

Sialólito em glândula submandibular - Relato de caso

Sialolith in submandibular gland - Case report

Natália Myrrha Simões¹
Leandro Junqueira de Oliveira¹
Paulo Eduardo Alencar de Souza¹
Gabriela Ribeiro Araújo²
Flavio Ricardo Manzi¹

¹ Departamento de Odontologia da PUC-Minas

² Faculdade de Odontologia - UFMG

natimyrtha@hotmail.com

RESUMO

A sialolitíase da glândula salivar é uma patologia benigna que se caracteriza pela formação de uma massa calcificada (sialólito), nas glândulas salivares ou em seus ductos excretores. O tratamento pode diversificar desde o acompanhamento clínico até técnicas cirúrgicas, com preservação ou excisão da glândula. Os sialólitos tendem a se desenvolver, obstruindo e aumentando o volume do ducto afetado, reduzindo o fluxo salivar e eventualmente resultando em sintomatologia dolorosa. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de um sialólito na glândula salivar. Foi documentado e relatado um caso clínico ocorrido na Universidade Pontifícia Católica de Minas Gerais, que embasado na literatura, realizou o protocolo descrito para casos como este. Foi realizado excisão cirúrgica de um cálculo salivar em ducto de glândula submandibular. É de grande relevância que o cirurgião-dentista realize uma minuciosa avaliação clínica e dos exames de imagem para um diagnóstico correto e tratamento precoce.

Descritores: Sialolitíase. Glândula Submandibular. Doenças da Glândula Submandibular.

ABSTRACT

The sialolithiasis salivary gland is benign pathology characterized by forming a calcified mass (Sialolith), in the salivary glands or their excretory ducts. The treatment can range from clinical follow up to surgical techniques, preserving or excision of the gland. The sialoliths tend to develop, obstructing and increasing the volume of the duct affected by reducing the salivary flow and eventually resulting in painful symptomatology. It was documented and reported a case happened in University Pontifícia Católica de Minas Gerais, using the protocol that it is recommended by the literature. This study aims to report a case of sialolith in the salivary gland. Surgical excision of a salivary calculus in submandibular gland. It is very important the detection and minusiomsy clinic exam by the dentist at first place, so they could have a early diagnostic and early treatment.

Key words: Sialolithiasis. Submandibular gland. Diseases of the submandibular gland.

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é uma patologia, que se caracteriza pela obstrução das glândulas salivares ou de seus ductos excretores por uma estrutura calcificada¹. Embora sua patogênese seja desconhecida, existem diversas hipóteses e fatores etiológicos a respeito da origem dos sialólitos, como como o fenômeno de calcificação distrófica, ou fatores químicos, mecânicos, neurogênicos, inflamatórios infecciosos^{2,3,1}.

Dados demográficos mostram que dos casos, 83% ocorre na glândula submandibular, seguida da glândula parótida em 10% e à sublingual em 7%⁴. A alta prevalência de sialólitos nas glândulas submandibulares podem estar relacionadas a algumas características, como por exemplo apresentar um ducto de calibre maior e mais largo, o que deixa a taxa de fluxo salivar mais lenta; sua drenagem ocorrer contra a gravidade e sua secreção possuir maior viscosidade e

alcalinidade, devido as elevadas concentrações de mucina e cálcio na saliva, dificultando, portanto, sua drenagem e favorecendo a formação do cálculos⁵.

Aproximadamente 1,2% da população são acometidos pelos sialolitos⁶, sendo o sexo masculino o mais prevalente, na faixa entre 30 e 60 anos de idade, e praticamente incomuns em crianças⁷. Clinicamente a sialolitíase se caracteriza por apresentar crescimento gradual, alteração do padrão do fluxo salivar e, podendo ou não, apresentar sintomatologia dolorosa⁸. Por se tratar de uma alteração calcificada, o estudo radiográfico é imprescindível para a conclusão diagnóstica, tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Sialografia e Cintilografia também são indicadas sendo o exame radiográfico convencional o método mais simples e mais utilizado².

A forma de tratamento será determinada de acordo com o tamanho do sialolito, em pequenas dimensões pode-se promover a saída do sialolito com uso de sialogogos, aplicação local de calor, aumento da ingestão de líquidos e a litotripsia. Entretanto, quando se encontram em grandes dimensões, o tratamento proposto dos sialolitos, geralmente requer a excisão cirúrgica^{4,7}.

O referido trabalho tem o objetivo contribuir para o estudo dos sialolitos por meio do relato de um caso de sialolitíase em ducto da glândula submandibular que foi abordado cirurgicamente.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 61 anos de idade, compareceu ao serviço de Estomatologia do Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-PUC Minas, queixando-se de incômodo abaixo da língua, com manifestação secundária e tempo de evolução indeterminado. Ao realizar o exame clínico extraoral, não se observou aumento de volume em face, entretanto a região submandibular direita apresentava dolorida à palpação, sem

alteração de cor e/ou temperatura. Ao exame intraoral observou-se aumento de volume na porção anterior direita do soalho bucal, com consistência endurecida, móvel, palpável, e presença de fistula com abertura de 4mm (figura 1a e 1b).

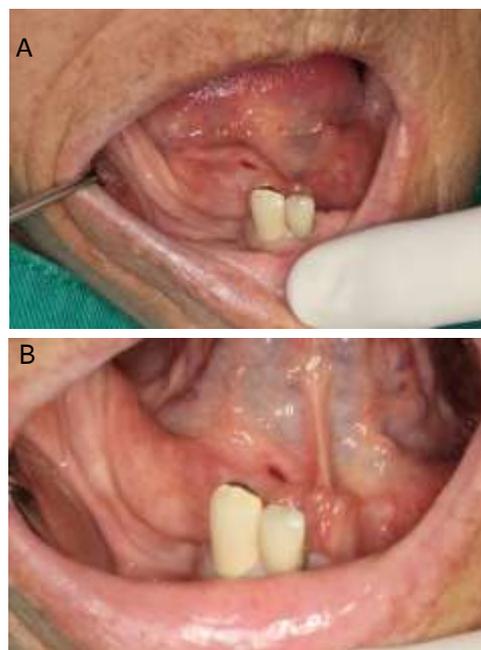


Figura 1a e 1b. Aspecto clínico com tumefação na região de soalho bucal e presença de fístula.

Na radiografia oclusal de mandíbula, foi possível verificar área radiopaca, bem delimitada, assimétrica, de aproximadamente 1,5 cm na região direita da glândula submandibular (figura 2).



Figura 2. Radiografia Oclusal identificando presença de região radiopaca bem delimitada na porção direita de mandíbula.

Com a correlação dos achados clínicos e radiográficos, sugeriu-se a hipótese diagnóstica de um sialólito.

Como forma de tratamento, foi adotada a excisão cirúrgica sob anestesia local. A incisão foi realizada sobre o ducto da glândula submandibular, seguida de dissecação romba, a qual possibilitou a visualização direta do cálculo que foi removido (figura 3a e 3b). Foi realizada a limpeza da ferida cirúrgica por meio de irrigação com soro fisiológico e síntese através de sutura com pontos simples utilizando fio de seda 4.0. Como controle do pós-operatório foram prescritos analgésico e anti-inflamatório não esteróide.

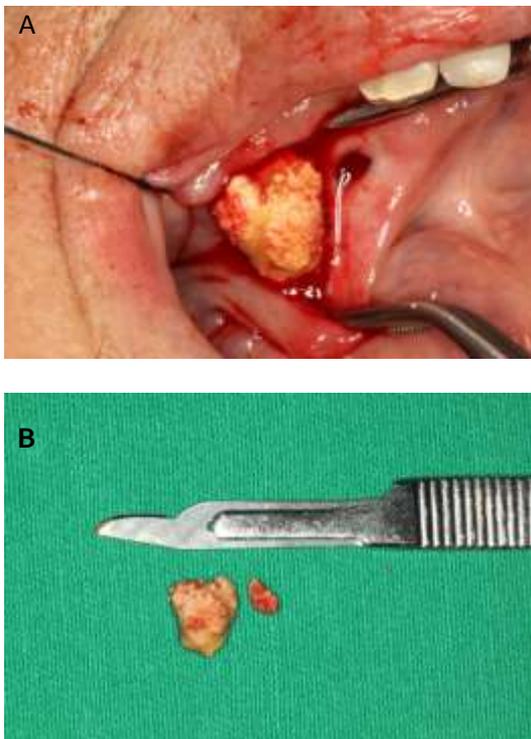


Figura 3^a. Remoção do sialólito. Figura3b: Aspecto macroscópico da peça.

O paciente retornou no sétimo dia após a cirurgia, e, ao exame clínico observou-se cicatrização do local e ausência de quadro infeccioso. Sendo assim, os pontos foram removidos e observou-se normalidade dos padrões do fluxo salivar após a realização da manobra de ordenha.

DISCUSSÃO

A sialolitíase é um dos sintomas inflamatórios agudos mais comuns nas glândulas salivares, afetando mais de 50% dos quadros patológicos desta região⁶. A exata etiopatogênese do sialólito ainda é incerta, embora a literatura apresente uma ampla variedade de hipóteses. O foco inicial pode ser formado a partir da associação de alguns fatores, como mecânicos, inflamatórios, neurogênicos e infecciosos, levando a precipitação de fosfato tricálcio amorfo que ao ser cristalizado é transformado em hidroxiapatita⁹. Acredita-se que se trata de um fenômeno de calcificação distrófica, pois o aumento da quantidade de minerais não está relacionado as alterações nos níveis séricos do cálcio e do fosfato decorrentes de distúrbios metabólicos².

O exame clínico criterioso é um fator soberano para o diagnóstico da sialolitíase, como para a maioria das afecções. Na avaliação intraoral o aspecto primordial e mais frequente, é o aumento de volume, com um nódulo palpável, móvel, endurecido, nas regiões que se encontram as glândulas salivares ou seu sistema ductal. A mucosa apresenta cor e textura dentro da normalidade, podendo existir áreas hiperemiadas¹⁰. E por fim, pode-se realizar a manobra de ordenha da glândula, para avaliar o nível de obstrução do fluxo salivar. Entretanto, o exame de imagem é indispensável para uma conclusão diagnóstica. O exame radiográfico convencional é o método mais utilizado, sendo a radiografia panorâmica e, principalmente, a oclusal de mandíbula, o método diagnóstico mais simples, sendo possível identificar imagens radiopacas com disposição ao longo do trajeto do ducto de Wharton².

O diagnóstico diferencial é algo imprescindível, e deve ser levado em consideração no ato na avaliação. Os sialolitos devem ser diferenciados de várias patologias, tais como sialoadenite, neoplasias benignas e neoplasias malignas das glândulas salivares⁴. Eles ainda podem ser confundidos com linfonodos calcificados ou com tuberculose¹.

Após a remoção o ducto deve ser suturado a mucosa, mas de forma não oclusiva, para que a drenagem salivar não seja interrompida.

CONCLUSÃO

Os sialólitos são calcificações com crescimento progressivo, que afetam diretamente o fluxo salivar, podendo gerar sintomatologia dolorosa, comum em glândulas salivares. Sendo assim, é de grande relevância que o cirurgião-dentista realize uma minuciosa avaliação clínica e dos exames de imagem para um diagnóstico correto e tratamento precoce.

REFERÊNCIAS

1. LEE LT, WONG YK. Pathogenesis and diverse histologic findings of sialolithiasis in minor salivary glands. **J OralMaxillofac Surg**, v.68, n 2, p.465-70, 2010.
2. BAURMASH HD. Submandibular salivary stones: current management modalities. **J Oral Maxillofac Surg**, vol. 62, n. 3, p. 369-378, 2004.
3. ERTAS L., Sialólito em Ducto de Gândula Submandibular, **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, vol. 16, n.2, p. 231-234, 2012.
4. TORRES-LAGARES D. Parotid sialolithiasis in Stensen's duct. **Med Oral Patol Oral Cir.Bucal**, v.11, n.1, p. 80-4, 2006.
5. Gill D. A Giant Submandibular Sialolith in the Setting of Chronic Sialadenitis: A Case Report and Literature Review. **Ann Otolaryngol Rhinol** vol. 3, n. 8, p. 1128, 2016.
6. RAI M, BURMAN R. Giant submandibular sialolith of remarkable size in the comma area of Wharton's duct: a case report. **J Oral Maxillofac Surg**, vol. 67, n. 6, p. 1329-1332, 2009.
7. CAPACCIO P. Modern management of obstructive salivary diseases. **Acta Otorhinolaryngol Ital**, v.27, n. 4, p.161-172, 2007.
8. COMBES J. Intraoral removal of proximal submandibular stones an alternative to sialadenectomy? **Int J Oral Maxillofac Surg**, vol.38, p. 813-816, 2009.
9. BODNER L. Parotid sialolithiasis. **J Laryngol Otol**, vol. 113, p. 266-267, 1999.
10. GOES P. Sialólito gigante em ducto de Wharton: um caso distinto e revisão da literatura. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.13, n.4, p. 71-78, 2013.