

Síndrome de frey: relato de caso

Frey syndrome: case report

Síndrome de frey: relato de caso

Camila Melo de Albuquerque¹, Millena Laíse de Aguiar Damasceno da Rocha^{1*}, Helissa Mayane Nunes da Silva Oliveira¹, Camila Maria Beder Ribeiro¹

RESUMO

Objetivo: O presente relato tem como objetivo informar a importância da síndrome de Frey, indicando sua etiologia e características necessárias para um correto diagnóstico. **Métodos:** Diagnóstico obtido por meio da análise de exames, entrevista com a paciente, registros fotográficos e revisão da literatura. **Resultados:** A Síndrome de Frey (SF) é uma doença caracterizada pela transpiração gustativa e eritema do rosto ao longo da mastigação. A mesma decorre de uma seqüela na parotidectomia ou lesão das glândulas parótidas. Estudos relatam que a SF fundamenta-se na teoria da recuperação errônea entre os sistemas parassimpático e simpático, apontando como soluções procedimentos terapêuticos ou cirúrgicos. Embora a maioria dos pacientes com SF tenham sintomas moderados, a aparente incidência desta síndrome após a parotidectomia deve ser discutido com o paciente antes da cirurgia na região parótida. **Conclusão:** Por fim, ressalta-se a importância do conhecimento da SF, o que possibilita um diagnóstico preciso e um tratamento correto.

Palavras-Chave: Sudorese Gustativa, Nervo da corda do tímpano, Glândula Parótida.

ABSTRACT

Objective: This report aims to inform the importance of Frey syndrome, indicating its etiology and characteristics necessary for a correct diagnosis. **Methods:** Diagnosis obtained through analysis of exams, interview with the patient, photographic records and review of the literature. **Results:** Frey syndrome (SF) is a disease characterized by gustatory perspiration and facial erythema throughout chewing. It results from a sequel in the parotidectomy or lesion of the parotid glands. Studies report that SF is based on the theory of erroneous recovery between the parasympathetic and sympathetic systems, pointing out as solutions therapeutic or surgical procedures. Although the majority of patients with SF have moderate symptoms, the apparent incidence of this syndrome after parotidectomy should be discussed with the patient before surgery in the parotid region. **Conclusion:** Finally, the importance of knowledge of SF is emphasized for an accurate diagnosis and a correct treatment.

Keywords: Sweating Gustatory, Chorda Tympani Nerve, Parotid Gland.

RESUMEN

Objetivo: El presente relato tiene como objetivo informar la importancia del síndrome de Frey, indicando su etiología y características necesarias para un correcto diagnóstico. **Métodos:** Diagnóstico obtenido por medio del análisis de exámenes, entrevista con la paciente, registros fotográficos y revisión de la literatura. **Resultados:** El síndrome de Frey (SF) es una enfermedad caracterizada por la transpiración gustativa y eritema del rostro a lo largo de la masticación. La misma se deriva de una secuela en la parotidectomía o lesión de las glándulas parótidas. Los estudios relatan que la SF se fundamenta en la teoría de la recuperación errônea entre los sistemas parasimpático y simpático, apuntando como soluciones procedimientos terapéuticos o cirúrgicos. Aunque la mayoría de los pacientes con SF tienen síntomas moderados, la aparente incidencia de este síndrome después de la parotidectomía debe ser discutida con el paciente antes de la cirugía en la región parótida. **Conclusión:** Por último, se resalta la importancia del conocimiento de la SF, lo que possibilita un diagnóstico preciso y un tratamiento correcto.

Descriptores: Sudoración Gustativa, Nervio de la Cuerda del Tímpano, Glándula Parótida.

¹ Centro Universitário Cesmac. * E-mail: millenaaguiarr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Frey (SF) ou Síndrome Aurículo-Temporal, caracteriza-se pela sudorese da face, principalmente nas regiões parotídeas e malares. Documentadamente na literatura, pode-se desenvolver após um trauma, infecção, parotidectomia ou cirurgia da articulação temporomandibular e é principiado por qualquer provocação gustatória (GOULART A; SOARES PVK, 2013). O diagnóstico é realizado de acordo com a queixa relatada pelo paciente de sudorese associada ou não à mastigação, ou seja, involuntária; e confirmada com o teste de coloração do amido pelo iodo (SANTOS RC, CHAGAS JFS, BEZERRA TFP et al., 2006).

O primeiro relato dos sintomas desta síndrome está atribuída a descrição de Baillarger em 1853, após drenagem de abscesso parotídeo, apesar da patofisiologia estar incorreta, pois Baillarger associava a sudorese com o bloqueio do ducto de Stenon. O epônimo desta síndrome foi dado a Lucie Frey em 1923, pelas suas contribuições importantes na recongnição da inervação simpática e parassimpática da glândula parotídea, pela descoberta do arco reflexo entre a sudorese e o nervo aurículo-temporal, e a constatação do retardo temporal entre a lesão e o aparecimento da síndrome (DULGUEROV, MARCHAL, GYSIN, 1922).

A explicação patofisiológica desta síndrome, se baseia na teoria da regeneração errônea entre os sistemas parassimpático e simpático, é atribuída a André Thomas, descrição em publicação de 1927 (DULGUEROV, MARCHAL, GYSIN, 1922).

Entretando, a teoria mais reconhecida na patogênese desta síndrome na época atual, é a da regeneração aberrante na qual fibras parassimpáticas do nervo auriculotemporal são lesionadas durante a cirurgia e no processo de regeneração. Estas fibras ligam-se às fibras simpáticas das glândulas sudoríparas subcutâneas. Assim, o reflexo salivar que decorre durante a mastigação pode induzir a geração de saliva como também investigar a sudorese da região parotídea (GOULART A; SOARES PVK, 2013; SANTOS RC, CHAGAS JFS, BEZERRA TFP et al., 2006; O'NEILL J, CONDRON C, CURRAN et al, 2008). Os sintomas geralmente surgem até seis meses após o procedimento cirúrgico, devido ao tempo necessário à regeneração nervosa, podendo retardar tendo relatos na literatura, casos que sucederam 14 anos após e foram precipitados por qualquer estímulo gustatório (SANTOS RC, CHAGAS JFS, BEZERRA TFP et al., 2006; O'NEILL J, CONDRON C, CURRAN et al, 2008; GOULART A; SOARES PVK, 2013).

A predominância desta síndrome é altamente mutável e depende da técnica cirúrgica e do método de identificação da SF (ORTIZ KL, RIOFRIO JAS, TAYLOR AM, 2004; GOULART A, SOARES V, KOCH P, 2013). O teste de Minor, relatado pelo neurologista russo Victor Minor, é o único método disponível para investigar objetivamente a sudação dos doentes com Síndrome de Frey, o mesmo consiste em colocar uma solução de iodo, "castor oil" e álcool absoluto, podendo o "castor oil" ser trocado por óleo de rícino tendo como finalidade evidenciar as glândulas sudoríparas ativas no local (SOARES PVK, 2013).

Diversos fatores motivam o aparecimento da Síndrome de Frey. Um desses descritos na literatura é a espessidão do retalho cutâneo, um retalho mais espesso tem menor possibilidade de desenvolver a síndrome. Estão descritas diversas técnicas de interposição de barreiras tendo como finalidade a prevenção da regeneração errônea das fibras parassimpáticas: retalho da fáscia temporoparietal; rotação do sistema musculoaponeurótico superficial; interposição do músculo esternocleidomastoideo e implantes sintéticos (DULGUEROV P, MARCHAL F, GYSIN C, 1922; GOULART A, SOARES V, KOCH P, 2013).

Esse trabalho tem como objetivo explicar através de um relato clínico, o reconhecimento da Síndrome de Frey, informando os cirurgiões-dentistas métodos de se obter um correto diagnóstico.

RELATO DE CASO

Uma mulher de 42 anos de idade, chegou para tratamento dental, queixando-se de restaurações infiltradas e suor na região da bochecha durante refeição.

Ao exame físico extrabucal e intrabucal não foi observada nenhuma anormalidade (**Figura 1**). Foi pedida uma ultrassonografia (US região cervical anterior). No exame os cortes ecográficos foram produzidos ao nível da região cervical anterior, evidenciaram: glândula tireóide, sub-mandibulares e parótida esquerda sem alterações. Musculatura preservada. Vasos sem alteração ecográfica. No entanto, pode se identificar imagens nodulares, sólida, hipoeecóica, medindo 2,3 x 1,1 x 1,7 cm, em glândula parótida direita (**Figura 2**)

Figura 1 – Exame físico da paciente, visão frontal e lateral respectivamente.



Fonte: Arquivo Pessoal.

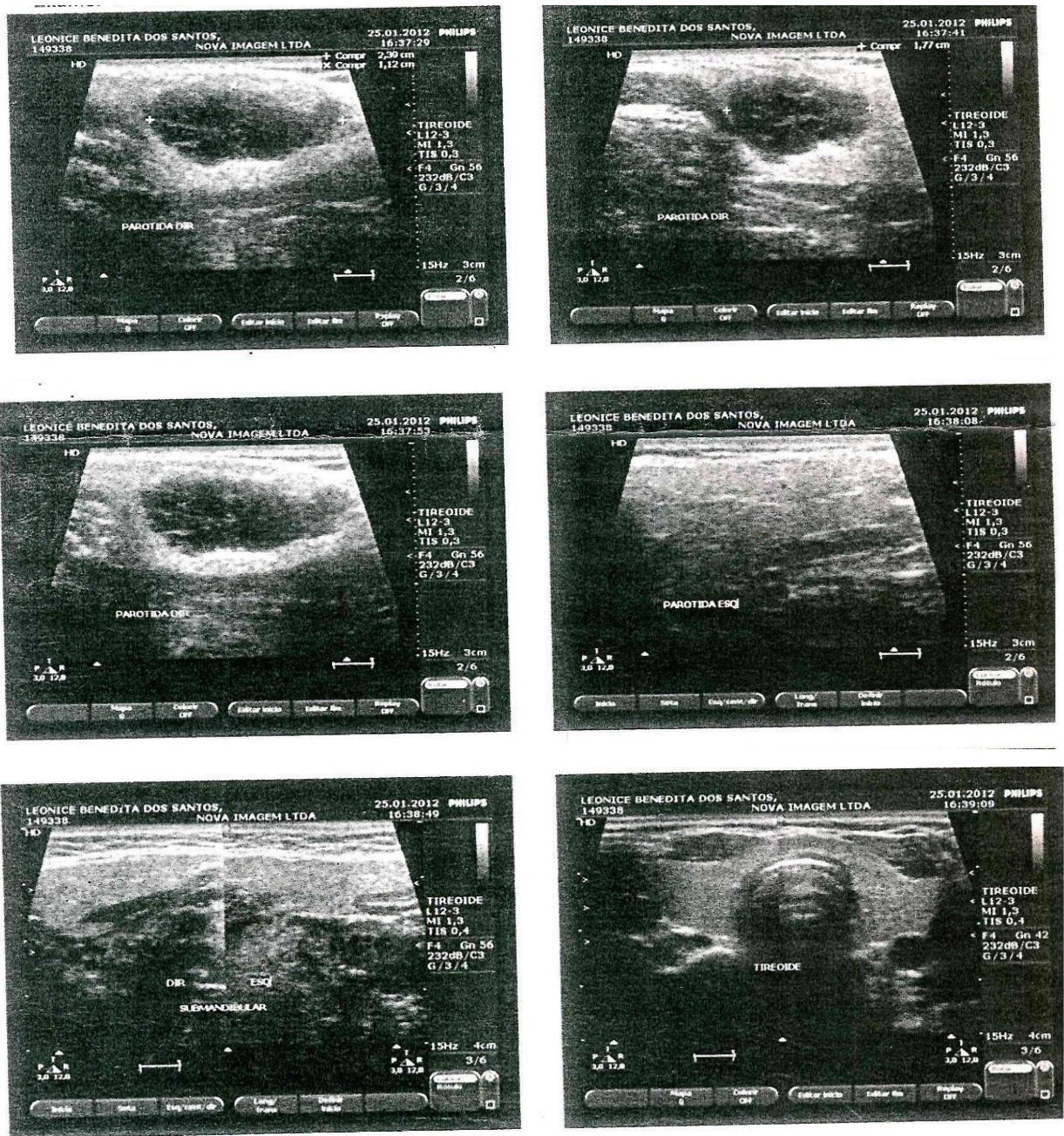
O Teste de Minor foi realizado utilizando 100ml de solução de óleo de rícino, iodo 15g e álcool 900ml. A pele afetada foi pintada com a solução e depois colocou-se o pó de amido (**Figura 3 A**). Houve estimulação de saliva com suco de laranja, onde evidenciou o aparecimento de áreas puntiformes, de coloração violácea, informando glândulas sudoríparas ativas no local e a área afetada foi iconografada (**Figura 3 B**).

Diante das características do exame físico, patológico e US, foi levantado a hipótese clínica da Síndrome de Frey. O tratamento proposto foi a enucleação para biópsia excisional, sob anestesia local (lidocaína 2% epinefrina 1:100.000). O material foi encaminhado para estudo anatomopatológico.

Os cortes histológicos revelaram fragmentos de neoplasia benigna de origem vascular com vasos calibrosos. Em parte da extensão da lesão havia fragmentos de glândula salivar maior que estavam presentes completando o quadro microscópico, compatível com o diagnóstico histopatológico de hemangioma cavernoso de parótida.

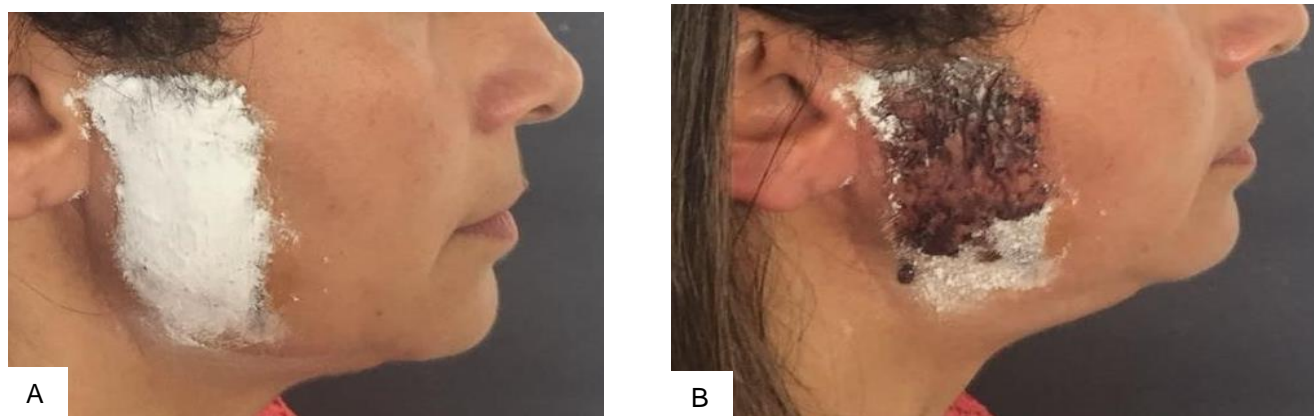
Após a enucleação, a paciente descontinuou o tratamento, não retornando as consultas clínicas para acompanhamento.

Figura 2 - US Região cervical anterior.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Figura 3 – Área pintada com solução e evidenciada com o pó de amido e estímulo oral com suco de laranja (A) e área de hiperidrose evidenciada pelo Teste de Minor (B).



Fonte: Arquivo Pessoal.

DISCUSSÃO

Os achados clínicos citados anteriormente no relato de caso, condizem com a maioria dos relatos da literatura em relação a SF. A paciente apresenta a hiperemia e sudorese no local ao estímulo, assim como também vem sendo relatado em casos anteriores após uma parotidectomia. Uma das características que diverge um pouco da literatura pertinente é o gênero/sintoma, já que existe uma predileção do gênero masculino com sudorese e o caso relatado é de uma paciente do gênero feminino com sudorese e a própria hiperemia que foi evidenciado no gênero feminino pela literatura.

Em relação a idade da paciente, o caso coincide com a literatura, pois a mesma tem 42 anos, não diferenciando da faixa etária que apresenta a patologia. Poucos casos foram descritos na literatura em idade.⁹ Quanto a localização anatômica, a mesma encontra-se lateralmente à cavidade bucal, condizente com os relatos da maioria dos locais que se costuma encontrar lesões desse tipo (NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE, 2016).

Desde sua primeira em 1853, diversos trabalhos vêm sendo divulgados a respeito da SF, descrevendo sua etiologia, aspectos clínicos, incidência e tratamento. O que se nota é que ainda não existe um consenso sobre sua existência, pois nas publicações consultadas foram vistas alterações da SF que variam entre 2% a 80% (SANTOS RC, CHAGAS JFS, BEZERRA TFP et al., 2006).

O caso clínico apresentado está de acordo com a literatura consultada, pois relaciona-se com uma parotidectomia.

Foi constatadas através do nosso estudo uma correlação significativa verificada entre a queixa clínica e o diagnóstico da SF na avaliação do iodo de 100%, demonstrando a validade dos dados da anamnese na análise cotidiana da evolução pós-operatória das parotidectomias para o seu reconhecimento (SANTOS RC, CHAGAS JFS, BEZERRA TFP et al., 2006).

De acordo com Cantarella e colaboradores a primeira opção de intervenção para os pacientes é a infiltração subcutânea da toxina botulínica tipo A na região afetada, contudo a paciente em questão não aderiu à esse tratamento, pois descontinuou a supervisão, sendo inviável o acompanhamento para avaliação (CANTARELLA G, BERLUSCONI A, MELE V, COGIAMANIAN F, BARBIERI S, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transpiração gustatória após a parotidectomia ainda deve ser considerada como uma complicação desagradável e comum. No entanto, é mais o sofrimento subjetivo dos pacientes do que a incidência que torna a prevenção importante.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS RC, CHAGAS JFS, BEZERRA TFP et al. Prevalência da Síndrome de Frey após parotidectomia parcial. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*, 2006; 72(1): 112-115.
2. TURNER J, DEVINE K, JUDD E. The auriculo-temporal (Frey) syndrome occurring after parotid surgery. *Surg Gynecol Obstet*, 1960; 12(5): 111-564.
3. ORTIZ KL, RIOFRIO JAS, TAYLOR AM. Frey syndrome. a proposal for evaluating severity. *Jornal Oral Oncology*, 2004; 40(5):501-505.
4. SCULLY C, LANGDON J, EVANS J. Marathon of eponyms: 6 Frey syndrome (Gustatory sweating). *Oral Diseases*, 2002; 15(6): 608-702.
5. DULGUEROV P, MARCHAL F, GYSIN C. Frey syndrome before Frey: the correct history. *The Laryngoscope*, 1922; 102(42):1471-1473.
6. O'NEILL J, CONDRON C, CURRAN et al. Lucja Frey—historical relevance and syndrome review. *Surgeon*, 2008; 6(2): 178-181.
7. GOULART A, SOARES V, KOCH P. Prevalência do Síndrome de Frey após Parotidectomia. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 2013; 24(2). v.24, n.2, p.29-35, 2013.
8. GOIS J, FUKUYAMA E, VALENTIM P. Síndrome de Frey. *Revista Brasileira de Medicina*, 2015; 7(3): 24-28.
9. CARPINTERO NH, SAINZ CG, GARCÍA MC et al. Frey's syndrome: report of three cases with two distinct etiopathogeneses. *An Pediatr*, 2006; 64(5): 588-590.
10. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. *Patologia oral & maxilofacial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
11. CANTARELLA G, BERLUSCONI A, MELE V, COGIAMANIAN F, BARBIERI S. Treatment of Frey's syndrome with botulinum toxin type B. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2010, 143(5): 214-218.