira a 30 ° (para diminuir o risco de edema);</li> <li>• Avaliar mímica facial (o comprometimento do nervo facial pode ser comprovado 1 a 3 horas após o doente ter acordado da anestesia);</li> <li>• Iniciar ensinamentos sobre exercícios de reabilitação da mímica facial;</li> <li>• Iniciar alimentação oral (dieta líquida), assim que o estado de consciência o permita.</li> </ul>
<b>PÓS-OPERATÓRIO TARDIO (após as primeiras 24 horas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar o estado de consciência;</li> <li>• Monitorizar o quadro algico;</li> <li>• Vigiar os sistemas de drenagem (permeabilidade do dreno, características e quantidade do líquido drenado);</li> <li>• Iniciar ensinamentos sobre a mobilidade do doente, por forma a otimizar os sistemas de drenagem;</li> <li>• Avaliar mímica facial. Em caso de não encerramento completo da pálpebra: realizar penso ocular noturno; irrigar frequentemente o olho com soro fisiológico ou lágrimas artificiais, aplicar pomada antibiótica para proteger o olho e evitar conjuntivites (se prescrito);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o domínio dos exercícios de reabilitação da mímica facial e reforçar sempre que necessário;</li> <li>• Vigiar o local operado (despiste de hemorragia, edema, hematoma);</li> <li>• Realização de tratamento à ferida cirúrgica com técnica asséptica e penso oclusivo;</li> <li>• Ensino sobre elevação da cabeceira a 30 ° no leito;</li> <li>• Promover a higiene oral;</li> <li>• Promover primeiro levante;</li> <li>• Atender a aspetos psicológicos: possíveis alterações da auto-imagem e prestar apoio emocional, se necessário.</li> </ul>
<b>PREPARAÇÃO PARA A ALTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penso à sutura operatória e ao ex-local de inserção do dreno;</li> <li>• Em caso de não encerramento completo da pálpebra, realizar ensino sobre execução de penso ocular noturno; irrigação frequente do olho com soro fisiológico ou lágrimas artificiais; aplicação de pomada antibiótica para proteger o olho e evitar conjuntivites (se prescrito); incentivar à utilização de óculos de sol para protecção solar, de poeiras e vento;</li> <li>• Incentivar à realização de higiene oral pelo menos 3 vezes por dia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino sobre despiste de complicações (vigiar o local operado e área circundante, incluindo ex-local de inserção do dreno, no que se refere ao aparecimento das seguintes alterações: Edema; Calor; Dor; Rubor e Ardor);</li> <li>• Avaliar a mímica facial e reforçar a importância dos exercícios de reabilitação da mesma. Se necessário, promover o encaminhamento para profissional de saúde habilitado;</li> <li>• Carta de alta de Enfermagem, com as indicações necessárias à remoção da sutura, assim como à avaliação dos ensinamentos realizados sobre os exercícios de reabilitação da mímica facial.</li> </ul>



## Anexo. Plano de exercícios de reabilitação da mímica facial

Os exercícios de reabilitação da mímica facial deverão ser realizados várias vezes ao dia, em frente ao espelho, auxiliando a execução do exercício com a mão homolateral<sup>13</sup>.

### Franzir as sobrancelhas

- Deverá elevar as sobrancelhas, fortalecendo desta forma o músculo occipitofrontal.



### Comprimir os lábios

- Deverá fazer um movimento semelhante ao do assobio, por forma a exercitar os músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadrado do mento.



### Fechar os olhos com força

- Deverá fechar os olhos com força, abruptamente, reforçando os músculos supraciliar e orbicular das pálpebras.



### Sorrir com os lábios juntos

- Deverá procurar sorrir sem mostrar os dentes, trabalhando sobre o músculo *risorius*.



### Franzir o nariz

- Deverá tentar unir as sobrancelhas à parte superior do nariz, enrugando a testa, pretendendo reforçar o músculo supraciliar.



### Baixar o lábio inferior

- Deverá baixar o lábio inferior, de modo a reforçar o músculo orbicular dos lábios e quadrado do mento.



### Sorrir mostrando os dentes

- Deverá sorrir mostrando os dentes, atuando sobre os músculos *risorius de Santorini* e quadrado do mento.



### Encher as bochechas de ar

- Deverá encher a boca de ar, forçando as bochechas, para reforço dos músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadrado do mento.





**Coordenação:**

Pedro Cardoso

*Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço / Urologia, IPO Coimbra*

**Contribuição dos autores:**

Carla Santos (*CCP, ORL e Endocrinologia, IPO Lisboa*)

Cláudia Dias (*CCP / Urologia, IPO Coimbra*)

Cristina Silva (*Cuidados Intensivos, IPO Porto*)

Ema Neves (*Cirurgia Maxilo-Facial, CHU Coimbra*)

Inês Frade (*CCP, ORL e Endocrinologia, IPO Lisboa*)

Joana Ferreira (*Oncologia Médica, IPO Coimbra*)

Sandra Santos (*CCP / Urologia, IPO Coimbra*)

**Primeira Discussão:**

Reunião Oncologia Primavera 2014

**Apresentação Final:**

Reunião Oncologia Primavera 2015

**Bibliografia Consultada:**

1. Seeley, R; Stephens, T; Tate, P. (1997). Anatomia & Fisiologia. 3ª Ed. Lisboa: Editora Lusodidacta.
2. Ogawa, A. [et al.]. (2008). Neoplasia das Glândulas Salivares. Arq. Int. Otorrinolaringol., 12(3), 409-418.
3. [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2296/tumores\\_de\\_glandulas\\_salivares.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2296/tumores_de_glandulas_salivares.htm) acessado a 4/1/13 às 15horas
4. Junior, A.; Almeida, O.; Kowalski, L. (2009). Neoplasias de Parótida: análise de 600 pacientes atendidos em uma única instituição. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 75 (4), 497-501
5. [http://www.internationalarchivesent.org/additional/acervo\\_port.asp?id=272](http://www.internationalarchivesent.org/additional/acervo_port.asp?id=272) , acessado a 23 de dezembro de 2014, 12h00.
6. [http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo\\_port.asp?id=549](http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=549) , acessado a 23 de dezembro de 2014, 12h15.
7. Filho, J. [et al.]. (2000). Tratamento dos Tumores da Cabeça e Pescoço e Base de Crânio. Cancerologia Actual: um enfoque Multidisciplinar, 17 – 21.
8. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942009000400005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942009000400005&script=sci_arttext&tlng=pt), acessado a 23 de dezembro de 2014, 14h00
9. Tiago, R. [et al.]. (2003). Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 1, 486 – 488
10. Kligerman, J. [et al.]. (2003). Complicações das cirurgias dos Tumores das glândulas salivares. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 31(2), 55-60.
11. Goulart, A.; Soares, V.; Koch, P. Prevalência do Síndrome de Frey após Parotidectomia. Revista Portuguesa de Cirurgia, Série II, nº 24, Março 2013.
12. Marchese-Ragona R. [et al.](2005). Treatment of complications of parotid gland surgery. Acta Otorhinolaryngologica Italica, 25(3), 174-178.
13. <http://paralisiafacial.com/paralisia-facial-exercicios-faciais.html>, acessado a 10 de fevereiro de 2014, 14h00.
14. Pereira, Teresa; Santos, Rui (2008). Reabilitar um rosto... uma pessoa. Enformação, nº9, Julho 2008, 14-15.
15. Whitby, Robin. Paralisia de Bell: tratamento e evolução. UPDATE, Ano 12, Julho 2001, 32-33.



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa



**AEOP • GRUPO CABEÇA-PESCOÇO**