



IMAGEM EM «CACHO DE UVA»
DA PARÓTIDA 24 HORAS APÓS
UMA SIALOGRAFIA

Anabela Barcelos
José António P. da Silva

Serviço de Medicina III e Reumatologia
Hospitais da Universidade de Coimbra

IMAGEM EM «CACHO DE UVA» DA PARÓTIDA 24 HORAS APÓS UMA SIALOGRAFIA

Anabela Barcelos*

José António P. da Silva**

Doente de 33 anos de idade, sexo feminino, foi enviada à consulta de Reumatologia por hipertrofia parotídea bilateral recorrente e dolorosa. O inquérito sistemático revelava sintomas de xerostomia, xeroftalmia, episódios de olho vermelho associados a visão turva, com remissão espontânea. Negava outras queixas.

O exame objectivo revelou exoftalmia, mucosas secas (teste de Schirmer de 0 mm bilateralmente aos 5 minutos), poliadenopatias cervicais e axilares, hipertrofia parotídea bilateral, de consistência dura, dolorosa à palpação sem sinais inflamatórios e discreta esplenomegália.

O exame osteoarticular foi normal.

Os exames laboratoriais realizados revelaram Leucopenia (2,9 G/L), Trombocitopenia (96.000 G/L); Factor Reumatóide e Waller Rose elevados (1.110 UI/ml e 288 UI/ml, respectivamente); Hiper-gamaglobulinémia; SACE normal; Serologias virais para Citomegalovirus, Epstein-Barr, vírus da Hepatite B e C e vírus da imunodeficiência humana negativas. Auto-anticorpos positivos com padrão mosqueado, com Ac anti-SS-A/Ro e anti-SS-B/La positivos.

O Rx do tórax PA não mostrou alterações; a ecografia abdominal revelou discreta esplenomegália.

A sialografia das parótidas revelou múltiplas formações tubulares ectasiadas formando uma imagem em «cacho de uvas», que se mantinha 24h após a realização da técnica (Fig.1). A biópsia labial foi compatível com Síndrome de Sjögren, severo, grau IV.

O Síndrome de Sjögren primário é uma doença

auto-imune com envolvimento preferencial das glândulas exócrinas (glândulas lacrimais, salivares, pâncreas). Contudo, também podem ocorrer manifestações extra-glandulares. A hipertrofia parotídea ocorre em cerca de 60% dos doentes com Síndrome de Sjögren primário, constituindo mesmo a primeira manifestação da doença em



Figura 1. O que parece ser um brinco de filigrana, corresponde a dilatações ductulares e estase da parótida, numa radiografia obtida 24h após sialografia.

* Interna do Complementar de Reumatologia, Serviço de Medicina III e Reumatologia – H.U.C.

** Assistente Graduado de Reumatologia, Serviço de Medicina III e Reumatologia – H.U.C. Professor Auxiliar de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

cerca de 1/4 dos casos¹. Pode ser unilateral, mas frequentemente torna-se bilateral.

A hipertrofia parotídea bilateral é comum a várias entidades clínicas que deverão ser integradas no diagnóstico diferencial: infecções virais (*Influenza*, *Epstein-Barr*, *Coxsackie A*, *Cytomegalovirus*, *HIV*), Sarcoidose, Síndrome de Sjögren e uma miscelânea de situações clínicas, tais como acromegália, diabetes *mellitus*, cirrose hepática e hiperlipoproteinemia, entre outras.

A sialografia é o método radiográfico que permite observar as alterações anatómicas do sistema ductal das glândulas salivares e é tão sensível e específica no diagnóstico da síndrome de Sjögren como a biópsia das glândulas salivares².

No caso presente, as manifestações extra-glandulares associadas à hipertrofia parotídea sugeriram o diagnóstico, confirmado pela sialografia e a histologia da biópsia labial. Hipergamaglobulinemia, elevação da V.S., presença de factores reumatóides e de anticorpos anti-SSA/Ro e anti-SSB/La integram a síndrome de Sjögren.

Analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides são a terapêutica preconizada para a hipertrofia parotídea. Por vezes, esta pode ser persistente e muito dolorosa, exigindo tratamento cirúrgico.

Referências Bibliográficas:

1. Klippel JH, Dieppe P. Rheumatology. Mosby, 2000. Tzioufas AG, Moutsopoulos HM. Vol 3, Section 7, Pages 32.1-32.5
2. Vitali C, Tavani A, Simi U, et al. Parotid sialography and minor salivary gland biopsy in the diagnosis of Sjogren's Syndrome: a comparative study of 84 patients. *J Rheumatol* 1988;15:262-267

Continuação da página 122

Referências Bibliográficas

1. Backhaus M, Burmester G-R, Gerber T et al. Guidelines for musculoskeletal ultrasound in rheumatology. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 641-649
2. Bálint GP, Korda J, Hangody L, Bálint P. Foot and ankle disorders. In: Woolf AD. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. London: Elsevier, 2003, 17(1): 87-111
3. Peetrons P. Cheville et pied. In: Peetrons P, Chhem R. *Atlas d'échographie du système locomoteur*. Tome 2. Montpellier : Sauramps médical, 2000 : 9-62
4. Brasseur JL, Tardieu M. *Écographie du système locomoteur*. Paris : Masson, 1999 : 179-202
5. Koski JM. Ultrasonography of the subtalar and mid-tarsal joints. *J Rheumatol* 1993 ; 20(10) : 1753-1755
6. Alarcon GS, Lopez-Bem R, Moreland LW. High-resolution ultrasound for the study of target joints in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 2002 ; 46 : 1969-1970
7. Koski JM. Ultrasound detection of plantar bursitis of the forefoot in patients with early rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology* 1998; 25: 229-230
8. Koski JM. Detection of plantar tenosynovitis of the forefoot by ultrasound in patients with early arthritis. *Scand J Rheumatol* 1995; 24:312-313