

# SIALOLITÍASE: RELATO DE UM CASO

## SIALOLITHIASIS: A CASE REPORT

*Bruno de Lira Castelo BRANCO\**  
*Álvaro Bezerra CARDOSO\**  
*Antônio Figueiredo CAUBI\*\**  
*Glauce Nascimento PENA\*\*\**

---

### RESUMO

É relatado um caso clínico de sialolitíase do conduto de Wharton em uma paciente melanoderma, 23 anos de idade que relatava dor e aumento de volume na região de assoalho bucal, principalmente, durante as refeições. Através da revisão de literatura, são discutidos os aspectos clínicos e radiográficos desta alteração glandular, concluindo-se que o tratamento é variável de acordo com a dimensão e a localização do cálculo. Neste caso, optou-se por sua remoção cirúrgica.

**Descritores:** glândulas salivares, sialolitos, sialolitíase.

---

### ABSTRACT

A clinical case of Wharton's duct salivary calculi is reported in a 23-year-old female patient who reported pain and swelling in the floor of the mouth, especially during meals. By means of a review of the literature the clinical and radiological aspects of this glandular condition are discussed. It is concluded that treatment varies according to the size and location of the calculi. In the present case the procedure chosen was removal by surgery.

**Descriptors:** salivary glands, sialoliths, sialolithiasis.

---

### INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A sialolitíase caracteriza-se pela formação de cálculo nos ductos das glândulas salivares maiores e, menos frequentemente, nas menores (MAGNABOSCO NETO, 2002). Existem várias hipóteses para a formação do cálculo, sendo todas relacionadas às irregularidades anatômicas do conduto, ao processo infeccioso e ao desequilíbrio eletrocoital e iônico (FREITAS, ROSA e SOUZA; 1998).

Os cálculos são massas duras, podendo ser redondos, ovais ou cilíndricos, predominantemente de coloração amarela e geralmente solitários (NEVILLE, 1998). São originados a partir da deposição

de substâncias calcificadas ao redor de um núcleo central que pode ser composto de células descamadas, bactérias, corpos estranhos ou produtos da decomposição bacteriana (ALVARES e TAVANO, 2002).

Os sialolitos acometem, com mais frequência as glândulas submandibulares devido as suas características anatômicas e por sua saliva ser mais alcalina e apresentar maior concentração de cálcio. Segundo Freitas (1998), a glândula submandibular está localizada numa posição topográfica inferior ao seu canal excretor e apresenta maior viscosidade salivar, quando comparada às outras glândulas.

---

\* Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

\*\* Professor Adjunto e mestrando em Odontologia (área de concentração - Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial) da FOP/UPE.

\*\*\* Cirurgiã-Dentista formada pela Faculdade de Odontologia de Caruaru - PE - FOC/PE.

Embora possam ocorrer em qualquer idade, são mais comuns em jovens e adultos de meia idade (NEVILLE, 1998) e do sexo masculino (FREITAS, ROSA e SOUZA 1998, JAITT *et al.*, 2000 e BODNER e SHEVA, 2002).

A sintomatologia da sialolitíase é variada, dependendo do tamanho do cálculo. Quando estes são pequenos, o fluxo salivar é normal, não causando sinais e sintomas; se maiores, pode se observar aumento repentino das glândulas, principalmente durante as refeições, acompanhada de tensão e dor que diminui progressivamente com o escoamento salivar. Quadro mais grave é a tumefação aguda - que persiste por maior período em decorrência de infecção - com cólicas salivares e secreção purulenta, os tecidos que recobrem a glândula aparecem edemaciados, sensíveis à palpação, principalmente no local onde está localizado o cálculo, a carúncula lingual fica aumentada de volume, hiperemiada e dolorida.

Os pacientes podem apresentar febre e linfadenopatia (TOMMASI, 1997), otodinia e trismo (FREITAS, 1998). Ferreira et al. (2001) afirmaram que na maioria das vezes, a sialolitíase é assintomática, embora possa causar xerostomia e dor em alguns casos. O diagnóstico, é clínico e por imagens (FERREIRA et al., 2001 e ALVARES e TAVANO, 2002), podendo-se utilizar radiografias panorâmicas e oclusais, sialografia, cintilografia e ultrassonografia para também detectar a localização de sialólitos e grau de funcionamento das glândulas (HASSON e NAHLIELI, 1998).

Em geral, Radiograficamente, apresentam-se como massas radiopacas ao exame radiográfico. As radiografias oclusais são mais bem indicadas para cálculos na porção terminal do ducto submandibular; nas radiografias panorâmicas ou periapical as calcificações podem aparecer superpostas, sendo confundidas com lesão intra-óssea (NEVILLE, 1998) ou com outras calcificações, como linfonodos calcificados e angeólitos (RAMIREZ, 1998).

Nem sempre é possível a visualização do cálculo através de radiografia convencional, o que está relacionado ao seu grau de mineralização, nestes casos, preconiza-se o uso da ultrassonografia devido à sua sensibilidade e precisão na identificação do sialólito e diagnóstico da condição mórbida que compromete a glândula envolvida (ALVES, 2000) ou a sialografia que é de grande utilidade em sua localização (TOMMASI, 1997), não sendo indicada em casos de infecção ou quando o sialólito é muito pequeno devido ao risco de deslocá-lo no interior do ducto (RAMIREZ, 1998).

O diagnóstico bem como o tratamento da sialolitíase relacionaram-se com sua localização (GIL, MANFRO e RAU, 2002), sendo indicada, na maioria das vezes, a sua remoção cirúrgica (LIMA, COSTA e GIRO, 1995).

Para sialólitos menores localizados no ducto da glândula pode-se tentar um tratamento mais conservador, através de estímulo salivar, manipulação e cateterismo do ducto. Quando não se obtém sucesso com os tratamentos conservadores, recorre-se à cirurgia, chegando-se, até, à exereses da glândula (KAWAKAMI et al., 1997).

Endoscopia da submandibular é útil não só para detectar as causas da obstrução como também para acurar o diagnóstico de sialoadenite; possui algumas restrições, podendo, apenas, ser utilizada até a curvatura do ducto de Wharton (YUASA et al. 1997). Nahlieli e Baruchin (1997) afirmaram que a endoscopia é a técnica menos invasiva para remoção de cálculos salivares, sendo indicada quando há resíduo de sialólito no sistema ductal, após remoção do cálculo e análise do ducto.

A sialoendoscopia é utilizada para a remoção de cálculos em locais de difícil acesso, como a região de hilus, próximo ao nervo lingual e a região intraglandular, contribuindo significativamente no tratamento das obstruções glandulares, e seu desenvolvimento contínuo proporcionará a diminuição do número de sialoadenectomia e as complicações de

tais cirurgias (HASSON e NAHLIELI, 1998), já que várias tentativas intra-orais de remover o cálculo cirurgicamente causam fibrose na área do ducto (HASSON e NAHLIELI, 1998), como também, a formação de rânula (KOGO, 2001).

Para Ferreira (2001), a terapêutica utilizada, cirúrgica ou fisioterápica, será escolhida, levando-se em consideração, tamanho do sialolito e comprometimento funcional. No caso do trabalho proposto, apresenta-se o procedimento cirúrgico, devido à extensão da lesão.

### CASOCLÍNICO

Paciente E.C.S., 34 anos, gênero feminino, melanoderma, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital da Face, queixando-se de sintomatologia dolorosa na região de assoalho bucal e inchaço, principalmente durante as refeições.

Ao exame clínico intrabucal, confirmou-se o aumento de volume na região sublingual esquerda, apresentando consistência firme à palpação. Foi realizada manipulação da glândula submandibular, observando-se diminuição considerável do fluxo salivar (FIG. 1).



Figura 1 – Aspecto clínico intrabucal. Observa-se aumento de volume em região de glândula submandibular esquerda.

Na avaliação radiográfica panorâmica e oclusal de mandíbula, observou-se imagem radiopaca de grande extensão compatível com sialolito (FIGS. 2 e 3).

Diante do resultado dos exames clínicos e radiológicos, confirmou-se o diagnóstico de cálculo salivar, sendo o tratamento de escolha remoção cirúrgica do sialolito com preservação da glândula submandibular, assim como de seu conduto.

Os exames laboratoriais e a avaliação clínica pré-operatória não contra-indicaram a cirurgia que foi realizada sob anestesia local.

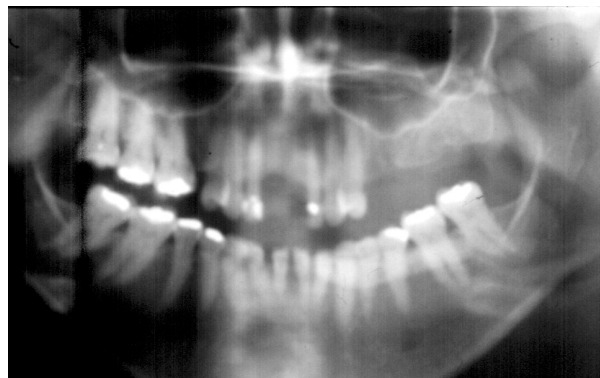


Figura 2 – Radiografia panorâmica, mostrando imagem radiopaca superposta que se estende do incisivo central inferior esquerdo ao segundo molar inferior ipsilateral.

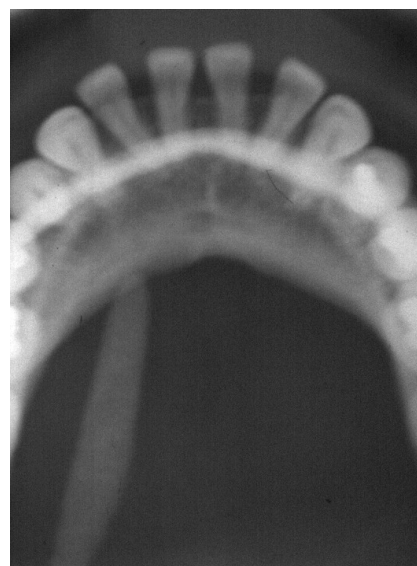


Figura 3 – Radiografia oclusal, exibindo a grande extensão da imagem radiopaca compatível com sialolito da glândula submandibular.

Após anestesia, procedeu-se à estabilização do cálculo, incisão no assoalho da boca sobre o sialolito que foi removido e a incisão suturada. No controle pós-operatório comprovou-se a normalidade

do fluxo salivar, como também, a dos aspectos anatômicos do assoalho bucal (FIGS. 4, 5, 6 e 7).



Figura 4 – Estabilização do sialolito através de ponto simples com fio de seda 4-0 e incisão sobre o sialolito.



Figura 5 – Remoção do sialolito do conduto de Wharton da glândula submandibular.



Figura 6 – Sutura interrompida simples da mucosa do assoalho bucal.



Figura 7 – Sialolito removido.

## DISCUSSÃO

Sialolitíase é a segunda alteração mais comum das glândulas salivares só perdendo para as parotidites epidêmicas da infância (JAITT *et al*, 2000). Tommasi (1997) denomina de sialolitíase processos obstrutivos das glândulas salivares maiores e mucocele quando afetam as glândulas menores; para Neville (1998) sialolito são estruturas calcificadas que se desenvolvem no sistema ductal salivar, e de origem desconhecida, não estando relacionado a qualquer desordem sistêmica no metabolismo de cálcio e fósforo, Ferreira *et al* (2001), entretanto, afirmaram que a etiologia dos cálculos consiste num distúrbio eletrolítico da secreção salivar.

Tommasi (1997), Neville (1998) e Alves *et al* (2000), concordam que geralmente os casos de sialolitos são acompanhados de dor e tumefação das glândulas afetadas durante as refeições, enquanto para Ferreira *et al*.(2001), esta alteração glandular é assintomática na maioria dos casos.

Tommasi (1997) utiliza radiografias periapicais, oclusais e laterais de mandíbula no diagnóstico. Neville (1998) afirmou que, nas periapicais e nas panorâmicas, pode haver superposição óssea com falso diagnóstico de lesão intra-óssea. Hasson e Nahlieli (1998) citam o emprego do endoscópio semi-rígido para detectar o sialolito.

Tommasi (1997) recomenda a sialografia para identificação do cálculo, quando este não for visível radiograficamente. Alves *et al* (2000) consideram a ultra-sonografia o exame de escolha, quando os sialolitos não podem ser vistos radiograficamente, devido ao seu aspecto não invasivo e não ionizante.

Segundo Tommasi (1997), geralmente o tratamento é cirúrgico e somente em alguns casos, quando o cálculo é pequeno e localizado próximo à abertura do ducto excretor, o cateterismo e a dilatação do canal apresentam êxito. KAWAKAMI *et al* (1997) afirmaram que o cálculo só deve ser removido cirurgicamente quando não se obtém êxito com o

tratamento conservador, não se esquecendo das seqüelas causadas por uma cirurgia glandular.

Pode-se tentar o tratamento conservador para cálculos pequenos das glândulas salivares maiores, com massagens leves das glândulas, uso de sialogogos, calor úmido e aumento da ingestão de líquido. No entanto, os cálculos maiores são tratados, na maioria dos casos, através de cirurgia, e os sialólitos das glândulas salivares menores são tratados pela excisão cirúrgica do cálculo, juntamente com a glândula afetada. NEVILLE (1998).

## CONCLUSÃO

Com base na revista da literatura, podemos concluir que os cálculos são encontrados mais freqüentemente na região de glândula submandibular, sendo as características clínicas e por imagens suficientes para elucidação diagnóstica. O tratamento varia desde o uso de sialogogos até a ressecção total da glândula, de acordo com o tamanho e a localização do sialólito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - ALVARES, L. C.; TAVANO O. **Curso de radiologia em Odontologia**. São Paulo. Livraria e Editora Santos, 4ª edição, 2002.

2 - ALVES, C. A. sialolítase: relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade de Santo Amaro**, v.5, n.2, p.62-64, 2000.

3 - BODNER L. e SHEVA, B.. gigante slivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. **Oral surgery oral medicine oral pathology**, v.94, n.3, 2002.

4 - FERREIRA, E.T.T. et al. Sialolítase da glândula submandibular - relato de um caso. **Rev.inst. Ciênc. Saúde**, v.19, n.2, p.141-143, 2001.

6 - FREITAS, A.; ROSA, J. E.; SOUZA, I. F. **Radiologia Odontológica**. São Paulo: Artes médicas - 4ª edição, 1998.

7 - GIL, J. N.; MANFRO, R. e RAU, L. H. sialolítase: diagnóstico e técnica para remoção dos cálculos superficiais. Descrição de dois casos clínicos. **BCI**; 7 (27); 57-60, jul./ agosto, 2000.

8 - HASSON, O.; NAHLIELI O. Endoscopia das glândulas salivares (sialoendoscopia): nova técnica para remoção da sialolítase, **revista da APCD**, v.52,n.4, jul/agosto, 1998.

9 - JAITT, J.C. et al. Litiasis de glândulas salivares: diagnóstico y tratamiento, **Rev. Assoc. Odontol. Argentina**; 88(6): 537-7, 2000.

10 - KAWAKAMI, R. Y. Sialolítase recorrente: relato de caso clínico, **FOL**, v.10, n.1, 1997.

11 - LIMA, E. B.; COSTA, J. H.; GIRO, E. M. A. Cálculo salivar, **RGO**, 43(2): 87MAR./ ABR.,1995.

12 - LIDA, S. *et al.* Plunging ranula as a complication of introral removal of a submandibular sialolith. **Journal of Oral and maxillofacial surgery**, v. 39, n.3, 2001.

13 - MAGNABOSCO NETO, A.E. Sialólito na região de glândula parótida- relato de caso clínico. **BCI**, Curitiba, v.9, n.35, p.210-214, 2002.

14 - NEVILLE, B. W. **Patologia Oral & Maxilofacial**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

15 - RAMIREZ, J. et al. Interpretação radiográfica dos processos obstrutivos das glândulas salivares maiores. **Revista Paulista de Odontologia**, ano XX, n. 6, 1998.

16 - TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal**, São Paulo: Pancast, 2ª edição, 1997.

17 - YUASA, K. Et al. Submandibular gland duct endoscopy- diagnostic value for salivary duct disorders in comparison to conventional radiography, sialography, and ultrasonography, **Oral surgery oral medicine oral pathology**, v. 84, n. 5, 1997.