

# Sialolito Gigante Associado à Fístula Cutânea

## *Giant Sialolith Associated with Cutaneous Fistula*

Recebido em 17/10/2007  
Aprovado em 05/12/2007

Marco Antônio de Oliveira Filho <sup>I</sup>  
Luís Eduardo Almeida <sup>II</sup>  
Joacir Antônio Pereira <sup>III</sup>

---

### RESUMO

A sialolitíase é uma doença das glândulas salivares, caracterizada pela formação de cálculos ou sialolitos no interior dos ductos ou do próprio parênquima glandular. A maioria dos sialolitos tem tamanho pequeno e geralmente são menores que um centímetro. Cálculos com tamanho maior que três centímetros são extremamente raros. Este trabalho apresenta um caso de cálculo gigante localizado no parênquima/hilo da glândula submandibular e que apresentava como particularidade fístula cutânea localizada na região submandibular.

**Descritores:** Glândulas salivares/patologia; Sialolitíase; Cálculos das Glândulas Salivares; Fístula Cutânea.

---

### ABSTRACT

Sialolithiasis is a disease of the salivary glands characterized by the formation of calculus or sialolithis inside the ducts or on the glandular parenchyma. Most sialolithis is of small size, usually measuring less than one centimeter. Calculus larger than three centimeters is extremely rare. This paper presents a case of localized giant calculus in the parenchyma/hilus of the submandibular gland that presented as a particularly localized cutaneous fistula in the submandibular region.

**Descriptors:** Salivary Glands/pathology; Salivary Gland Calculi; Cutaneous Fistula.

---

### INTRODUÇÃO

A sialolitíase é uma doença das glândulas salivares caracterizada pela formação de cálculos ou sialolitos no interior dos ductos ou do próprio parênquima glandular. O cálculo pode se formar em qualquer glândula salivar, porém, mais de 80% dos casos têm origem na glândula submandibular<sup>7,9-13</sup>. Cálculos localizados na parótida correspondem a 6 a 20% dos casos<sup>7,9-12</sup>, enquanto aqueles localizados na glândula sublingual ou nas glândulas salivares menores têm uma incidência menor que 2%<sup>1,7,9-13</sup>. A patologia parece ser mais comum em pacientes de meia idade<sup>8</sup>

e do gênero masculino<sup>1</sup>.

Sinais e sintomas clássicos de obstrução, muitas vezes, se tornam presentes em pacientes com sialolitíase. Com frequência, os pacientes se queixam de dor e aumento de volume repentino e recorrente da glândula envolvida, principalmente durante as refeições. Posteriormente, há redução gradual do aumento do volume<sup>7</sup>. A sialolitíase intraductal geralmente é mais severa que a intraglandular, já que o comprometimento do fluxo salivar é mais acentuado quando o cálculo está localizado no interior do ducto<sup>2</sup>.

A maioria dos sialolitos salivares tem tamanho

---

I. Cirurgião-Dentista e Médico, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e Disfunção Têmporo-mandibular e Dor Oro-facial, Mestre e Doutor em Princípios da Cirurgia, Coordenador da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

II. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Mestre em Ciências da Saúde.

III. Especialista, Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

pequeno e geralmente são menores que 1cm<sup>6,8,14</sup>. Cálculos com tamanho acima de 3 cm são extremamente raros, embora existam relatos na literatura de cálculos gigantes comprometendo principalmente a glândula submandibular, tanto em sua porção ductal<sup>3,8</sup>, quanto no interior do parênquima<sup>15</sup>.

Dessa forma, este trabalho pretende apresentar um caso clínico de cálculo gigante, localizado na região de parênquima/hilo da glândula submandibular que apresentava, como particularidade, uma fístula cutânea localizada na região submandibular.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do gênero masculino, caucasiano, 29 anos de idade, apresentou-se no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial com queixa de dor localizada na região submandibular. Queixava-se, também, de drenagem de secreção no local, com períodos de remissão e exacerbação. O paciente informou que, há cerca de 10 anos, começou a apresentar quadro de aumento de volume doloroso e recorrente localizado em região submandibular e há, aproximadamente, 8 meses passou a apresentar drenagem de secreção através de fístula cutânea localizada na região submandibular direita. Durante a inspeção, notou-se presença de fístula cutânea com drenagem de líquido viscoso e coloração amarelada (Fig.1). À palpação da região, revelou uma massa firme, móvel e bem delimitada. Foi solicitada radiografia panorâmica que revelou uma massa radiopaca com localização próxima ao ramo ascendente da mandíbula do lado direito (Fig.2). Com base nos achados clínicos e radiográficos, foi estabelecida a hipótese diagnóstica de cálculo gigante da glândula submandibular. Como tratamento, iniciou-se antibioticoterapia (ampicilina 2g/dia) e foi planejado procedimento cirúrgico. O paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (protocolo do serviço). Com o emprego de anestesia geral e acesso extra-oral, promoveu-se a ressecção da glândula submandibular direita juntamente com o cálculo as-

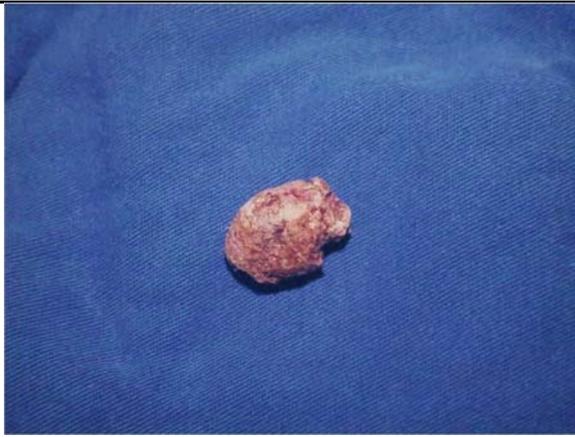
sociado. A fistulectomia e sutura de tecidos moles finalizaram o procedimento cirúrgico. Em seguida, o material removido foi enviado para exame anatomopatológico. O resultado foi compatível com tecido glandular parenquimatoso com processo inflamatório crônico, infiltrado linfocitário difuso, atrofia e destruição acinares, além de áreas extensas de fibrose. O cálculo apresentava dimensões de 37 X 20 mm, formato oval e coloração castanho-amarelada (Fig.3). O paciente retornou para várias consultas pós-operatórias e evoluiu sem complicações (Fig.4). Com seis anos de acompanhamento pós-operatório, o paciente encontra-se totalmente assintomático e livre de complicações.



**Figura 1- Fístula cutânea localizada na região submandibular direita.**



**Figura 2- Radiografia panorâmica mostrando massa radiopaca localizada próxima à região do ângulo da mandíbula.**



**Figura 3- Cálculo removido com dimensões de 37 X 20 mm, formato oval e coloração castanho-amarelada.**



**Figura 4- Aspecto clínico: com duas semanas de pós-operatório.**

## DISCUSSÃO

A sialolitíase pode acometer qualquer glândula salivar, porém, a glândula submandibular é o sítio mais comum. Quando comparada com a parótida, a glândula submandibular apresenta algumas particularidades que fariam com que a formação do cálculo fosse facilitada. Sabe-se que o ducto de Warthon é mais longo e apresenta um diâmetro maior que o ducto de Stenon. Além disso, o fluxo da submandibular é contra a gravidade, e sua secreção salivar é mais alcalina e viscosa que a da parótida, além de apresentar maiores concentrações de íons cálcio e fosfato<sup>4</sup>.

A patogênese do sialólito ainda permanece incerta. Acredita-se que, a partir de um nidus orgânico inicial, ocorra o crescimento do cálculo pela deposição de camadas de substâncias orgânicas e inorgânicas<sup>4, 5, 16, 17</sup>. Acredita-se que um cálculo possa aumentar cerca de 1mm por ano. Assim sendo, esti-

ma-se que, neste caso apresentado, seja uma evolução de longa data, com seu início, talvez, há mais de 20 anos.

A sialolitíase intraductal geralmente causa repercussões clínicas de um modo mais intenso que naqueles casos nos quais o cálculo se localiza no interior da glândula. Cálculos submandibulares localizados no hilo tendem a se tornar maiores antes de se tornarem sintomáticos e ter um formato oval, ao contrário daqueles localizados no ducto, que tendem a ser mais alongados<sup>15</sup>. O caso apresentado mostra-nos uma história típica de pacientes com sialolitíase, ou seja, dor importante e aumento de volume recorrente, principalmente por ocasião das refeições. Acredita-se que, com o aumento progressivo do tamanho do cálculo, o fluxo salivar passou a ficar cada vez mais comprometido, levando a um quadro de sialodente com formação de fístula em direção à região submandibular.

Os cálculos gigantes são considerados extremamente raros. Ledesma-Montes et al.<sup>8</sup> revisaram 16 casos com tamanhos que variaram entre 3,5 e 7cm, sendo que 15 casos acometiam a glândula submandibular e apenas um, a parótida. Dos casos comprometendo a glândula submandibular, a maioria estava localizada no ducto. Não temos conhecimento de cálculos gigantes associados à fístula extra-oral, citados na literatura.

A técnica cirúrgica empregada na sialolitíase submandibular vai depender da localização do cálculo. Cálculos localizados no parênquima/hilo da glândula geralmente têm indicação de exérese da glândula via acesso extra-oral<sup>3, 15</sup>. No caso apresentado, optou-se realmente pela exérese da glândula em conjunto com o cálculo.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Cálculos salivares são relativamente comuns na população em geral. Cálculos de grandes dimensões são extremamente raros, com poucos casos relatados na literatura. Este caso aqui apresentado foge ao

padrão comum não só pelo tamanho do cálculo como também pelo fato de apresentar fístula cutânea associada. O tratamento seguiu o que é tradicionalmente recomendado, ou seja, exérese da glândula submandibular associada ao cálculo, além de fistulectomia.

## REFERÊNCIAS

1-Bodner L. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 94: 320-3.

2-Carr SJ. Sialolith of unusual size and configuration. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1965; 20: 709-12.

3-Chan EK, Patel ND. Giant calculus of the submandibular salivary duct. *Ear Nose Throat J.* 2006; 85: 3006-8.

4-Graziani F, Vano M, Cei S, Tartaro G, Mario G. Unusual asymptomatic giant sialolith of the submandibular gland: a clinical report. *J Craniofac Surg.* 2006; 17: 549-52.

5-Hong KH, Yang YS. Sialolithiasis in the sublingual gland. *J Laryngol Otol.* 2003; 117: 905-7.

6-Hubar JS, Guggenheimer J, Evan M. Megalith. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1990; 70: 245.

7-Iro H, Schneider HT, Födra C, Waitz G, Nitsche N, Heinritz HH, et al. Shockwave lithotripsy of salivary duct stones. *Lancet.* 1992; 339: 1333-6.

8-Ledesma-Montes C, Garcés-Ortíz M, Salcido-García JF, Hernández-Flores F, Hernández-Guerrero JC. Giant sialolith: case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65: 128-130.

9-Levy DM, Remine WH, Devine KD. Salivary gland

calculi. Pain, swelling associated with eating. *JAMA.* 1962; 181: 1115-9.

10-Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis. A survey on 245 patients and a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 19: 135-8.

11-Perrotta RJ, Williams JR, Selfe RW. Simultaneous bilateral parotid and submandibular gland calculi. *Arch Otolaryngol.* 1978; 104: 469-70.

12-McKenna JP, Bostock DJ, McMenamin PG. Sialolithiasis. *Am Fam Physician.* 1987; 36: 119-25.

13-Nahlieli O, Eliav E, Hasson O, Zagury A, Baruchin AM. Pediatric sialolithiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod.* 2000; 90: 708-12.

14-Sutay S, Erdag TK, Ikiz AO, Guneri AO. Large submandibular gland calculus with perforation of the floor of the mouth. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003; 128: 587-8.

15-Yildirim A. A case of giant sialolith of the mandibular salivary gland. *Ear Nose Throat J.* 2004; 83: 360-1.

16-Teymoortash A, Wollstein AC, Lippert BM, Peldszus R, Werner JA. Bacteria and pathogenesis of human salivary calculus. *Acta Otolaryngol.* 2002; 122: 210-4.

17-Takeda Y, Oikawa Y, Satoh M, Nakamura S. Sialolith of the submandibular gland with bone formation. *Pathol Int.* 2003; 53: 309-12.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marco Antônio de Oliveira Filho

Travessa Lange 41 - Água Verde - Curitiba/Paraná  
CEP 80240170.