

# Sialolito de grandes dimensões em ducto de glândula submandibular: relato de caso

*Sialolite of large dimensions in submandibular gland duct: case report*

## RESUMO

**Introdução:** Os sialolitos são calcificações, que ocorrem no interior dos ductos ou nas glândulas salivares. De origem desconhecida, tal afecção constitui uma das mais comuns, que acometem as glândulas salivares, podendo ter tamanhos diversos e localizações. Os sialolitos maiores de 15 mm são considerados raros, podendo gerar uma diminuição da qualidade de vida do paciente em virtude de alterações funcionais da glândula salivar acometida. O diagnóstico de tal afecção é realizado por meio do exame clínico associado a radiografias e, se necessário, tomografia computadorizada na busca de uma maior elucidação do caso. Atualmente, existem diversas modalidades de tratamento para os sialolitos, que irá depender de sua localização e dimensões, variando desde tratamento conservador, com utilização de hidratação e sialogogos à remoção cirúrgica do sialolito. **Relato de caso:** Este artigo científico tem como objetivo relatar o caso clínico de um raro sialolito de aproximadamente 37 mm, localizado no ducto de Wharton em paciente geriátrico. O caso foi conduzido por remoção cirúrgica do sialolito com a confecção de uma nova desembocadura para o ducto. **Considerações Finais:** Após 2 anos de proervação, a região de assoalho bucal apresenta sinais de normalidade com relação a fluxo salivar e estruturas anatômicas adjacentes, sem apresentar recidiva da lesão.

**Palavras-chave:** Glândula submandibular; Patologia; Sialolitíase.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sialoliths are calcifications that occur within the ducts or in the salivary glands. Of unknown origin, this condition is one of the most common that affects the salivary glands and may have different sizes and locations. Sialoliths larger than 15 mm are considered rare, and may lead to a reduction in the quality of life due to functional alterations of the affected salivary gland. The diagnosis of this condition is made through clinical examination associated with radiographs and, if necessary, computed tomography in the search for a better elucidation of the case. Currently, there are several treatment modalities for sialoliths, which will depend on their location and dimensions, ranging from conservative treatment with hydration and sialogogs to the surgical removal of sialolite. **Case report:** This scientific article aims to report the clinical case of a rare sialolite of approximately 37mm, located in the Wharton duct in a geriatric patient. The case was conducted by surgical removal of the sialolite with the creation of a new outlet for the duct. **Final considerations:** After 2 years of proervation, the buccal floor region shows signs of normality with respect to salivary flow and adjacent anatomical structures and not presenting recurrence of the lesion.

**Key Words:** Submandibular gland, pathology, sialolithiasis.

**Mirlany Mendes Maciel Oliveira**  
Cirurgião-dentista

**Rodrigo da Franca Acioly**  
Cirurgião-dentista, especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial – Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Roraima/HGRR

**Dennis Dinelly de Souza**  
Cirurgião-dentista, especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial – Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Roraima/HGRR

**Bruno Araújo da Silva**  
Cirurgião-dentista, especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial – Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Roraima/HGRR

**Daniel do Carmo Carvalho**  
Cirurgião-dentista, especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial – Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Roraima/HGRR

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mirlany Mendes Maciel Oliveira  
Rua Silver, 327 - Jôquei Clube  
Boa Vista – RR/Brasil.  
E-mail: mirlany.mendess@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A sialolitíase é uma afecção das glândulas salivares relativamente comum, caracterizada por calcificação, ou também denominados sialólitos, no interior dos ductos secretores ou mesmo no parênquima glandular, podendo acometer glândulas salivares maiores e, em raros casos, glândulas salivares menores.<sup>1,2</sup>

Atualmente, a etiologia é incerta, e os mecanismos de ação são desconhecidos, no entanto se acredita que surgem através da deposição de cálcio no interior do ducto. A sialolitíase afeta, com mais frequência, as glândulas submandibulares, por estas possuírem secreção mais alcalina, espessa e rica em cálcio.<sup>2,3,4</sup>

Tais afecções podem ocorrer em qualquer idade, sendo mais comuns em adultos e pessoas de meia-idade, apresentando maior prevalência no sexo masculino. Quanto ao tamanho dos sialólitos, em 88% dos casos, são menores que 10 mm, considerados raros os sialólitos maiores que 15 mm.<sup>1,2,5</sup>

A duração dos sintomas e a severidade irão variar de acordo com o grau de obstrução do ducto, sendo que a obstrução completa do ducto pode ocasionar sialodinite por meio da infecção bacteriana. Os pacientes podem apresentar sintomas, como inchaço, especialmente durante as refeições, eritema, secreção purulenta de origem do ducto, podendo chegar até a apresentar febre, mal-estar e linfadenopatia.<sup>6</sup>

O diagnóstico é realizado por meio do exame clínico, história médica e exames por imagem, que incluem radiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia, cintilografia, sialografia.<sup>4</sup> Atualmente, a sialoendoscopia também configura-se como uma forma de tratamento de patologias das glândulas salivares, possuindo suas indicações e contraindicações, tendo, em especial, uma curva de aprendizagem, que requer treinamento e dedicação por parte do profissional.<sup>6,7,8</sup> O tratamento dessas patologias depende das dimensões e da localização do sialólito, sendo recomendada a remoção cirúrgica quando as técnicas conservadoras não obtêm sucesso. As modalidades de tratamento incluem a remoção cirúrgica, sialoendoscopia, intervenção com aparato radiológico e opções de tratamento conservador, como hidratação, sialogogos, massagem envolvendo a glândula, compressa morna, antibióticos e anti-inflamatórios não esteroidais.<sup>1,6</sup>

Em caso de sialólitos de pequenas dimensões, estes podem ser expelidos pelo ducto

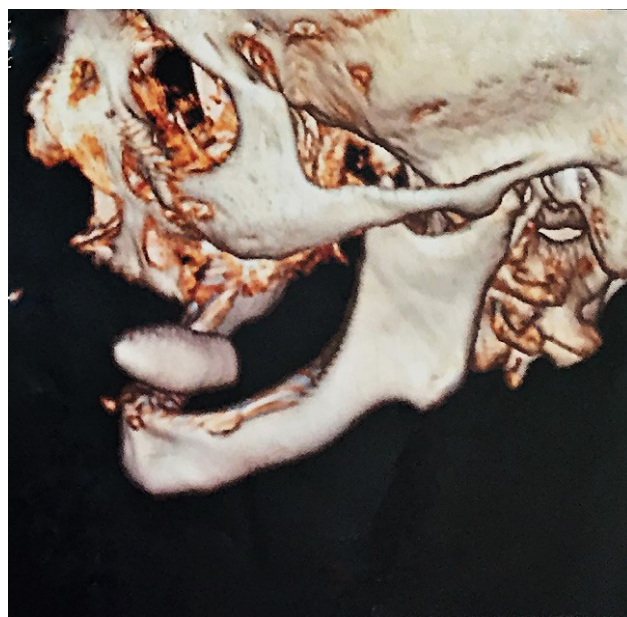
da glândula afetada através da ingestão de líquidos, da aplicação local de calor ou sialogogos para estimular expelir o sialólito. Quando os sialólitos apresentam dimensões que inviabilizam a saída pelo ducto da glândula acometida, estes são normalmente removidos através de procedimento cirúrgico.

O presente artigo tem como objetivo relatar o caso clínico de um raro sialólito de grandes dimensões em glândula submandibular, com crescimento de aproximadamente 5 anos, em paciente geriátrico.

## RELATO DO CASO

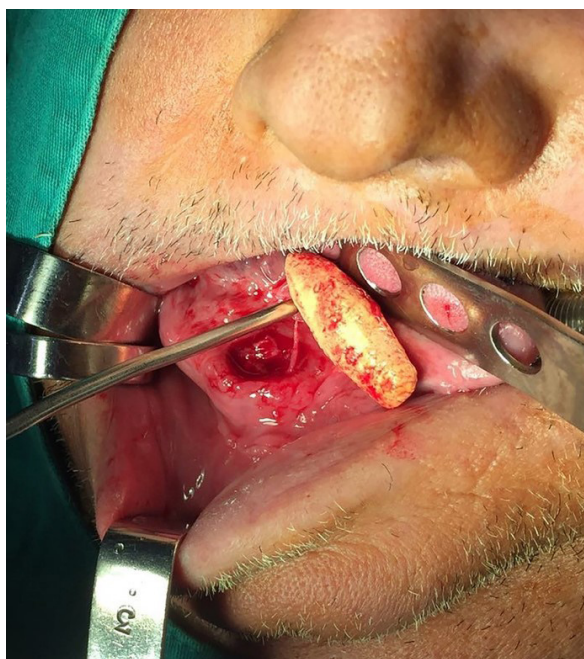
Paciente do sexo masculino, 63 anos, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Centro de Especialidades Odontológicas de Roraima com queixa principal de “aumento de volume no soalho de boca durante refeições” SIC.

Durante a anamnese, negou histórico de febre, infecção ou secreção purulenta e sintomatologia dolorosa. Quanto à história médica, o paciente negou doenças de base e, ainda, declarou não ser fumante. Ao exame clínico intraoral, observou-se a presença de aumento volumétrico do soalho da boca direito, de consistência endurecida, bem delimitada, associado à de ducto de Wharton, com diminuição de secreção salivar durante manobra de ordenha, mas sem secreção purulenta. Ao exame tomográfico, foi confirmada a hipótese de diagnóstica de sialolitíase associada à glândula submandibular (Figuras 1 e 2).

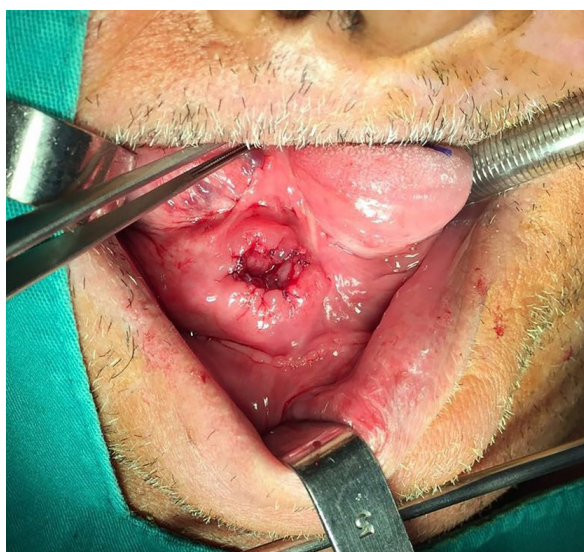


**Figura 1** - Tomografia computadorizada de face reconstrução 3D

Como opção de tratamento, optou-se pela remoção cirúrgica do sialólito, sob anestesia geral, por acesso intraoral. A remoção cirúrgica foi realizada por acesso intraoral, associado à anestesia local, utilizando cloridrato de bupivacaína 0,5% com adrenalina 1:200.00 e procedeu-se com incisão em região de soalho bucal seguida de divulsão. O sialólito removido possuía aproximadamente 37 mm, e, durante o procedimento, foi preservada a glândula acometida, apresentando prognóstico favorável. O ducto foi, então, suturado junto à mucosa bucal para confecção de uma nova desembocadura para o ducto de Wharton, atuando concomitantemente na drenagem e descongestionamento de qualquer secreção infecciosa ou não desenvolvida pela lesão (Figuras 2 e 3).



**Figura 2** - Sialólito gigante após remoção



**Figura 3** - Sutura de mucosa e confecção de nova desembocadura do ducto de Wharton

Após 2 anos de preservação, a região de assoalho bucal apresenta sinais de normalidade com relação a fluxo salivar e estruturas anatômicas adjacentes, sem recidiva da lesão.

## DISCUSSÃO

A sialolitíase representa uma das afecções mais comuns, que acometem as glândulas salivares. Os sialólitos são calcificações, que ocorrem no interior das glândulas salivares maiores ou em seus ductos. Quando há uma obstrução causada pelo sialólito, pode-se desencadear a sialolitíase, a qual pode ser associada à dor, edema e, em alguns casos, à infecção da glândula salivar. Radiograficamente, os sialólitos se apresentam como placas radiopacas redondas ou ovais e podem ser lisos ou ásperos, apresentando após a remoção, normalmente, coloração amarelada.<sup>9</sup>

A etiopatogênese dos sialólitos permanece incerta, entretanto se acredita que pode estar relacionada à deposição de sais minerais em torno de um nicho de bactérias, muco e células descamadas.<sup>2</sup> Há ainda fatores que podem predispor ao aparecimento de cálculos salivares, que incluem aumento da alcalinidade da saliva, estagnação salivar, aumento do teor de cálcio na saliva, inflamação ou infecção do ducto da glândula salivar e trauma.<sup>10</sup>

Atualmente, as opções para o diagnóstico e tratamento de sialólitos são diversificadas, estando em ascensão a sialoendoscopia, modalidade de tratamento recentemente desenvolvida, que utiliza endoscópios em miniatura semirrígidos e rígidos, com fibras óticas, que proporcionam as imagens de alta qualidade do ducto de Stenson, da glândula parótida e do ducto de Wharton, da glândula submandibular, desenvolvendo uma atuação minimamente invasiva e não traumática.<sup>7</sup> Entretanto, existem diversas outras formas de tratamento que incluem a utilização de sialogogo, remoção cirúrgica, hidratação do paciente e massagem na região, e isso irá depender, em especial, das dimensões do sialólito.<sup>6</sup>

Os sialólitos raros, ou também denominados sialólitos gigantes, são considerados quando apresentam mais que 15 mm de extensão, e, no caso em questão, são ainda mais raros, pois, mesmo em virtude das grandes dimensões, o paciente não relatava sintomatologia dolorosa, tendo apenas relatado aumento de volume durante refeições.<sup>5</sup> Na literatura, há casos de sialólito gigante em que o paciente não apresentava queixas algícas, podendo ser justificado que, apesar das grandes dimensões do sialólito, o ducto nunca havia sido

completamente obstruído, conseguindo, assim, a saliva realizar a passagem através de ranhuras ou fissuras nas paredes dos ductos.<sup>1,10</sup>

A glândula submandibular mostra-se mais susceptível ao aparecimento de sialólitos em virtude da anatomia tortuosa do ducto de Wharton e fatores predisponentes como uma saliva mais alcalina, trauma no ducto, infecção ou inflamação.<sup>9</sup>

O principal objetivo no tratamento em casos de sialólitos gigantes é a restauração normal da secreção salivar. Assim, diferentes formas de tratamento podem ser selecionadas de acordo com a localização e as dimensões do sialólito.<sup>10</sup> Em casos de sialólitos de grandes dimensões, o tratamento de escolha será, na maioria dos casos, a remoção cirúrgica, muitas vezes associada à exérese da glândula salivar acometida.<sup>2</sup>

A remoção da glândula salivar associada é indicada em casos de sintomas ou recorrência de sialodenite causada por sialólitos intraparenquimatosos ou sialólito de grandes dimensões, complicações intraoperatórias com sialoendoscopia, em que se requer a remoção da glândula e sintomas residuais, apesar da remoção do sialólito. A glândula submandibular é a mais frequente excisada, e o risco durante o procedimento se refere ao dano em relação ao nervo mandibular marginal.<sup>6</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude da grande variabilidade de lesões bucais e da importância do diagnóstico precoce de patologias relativamente comuns, faz-se necessário o conhecimento e a atualização de formas de diagnóstico e tratamento de sialólito para a promoção de um tratamento adequado que devolva a qualidade de vida ao paciente.

Os sialólitos gigantes devem ser diagnosticados de forma precisa, e o planejamento terapêutico deve ser individualizado, priorizando-se o tratamento conservador, baseando-se em características de dimensões e localização do sialólito.

## REFERÊNCIAS

1. Goes PEM, Lima VN, Carvalho FSR, Queiroz SBF, Camargo IB. Sialólito gigante em ducto de Wharton. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial*. 2013;13(4):71-75.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2009.

3. Augusto G, Pontes MA, Coletti JM, Ribeiro AO, Souza LMA. Contribuição ao estudo dos sialólitos – Relato de caso. *Rev Port Estomatol Med Dental Cir Maxilofac*. 2011;52(3):161-164.

4. Chandra SJ. Submandibular sialolithiasis analysis of 4 case reports. *Journal International Medical Sciences Academy*. 2010;23(2):97-98.

5. Landgraf H, Assis AF, Kluppel LE, Oliveira FV, Gabrielli MAC. Extenso sialólito em ducto de glândula submandibular: Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2006;6(2):29-34.

6. Daniel SJ, Kanaan A. Open surgical management of sialolithiasis. *Operative Techniques in Otolaryngology*. 2015;26(3):143-149.

7. Bharathi MB, Indira AP, David MP. Sialoendoscopy- An investigative and Therapeutic approach to obstructive salivary gland pathology. *International Journal of Contemporary Medical Research*. 2016;3(4):1107-1109.

8. Jardim ECG, Ponzoni D, Carvalho PSP, Demetrio MR, Aranega AM. Sialolithiasis of the submandibular gland. *The journal of Craniofacial Surgery*. 2011;22(3):1129-1131.

9. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. *British Dental Journal*. 2002;193(2):89-91.

10. Gupta A, Rattan D, Gupta R. Giant sialoliths of submandibular gland duct: Report of two cases with unusual shape. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2013;4(1):78-80.