

Sialolito gigante do ducto da glândula submandibular: relato de caso

Giant sialolith of submandibular gland duct: case report

RESUMO

Introdução: A sialolitíase é um distúrbio da glândula salivar que afeta 12 em cada 1.000 indivíduos adultos. É caracterizada pela deposição de minerais dentro de seu ducto ou parênquima, sendo a glândula submandibular a mais afetada. Os sialolitos têm tamanhos variados, quando maiores que 15 mm são raros e relatados como sialolitos gigantes. Sialolitos gigantes dentro do parênquima glandular ou porção proximal do ducto são geralmente tratados de forma invasiva por via extraoral com excisão da glândula associada. **Relato de caso:** Este estudo relata um caso incomum de um paciente diagnosticado com sialolito salivar gigante localizado na porção proximal de um ducto da glândula submandibular, assintomática, tratado por remoção cirúrgica por via intraoral, minimizando riscos potenciais e obtendo sucesso no tratamento. **Considerações finais:** Mesmo sialolitos localizados em regiões mais profundas do ducto submandibular, o acesso intraoral pode ser uma alternativa viável e de menor risco.

Palavras-chaves: Cálculos das glândulas salivares; glândula submandibular; cirurgia bucal.

ABSTRACT

Introduction: Sialolithiasis is a disorder of the salivary gland that affects 12 out of 1,000 adult individuals. It is characterized by the deposition of minerals within its duct or parenchyma, with the submandibular gland being the most affected. Sialolites have varying sizes, when larger than 15 mm they are rare and reported as giant sialolites. Giant sialoliths within the glandular parenchyma or proximal portion of the duct are usually treated invasively by the extraoral route with excision of the associated gland. **Case report:** This study reports an unusual case of a patient diagnosed with giant salivary sialolith located in the proximal portion of a submandibular gland duct, asymptomatic, treated by intraoral surgical removal, minimizing potential risks and achieving treatment success. **Final considerations:** Even sialoliths located in deeper regions of the submandibular duct, intraoral access can be a viable and less risky alternative. **Key-words:** Salivary gland calculations; submandibular gland; oral surgery.

Juliana Reuter Pereira

Residente em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, departamento de odontologia, Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá – Brasil

Andressa Bolognesi Bachesk

Residente em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, departamento de odontologia, Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá – Brasil

Ricardo Augusto Gonçalves Pierri

Residente em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, departamento de odontologia, Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá – Brasil

Lilian Cristina Vessoni Iwaki

Professor Associado de Radiologia Dentária e Estomatologia, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá – Brasil

Liogi Iwaki Filho

Professor associado e coordenador do programa de residência em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá – Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Juliana Reuter Pereira
Endereço: Avenida Mandacaru, 1550 – Centro, Maringá – PR, CEP: 87080-000.
E-mail: julianareuterpp@gmail.com.
Telefone: (46) 99900-1794.

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é a patologia mais comum associada às glândulas salivares em adultos¹⁻⁸, afetando 12 em cada 1.000 indivíduos²⁻⁶. Os sialólitos podem ocorrer em diferentes glândulas salivares, sendo observada uma predileção pela glândula submandibular¹⁻⁸; condições físico-químicas e anatômicas favorecem a ocorrência de sialólito no sistema ductal dessa glândula. Seu tamanho é variável, desde sialólitos com diâmetro inferior a 1 mm de diâmetro até 72 mm de comprimento⁸. Ao atingirem mais de 15 mm, são classificados como sialólitos gigantes^{1-4,8}.

O diagnóstico e tratamento estão diretamente relacionados ao tamanho, localização e formato dos cálculos salivares, associando-se o exame clínico (ex.: queixas álgicas, tumefação e drenagem purulenta) e de imagem (ex: radiografias panorâmicas e oclusais, tomografias computadorizadas, sialografias, ultrassonografias, cintilografias e sialoendoscopias)¹⁻⁸. Quando localizados no interior do ducto salivar em sua porção distal, pequenos cálculos frequentemente são removidos por manobra de ordenha e utilização de sialogogos, diferente dos sialólitos maiores que devem ser removidos cirurgicamente através de acesso intraoral. Porém, quando localizados na porção proximal do ducto salivar ou no interior do parênquima glandular, o acesso cirúrgico extraoral é preferido, apresentando riscos de complicações como cicatriz e paralisia facial^{1,4-7}. Este estudo objetiva relatar um caso de sucesso no diagnóstico e tratamento de sialólito gigante por meio da exérese de cálculo salivar na porção proximal do ducto da glândula submandibular, por acesso cirúrgico intraoral.

RELATODECASO

Paciente do sexo feminino, 51 anos, melanoderma, apresentou-se ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Estadual de Maringá com queixa de incomodo em região submandibular à direita, sem sintomatologia dolorosa ou diminuição do fluxo salivar, sem aumento de volume nessa região ou elevação do assoalho bucal. O exame clínico revelou um nódulo endurecido e palpável na região submandibular direita.

A paciente foi submetida à radiografia panorâmica dos maxilares, onde foi observada uma imagem radiopaca com formato arredondado em região de ângulo mandibular direito, sugerindo a formação de um sialólito; não foi possível identificar essa calcificação na radiografia oclusal.

Devido à grande extensão da massa, foi realizada tomografia computadorizada para determinar sua localização e dimensão com maior precisão. Após obtenção das reconstruções multiplanares (MPR), ficou evidenciada imagem hiperdensa localizada medialmente à fóvea submandibular direita, medindo 17,1 mm em sua maior extensão (Figura 1) com hipótese de diagnóstico de cálculo salivar (sialólito).



Figura 1 - Corte sagital mostrando a maior extensão dos sialólitos de 17,1mm.

Devido ao tamanho e localização do cálculo, optou-se por realizar sua excisão cirúrgica em ambiente hospitalar. A paciente foi submetida à anestesia geral com intubação nasotraqueal, e após a localização das referências anatômicas, uma infiltração de lidocaína 2% com adrenalina 1:200.000 foi realizada intraoralmente na região da glândula submandibular direita. Foi então realizada a incisão com lâmina 15 no assoalho bucal mais próximo ao cálculo, que foi palpado constantemente para manter a referência de sua localização. Em seguida, foi realizada a divulsão por planos a fim de evitar danos a estruturas nobres como o ducto da glândula submandibular e o nervo lingual. Uma pressão digital era realizada constantemente na região submandibular a fim de expor o cálculo para a região da incisão (Figura 2) Em seguida, o mesmo foi apresentado e removido (Figura 3). Após a remoção do cálculo, foi realizada sutura com vicryl 4-0 de maneira cuidadosa evitando suturar estruturas que porventura obstruíssem o ducto da glândula.

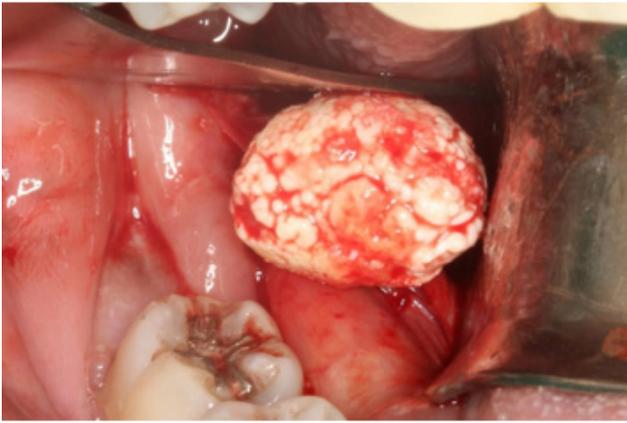


Figura 2 - Exposição completa do sialolito à área da incisão.



Figura 3 - Sialolito gigante.

O material coletado foi colocado em frasco contendo solução de formalina 10% e encaminhado para exame anatomopatológico. Os cortes histológicos evidenciaram estruturas calcificadas dispostas em anéis concêntricos e formações amorfas basofílicas. O diagnóstico definitivo de sialolito foi obtido. Após 30 dias do procedimento, a paciente apresentou função normal da glândula submandibular, ausência de parestesia do nervo lingual, ausência de sintomatologia dolorosa e completa cicatrização da mucosa do assoalho bucal.

DISCUSSÃO

Cerca de 90% dos cálculos salivares tem origem na glândula submandibular^{1-4,6-8}. Especula-se que essa predileção aconteça devido às características anatômicas singulares do ducto que Wharton, que possui trajeto sinuoso, longo e com desembocadura estreita, favorecendo a precipitação de sais presentes na saliva¹⁻⁹. A saliva produzida pela glândula submandibular é rica em cálcio, fosfato e materiais orgânicos^{1,3-10} que aliados a alta viscosidade e alcalinidade também contribui para a alta prevalência da formação de cálculos nessa estrutura¹⁻¹⁰. A paciente em questão

apresentava quadro de doença periodontal. Segundo Schützemberger et al. (2007), esses pacientes possuem uma saliva com pH mais alto, mais rica em ureia e cálcio do que pacientes saudáveis, o que poderia contribuir para o aparecimento de sialolitos nesses indivíduos, uma vez que estes se desenvolvem a partir da deposição de cristais minerais em torno de nichos bacterianos, muco ou de células descamadas⁸.

Os sialolitos são em sua maioria unilaterais, mas podem ser múltiplos^{4,6,8}. O presente caso apresenta sialolito apenas do lado direito. Seu formato pode depender de sua localização: quando se encontra no ducto, ele possui geralmente forma cilíndrica, e, quando se encontra no interior da glândula ou em seu hilo é arredondado^{4,7-8}. Neste relato de caso, o cálculo apresentava-se de forma mais arredondada, sugerindo estar localizado na porção mais proximal do ducto glandular, o que foi confirmado durante o procedimento cirúrgico. Observar o formato do sialolito nos exames de imagem pode auxiliar no diagnóstico e, portanto, no planejamento cirúrgico.

O tamanho dos cálculos salivares varia consideravelmente, mas sialolitos maiores que 10 mm são raros e quando são maiores que 15 mm, são chamados de sialolitos gigantes^{1,4-8}. O cálculo salivar do caso em questão pode então ser considerado gigante, uma vez que em sua maior extensão mede 17,1mm. Quanto ao sexo e idade, alguns autores relatam discreta predileção pelo gênero masculino de meia idade, embora possa atingir jovens, idosos e crianças em menor escala, sem predileção por raça^{1-5,7-8}. Porém no presente estudo, a paciente afetada foi uma mulher melanoderma o que discorda com os estudos anteriores, mas corrobora com outros, que relataram sialolitíase em pacientes do sexo feminino^{1,6-8}.

A sintomatologia dolorosa, quando presente, é associada a momentos em que a produção de saliva é estimulada, principalmente durante as refeições. A intensidade dos sintomas, por sua vez, aumenta com o tamanho do cálculo, posição e grau de obstrução salivar^{1-2,5-7}. Se o ducto não foi obstruído totalmente a ponto de causar uma sialodente, provavelmente haverá ausência de sintomas⁶⁻⁷ ou o sialolito não produz pressão suficiente dentro da glândula para se tornar sintomático⁶. Neste relato de caso, a ausência de sintomas pode ser explicada pela sua localização, que não obstruía completamente a glândula, o que foi relatado por outros estudos, cujos pacientes eram assintomáticos^{3,4}.

O diagnóstico pode ser feito por exames imagiológicos como radiografias panorâmicas, oclusais e tomografia computadorizada¹⁻⁸, além

de exames de sialografia^{4,6-8} que pode auxiliar no diagnóstico diferencial, uma vez que se pode observar todo o trajeto do ducto; sendo contraindicada apenas em casos de sialodente concomitante, pois pode propagar a infecção. Neste relato de caso, a radiografia panorâmica e a tomografia foram suficientes para realizar o diagnóstico e para planejar o tratamento cirúrgico. A radiografia oclusal não foi efetiva, pois o cálculo estava localizado posteriormente à imagem obtida por este exame.

O tratamento instituído pode ser conservador ou mais invasivo, dependendo do posicionamento do sialólito. Se localizado próximo ao ostio do ducto e de tamanho diminuto, pode-se indicar fisioterapia, ordenha da saliva e utilização de alimentos ácidos que estimulem a saída do cálculo sem intervenção cirúrgica⁵⁻⁷. Para os sialólitos localizados na metade anterior do ducto, geralmente existe necessidade de intervenção cirúrgica, frequentemente realizada por acesso intraoral. E os localizados na porção posterior do ducto ou intraglandulares, por vezes, necessitam de acesso extraoral com remoção total da glândula afetada^{1,4,7}. Devido à paciente não apresentar quadro clínico significativamente comprometido, ter patência ductal, e pela morbidade e riscos inerentes deste procedimento por acesso extraoral, como paralisia facial e cicatriz cutânea, no caso em questão, optou-se pelo tratamento cirúrgico por meio de acesso intraoral, mesmo o sialólito estando em posição mais profunda. Porém, o tratamento cirúrgico ser realizado sob anestesia geral, foi imprescindível para promover segurança no procedimento e estabilidade das condições de saúde, melhorando a visualização do campo operatório, e desse modo, aumentando a previsibilidade do tratamento².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico da sialolitíase deve ser feito através do exame clínico associado a exames complementares de imagem, como a radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada; estando a radiografia oclusal limitada para casos de sialólitos localizados na porção distal do ducto. O seu tratamento pode ser complexo, dependendo de sua localização, tamanho e estruturas anexas, devendo-se sempre optar pelo tratamento mais conservador, para evitar desconfortos e morbidades desnecessárias para o paciente. Sendo assim, mesmo sialólitos localizados em regiões mais profundas do ducto submandibular, o acesso intraoral pode ser uma alternativa viável e mais simples, sendo a experiência do cirurgião outro fator importante a ser considerado.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro J. Tratamento cirúrgicos dos sialólitos gigantes das glândulas submandibulares: relato de dois casos. *Int J Dent Sc* 2017;2:46.
2. de Lima Neto TJ, de Melo Silva EMV, de Souza NL, da Costa DFN & Inaoka SD. Tratamento cirúrgico de sialólito gigante: relato de caso. *Rev Faculdade Odontol Lins* 2018;28:81-85.
3. de Paula Oliveira T, Nilton Fernandes Oliveira I, Carvalho Paes Pinheiro E, Ferreira Gomes RC & Mainenti P. Sialólito gigante de ducto da glândula submandibular tratado por excisão e reparo ductal: relato de caso. *Braz. J. Otorhinolaryngol* 2016;82:112-115.
4. de Almeida Guimarães MA, Pinto LAPP, de Carvalho SB, Soares HA & Costa C. Sialólito gigante de glândula submandibular: achados na tomografia computadorizada. *J. Health Sci. Inst* 2010;28.
5. Folchini S & Botezeli Stolz A. Sialólitos the submandibular gland: A case report. *Odontol. Clin.-Cient* 2016;15:1-5.
6. Farenzena KP, da Rocha Vieira R, Mallmann CT, De Carli JP & da Silva SO. Sialolitíase: revisão de literatura e levantamento de casos. *Odonto* 2012;20:31-39.
7. Lima AND, Milani BDA, Massaine LF, Souza AMMD & Jorge WA. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. *Ver. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac* 2013;13:23-28.
8. Jaeger F, Andrade R, Alvarenga RL, Galizes BF & Amaral MBF. Sialólito gigante no ducto da glândula submandibular. *Rev. port. Estomatol. Cir. Maxilo-fac* 2013;54:33-36.
9. Carvalho ASD, Dedivitis RA, Castro MAFD & Nardi CEM. Submandibular gland excision. *Ver. Col. Bras. Cir* 2015;42:14-17.
10. Schützensberger ME, Souza RT, Petruccix RE, Machado MN, Papalexioiu V & Brancher JA. Análise bioquímica do fluido salivar de indivíduos portadores de doença periodontal. *Rev. Sul-Bras. Odontol* 2007;4:46-52.