

Técnica cirúrgica para remoção intrabucal de sialólito

????????????????????????????????

Auremir Rocha Melo^I | Thiago de Santana Santos^{II} | Marcelo Fernando do Amaral^{III}

RESUMO

Sialólitos são estruturas calcificadas, que se desenvolvem nas glândulas salivares ou em seus ductos. Normalmente, são assintomáticos e de apresentam evolução lenta e caráter benigno. Métodos de diagnóstico incluem a inspeção e a palpação, além da verificação da quantidade e qualidade da saliva secretada. As radiografias convencionais ou as tomografias computadorizadas são úteis para a confirmação do diagnóstico e exata localização do sialólito. Durante as refeições e pela estimulação salivar, podem apresentar aumento de volume glandular e discreta sensação de desconforto. A incidência da sialolitíase é maior nas glândulas submandibulares, embora também ocorra nas sublinguais, parótidas e, mesmo, nas salivares menores. O presente trabalho objetiva realizar uma breve revista da literatura sobre sialólitos e relatar um caso clínico, enfatizando a importância de medidas conservadoras para a obtenção de êxito no tratamento.

Descritores: Cálculos das Glândulas Salivares; Terapia; Cirurgia bucal.

ABSTRACT

Sialolithiasis are calcified structures that develop in the salivary glands or their ducts. They are usually asymptomatic and have a slow and benign. Diagnostic methods include inspection and palpation, and checking the quantity and quality of saliva secreted. The conventional radiographs or CT scans are useful to confirm the diagnosis and exact location of sialolithiasis. During meals and by stimulating saliva, may have glandular swelling and mild discomfort. The incidence is higher in the submandibular glands, although they also occur in the sublingual and parotid salivary even in the minors. The present work aims at a brief review of the literature on sialolithiasis and report a clinical case, emphasizing the importance of conservative measures to obtain successful treatment.

Descriptors: Salivary Gland Calculi; Therapy; Oral Surgery.

INTRODUÇÃO

Sialólitos são definidos como estruturas calcificadas, que se desenvolvem nas glândulas salivares maiores e/ou em seus ductos, podendo estar as-

sociados, ainda, às glândulas salivares menores. Em geral, são assintomáticos e de evolução lenta¹. A severidade da sintomatologia, quando presente,

I. Ex-Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração, Recife-PE, Brasil.

II. Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP/USP), Ribeirão Preto-SP, Brasil.

III. Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Facial do Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte-CE, Brasil.

está diretamente ligada ao grau de obstrução do ducto^{1,2}. São comuns em pacientes que estão entre a terceira e quarta décadas de vida, acometendo, principalmente, indivíduos do sexo masculino².

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 54 anos de idade compareceu ao ambulatório de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital Geral de Areias (Recife-PE), queixando-se de “dor e inchaço embaixo da língua” (Fig 1). O paciente relatou que o aumento de volume foi percebido há aproximadamente 8 meses, porém, em nenhum momento, houve drenagem de secreção purulenta. Segundo o paciente, a dor era mais pronunciada durante as refeições



Figura 1 – Aspecto intrabucal do aumento de volume na região sublingual.

Ao exame físico, foi observado aumento de volume em região sublingual lado direito, sensível ao toque. À palpação, foi possível identificar um nódulo endurecido e superficial nas proximidades do ducto da glândula sublingual esquerda. Não foi detectada drenagem de secreção purulenta. Durante a manobra de ordenha da glândula sublingual esquerda, quantidade reduzida de saliva foi obtida quando comparada à ordenha de glândula direita.

A radiografia panorâmica evidenciou imagem radiopaca projetada na região periapical dos pré-molares inferiores esquerdos. A radiografia oclusal

total de mandíbula mostrou imagem radiopaca, bem definida, localizada na região lingual da mandíbula, lado esquerdo (Fig 2a e 2b).

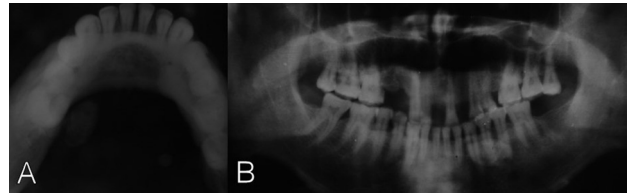


Figura 2 – Radiografia panorâmica e oclusal de mandíbula evidenciando imagem radiopaca na região sublingual.

O diagnóstico de sialólito sublingual esquerdo foi realizado, e o tratamento proposto foi sua remoção com acesso intrabucal.

Após bloqueio anestésico do nervo lingual esquerdo, foi realizada uma incisão no assoalho bucal imediatamente sobre a região endurecida do aumento de volume. Após divulsão romba, o sialólito foi visualizado (Fig 3a e 3b) e removido com facilidade (Fig 4a).

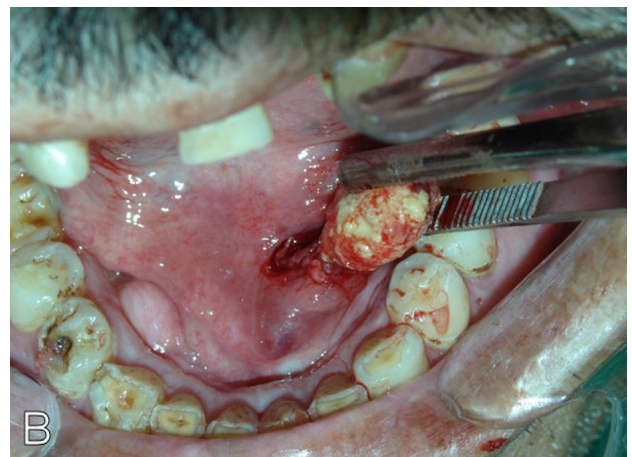
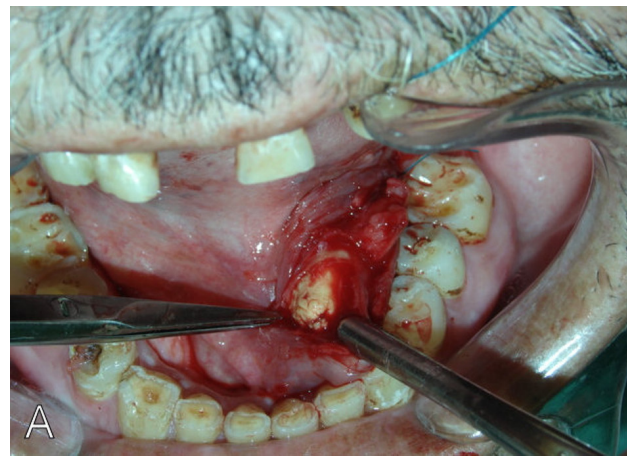


Figura 3 – Imagens transoperatórias após a incisão e divulsão romba.

Um pequeno tubo plástico foi instalado para manter a continuidade entre o ducto glandular e a mucosa oral, evitando, assim, o colapso deste (Fig 4b).

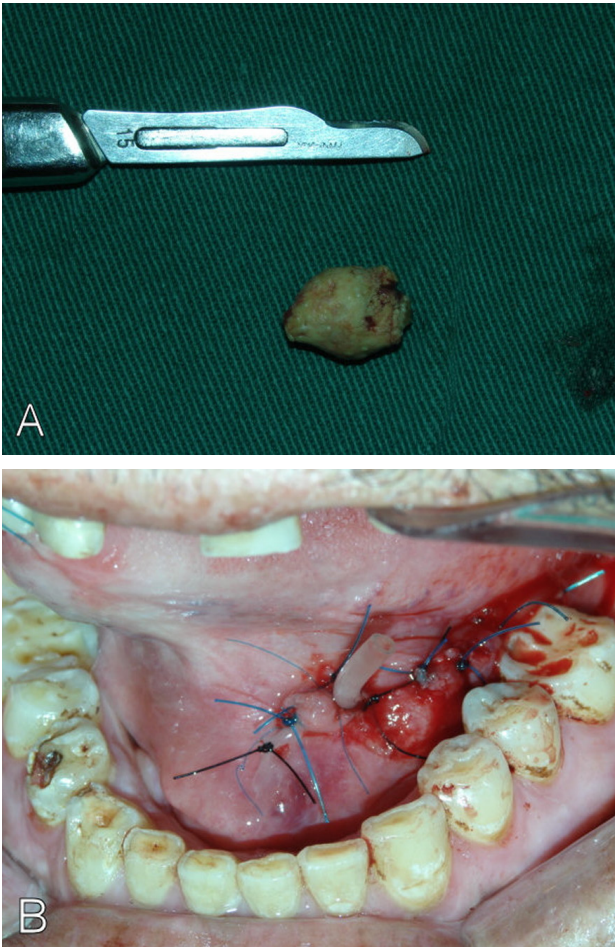


Figura 4 – A - Sialólito removido. B - Sutura e instalação de tubo para manutenção da ducto glandular.

DISCUSSÃO

O aumento da alcalinidade da saliva, a saliva estagnada, infecção, inflamação assim como trauma físico no ducto ou glândula são fatores predisponentes à formação do cálculo. A alta incidência de sialolitíase relacionada à glândula submandibular pode ser explicada pelo pH alcalino, secreção mucosa e alta concentração de cálcio dessa glândula como também um trajeto longo, tortuoso e ascendente do ducto principal, que circunda o músculo milohioideo^{3,4}.

Aumento de volume é o sinal mais frequente do paciente com sialólito. Geralmente, é relatada

dor e edema da glândula durante os períodos de refeição ou quando há estímulos salivatórios. Algumas vezes, o sialólito permanece assintomático, geralmente quando a obstrução é parcial. Assim, parte da saliva consegue ultrapassar o cálculo e ser eliminada. Entretanto, a obstrução completa causa dores e aumento de volume constantes, podendo ocorrer a drenagem de secreção purulenta na presença de infecção. Obstruções por períodos longos podem levar à infecção crônica e consequente atrofia glandular por dano nos ácinos e fibrose do parênquima glandular com diminuição permanente ou ausência da secreção salivar³. No presente caso, mesmo com a grande extensão do sialólito e o longo tempo em que o paciente percebeu a alteração, não foi notada a presença de infecção, provavelmente, devido à localização do sialólito que estava fora do corpo da glândula, já no trajeto do ducto, permitindo passagem parcial da secreção salivar.

A escolha do tratamento está diretamente ligada à localização do sialólito. O tratamento de escolha, quando possível, é a remoção de sialólito via acesso intraoral. A incisão no assoalho de boca é pouco associada a complicações, como a fístula salivar, e permite exposição do ducto afetado e visualização do sialólito. O ducto é, então, suturado à mucosa oral, deixando-o aberto para adequada drenagem^{3,5}. No caso descrito, procedeu-se desse modo, não havendo complicações pós-operatórias, como a fístula salivar, que é de difícil resolução e de prognóstico desfavorável.

No caso de infecção glandular com drenagem de secreção purulenta e sinais sistêmicos de infecção, deve-se instituir primeiramente a antibioticoterapia e, posteriormente, realizar o procedimento cirúrgico após remissão dos sinais e sintomas. A diminuição ou ausência de secreção pode predispor a glândula a infecções recorrentes que pode necessitar de tratamento cirúrgico mais agressivo como sialadenectomia (remoção da glândula) para

resolução do quadro clínico⁵.

Sialólitos intraglandulares requerem sialadenectomia submandibular ou parotidectomia. Sialólito de pequena dimensão e localizado próximo ao orifício do ducto pode ser removido com abertura do orifício com cateter lacrimal dilatador do canal ou hidratação do paciente e massagem glandular, com consequente aumento da produção salivar, podem expulsar o sialólito⁴. Alguns métodos alternativos e conservadores emergentes na atualidade, como a litotripsia, xerorradiografia e endoscopia têm sido publicados com resultados satisfatórios⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem vários métodos disponíveis para o tratamento da sialolitíase, dependendo da glândula afetada, tamanho e localização do cálculo, contudo, independentemente da técnica, deve-se optar pelo método o mais conservador possível.

REFERÊNCIAS

1. Calabria MF. Sialolithiasis. Braz J Otorhinolaryngol. 1959;27:31-8.
2. Pretto JLB, Machado RA, Silveira RL, Borges HOL, Pagnocelli RM. Sialólito em glândula submandibular- relato de caso. RFO. 2007;12:61-4.
3. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. Br Dent J. 2002;193:89-91.
4. Lee LT, Wong YKD. Pathogenesis and Diverse Histologic Findings of Sialolithiasis in Minor Salivary Glands. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68:465-70.
5. Landgraf H, Assis AF, Klüppel LE, Oliveira CF, Gabrielli MAC. Extenso sialólito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. Rev Cir

Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2006; 6:29-34.

6. Nablieli O, Shacham R, Zaguri A. Combined External Lithotripsy and Endoscopic Techniques for Advanced Sialolithiasis Cases. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68:347-53.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Thiago de Santana Santos

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP/USP)

Avenida do Café, s/n- Ribeirão Preto/SP

CEP: 14040-904

E-mail: thiago.ctbmf@yahoo.com.br