

Sialólito Gigante em Ducto de Wharton: um caso incomum

Giant Sialolith in the Wharton Duct: An Unusual Case

RESUMO

A obstrução das glândulas salivares por cálculos acomete 90% dessas estruturas, apresentando geralmente tamanho menor que 1 cm. É encontrada, principalmente, nas glândulas submandibulares. Clinicamente, o paciente apresenta um aumento de volume na região referente à glândula salivar envolvida, podendo apresentar sintomatologia dolorosa e drenagem purulenta. O presente artigo relata um caso de sialólito gigante com 2,5 cm de diâmetro, em glândula submandibular, removido cirurgicamente, com preservação funcional da glândula submandibular. O tratamento pode variar de acordo com o tamanho, a forma e localização do cálculo.

Palavras-chave: Cálculos Salivares; Glândula submandibular; Cálculos das Glândulas Salivares

ABSTRACT

The obstruction of the salivary glands by calculations affects 90% of these structures, usually exhibiting a size smaller than 1 cm. It is mainly found in the submandibular glands. Clinically, the patient presents an increase in volume in the region related to the salivary gland involved and may present painful symptoms and purulent drainage. The present article reports a case of giant sialolith with a diameter of 2.5 cm in the submandibular gland, which was removed surgically with functional preservation of the submandibular gland. The treatment may vary according to the size, shape and location of the calculus.

Key Words: Salivary Calculi; Submandibular gland; Salivary Gland Calculi

Rafaella Bastos Leite

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Patologia Oral - Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

Rômulo Augusto de Paiva Macedo

Mestrando do Programa de Pós-graduação em Patologia Oral - Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

Jabes Gennedyr da Cruz Lima

Graduando em Odontologia - Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

Luiz Carlos Moreira Júnior

Residente em cirurgia Bucomaxilofacial, Departamento de Odontologia - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

Carlos Augusto Galvão Barboza

Professor do Programa de Pós-graduação em Patologia Oral - Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Programa de Pós-graduação em Patologia Oral - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil
Av. Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova
Natal/RN. CEP: 59056-000
Telefone: +55 84 32154138 | +55 83 998092884.
E-mail: rrafaella_bastos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é uma alteração não neoplásica, acarretada pela obstrução da glândula salivar ou de seu ducto excretor, pela formação de cálculos (sialólitos) e pela deposição de sais de cálcio. É, principalmente, encontrada nas glândulas submandibulares, por consequência de suas características morfoanatômicas, que facilitam a formação do sialólito. Sua etiologia está associada a causas mecânicas, químicas, neurogênicas, presença de corpo estranho ou, ainda, pela deposição de cálcio.¹

A glândula submandibular localiza-se ao longo do corpo da mandíbula, ocupando a fossa submandibular, sendo, em parte, superficial e, em parte, profunda ao músculo miloioideo.²

Clinicamente, o paciente apresenta um aumento de volume na região referente à glândula salivar envolvida, entretanto a completa obstrução pode ocasionar dores e inchaços, principalmente durante a alimentação, por meio dos movimentos mastigatórios, o que também promove a estimulação salivar. Pode evidenciar drenagem purulenta associada à febre, contudo os sialólitos podem permanecer de modo assintomático, principalmente aqueles que ocasionam obstruções parciais.³

O tratamento da sialolitíase varia desde métodos conservadores, como hidratação do paciente, ordenha da saliva e fisioterapia, afim de estimulação na produção salivar, na tentativa de expulsar o sialólito, a métodos invasivos, como remoção cirúrgica, indicada para cálculos salivares maiores.^{1,3}

O tamanho dos cálculos apresenta ampla variação, podendo ocorrer tamanhos inferiores a 1mm até alguns centímetros de comprimento, mas a grande maioria dos sialólitos apresenta dimensões inferiores a 10 mm e comprimentos superiores a 15mm são raros, e quando tal condição é vista, denomina-se sialólito gigante.^{4,5}

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso raro de sialólito gigante e realizar uma discussão acerca dos tipos de tratamento e manobras de tratamento.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 42 anos apresentou-se ao Serviço de Estomatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em Natal, Rio Grande do Norte, com histórico de sintomatologia dolorosa em região submandibular direita com 10 anos de evolução, sem linfonodos palpáveis e sem histórico de febre. Ao exame clínico ex-

traoral, observou-se discreto aumento de volume em região submandibular direita, sem alteração de cor e/ou temperatura.

Ao exame intraoral (Figura 1A), foi observada a presença de uma lesão em assoalho de língua, de forma nodular, consistência fibrosa, implantação sésil e de mesma coloração da mucosa, associada à sintomatologia dolorosa, localizada em região anterior de ducto da glândula submandibular do lado direito, com 2,5 cm de diâmetro com diminuição da salivação em manobra de ordenha.

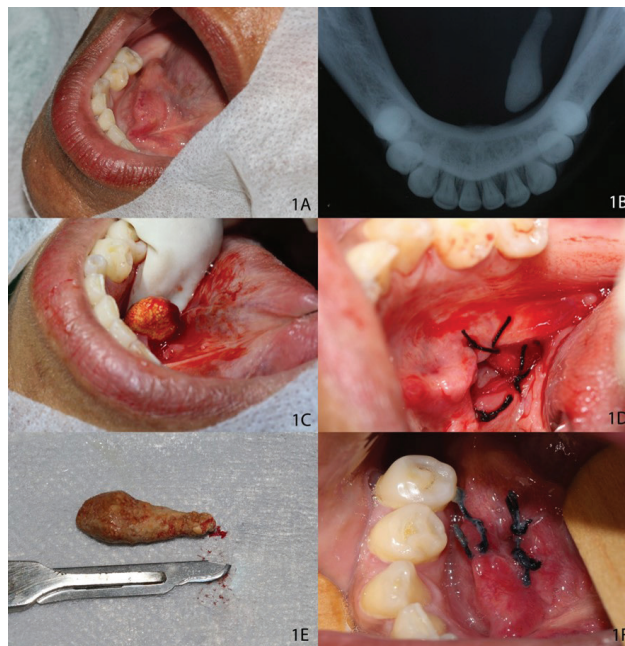


Figura 1 - 1A) Lesão nodular endurecida localizada em região anterior de ducto da glândula submandibular do lado direito, com 2,5 cm de diâmetro. 1B) Exame radiográfico oclusal mostrando uma imagem radiopaca de formato cilíndrico no terço anterior do canal de Wharthon. 1C) Superficialização do cálculo após pressão digital extraoral e divulsão romba dos planos teciduais. 1D) Sutura (fio seda 3.0) 1E) Sialólito medindo 2,5cm, formato ovalado e coloração castanho-amarelada, após remoção do sítio cirúrgico. 1F) Pós-operatório de 15 dias e sutura em posição.

Diante do aspecto clínico, foi emitida hipótese de sialólito incomum e posteriormente foi solicitada uma radiografia oclusal da região da mandíbula para confirmação da hipótese diagnóstica de sialólito e melhor elucidação do caso, em que se observou a presença de uma imagem radiopaca de formato cilíndrico no terço anterior do canal de Wharthon, medindo 2,5 cm (Figura 1.B). A correlação dos achados clínico-radiográficos levou ao diagnóstico de sialólito gigante no ducto de Wharthon.

Após diagnóstico final, foi realizado tratamento cirúrgico por acesso intraoral, na região do ducto obliterado, mantendo a glândula afetada

em funcionamento (Figura 1D), onde inicialmente foram realizados os preparos pré-cirúrgicos, como assepsia extra e intraoral, seguidos da realização da anestesia e incisão no soalho bucal e, posteriormente, de dissecação romba, a qual possibilitou a visualização direta do espécime que foi prontamente superficializado após pressão digital extraoral e divulsão romba dos planos teciduais (Figura 1C).

O sialólito removido media aproximadamente 2,5 cm em sua maior extensão (Figura 1E). Seguiu-se, então, procedimento de síntese através de sutura com pontos interrompidos, utilizando-se fio de seda 3.0. Foi realizada a prescrição de anti-inflamatório e analgésico para controle do pós-operatório. O paciente foi avaliado 15 dias após a cirurgia. Houve a manutenção da glândula afetada, e, após 8 meses da realização do procedimento cirúrgico, a paciente não apresentou recidivas ou intercorrências pós-operatórias (Figura 1F).

DISCUSSÃO

A sialolitíase é a presença de uma estrutura calcificada (sialólito), que ocorre no interior dos ductos das glândulas salivares, ou de forma menos frequente, dentro das próprias glândulas. Apresenta origem idiopática e exibe tamanho e localizações variados, sendo, principalmente, encontrada nas glândulas submandibulares, em decorrência de suas características morfoanatômicas, particularmente no ducto de Wharton, cujo seu curso ascendente e tortuoso facilita a formação do sialólito.^{6,7} Além disso, a maior quantidade de mucina secretada pela glândula submandibular torna a secreção mais espessa, dificultando a drenagem, o que pode favorecer a concentração dos índices de cálcio na saliva, a qual é considerada um fator condicionante para obliteração do ducto, podendo afetar, ainda, o ducto distal 2/3 posterior e o próprio parênquima da glândula.^{1,6}

Constitui-se como a doença mais comum das glândulas salivares, conforme descreve Sigismund *et al*, que indicam que a sialolitíase está presente em 1,2% da população, além de descreverem que as glândulas submandibulares são as mais comumente afetadas (80% - 90%), com maior prevalência em pacientes entre 30 e 60 anos de idade.⁶

No presente caso relatado, a paciente se encontra no grupo etário de maior incidência dos sialólitos, apresentando o cálculo no ducto de Wharton da glândula submandibular, em concordância com a maioria dos casos já relatados na literatura.^{4,5,7,8,9}

Apesar de a sialolitíase ser uma doença relativamente comum, sialólitos gigantes são de ocorrência rara, pois estudos relatam apresentar ampla variação no diâmetro, podendo ocorrer tamanhos inferiores a 1 mm até alguns centímetros de comprimento. Por outro lado, a grande maioria dos sialólitos apresenta dimensões inferiores a 10 mm, e comprimentos superiores a 15 mm são raros; quando tal condição é vista, denomina-se sialólito gigante.⁴

De forma interessante, no presente relato, foi observada uma formação calcificada de cerca de 2,5 cm, caracterizando um caso incomum de sialólito gigante no ducto de Wharton. Os sialólitos gigantes são mais prevalentes no gênero feminino e localizam-se, principalmente, no sistema ductal, e sialólitos de grande extensão geralmente estão associados à dor e possível sialodenite infecciosa.⁶ No presente caso, embora o cálculo apresentasse 2,5 cm, este apresentou-se assintomático.

Em relação à etiopatogenia, estudos apontam basicamente duas teorias: a primeira, considerada clássica, sugerindo que micro depósitos de cálcio são originados no interior celular e posteriormente dispostos no interior do ducto, de forma distinta; a segunda teoria se baseia na migração de corpos estranhos, bactérias e células epiteliais do ambiente oral para o ducto da glândula, no qual haverá a deposição de cálcio ao redor desses compostos, sendo a porção central (inorgânica) e a parte periférica (inorgânica e orgânica), composta por glicoproteínas, mucopolissacarídeos e detritos celulares, causando precipitação do fosfato de tricálcio amorfo, o qual se cristaliza e se transforma em hidroxiapatita.^{7,8,9}

Em adicional, vale ressaltar que, durante a inspeção intraoral, o aspecto mais frequentemente encontrado é o aumento de volume em regiões que alojam glândulas salivares ou seu sistema ductal, apresentando aumento de volume com coloração e textura dentro dos padrões de normalidade, embora, em alguns casos, possam ser identificadas áreas de hiperemia.⁹ No caso em estudo, ao exame clínico intraoral, observou-se tumefação, localizada em região anterior de ducto da glândula submandibular do lado direito, com sintomatologia dolorosa. Isso também foi observado em outros estudos, em que a paciente relatou dor ao se alimentar e tumefação na região da mandíbula.⁷

É necessário que seja feito um diagnóstico diferencial desse aumento de volume, visto que alterações como essa também são encontradas em

pacientes portadores de diabetes, síndrome de Sjögren e nos casos em que há grande atrofia mandibular, pois a glândula submandibular desloca-se periféricamente, mostrando aumento de volume relativo, facilmente confundido com outras patologias.⁸

Sialólitos localizados nos dois terços anteriores do ducto de Wharton são facilmente palpados intraoralmente, e o exame de palpação do assoalho bucal representa uma manobra importante no momento do diagnóstico. Dessa forma, espera-se encontrar um nódulo de consistência endurecida que apresenta certo grau de mobilidade.^{4,8} No momento desse ato, pode ser realizada a manobra de ordenha da glândula para se avaliar o nível de obstrução do fluxo salivar, ressaltando-se que um exame clínico criterioso e uma anamnese descritiva também são importantíssimos para a identificação diagnóstica.^{8,9}

Para confirmação da hipótese diagnóstica de sialólito e melhor elucidação do caso, faz-se necessária a realização de exame radiográfico, em que a maioria (80%) dos sialólitos apresentam-se radiopacos, variando o grau de radiopacidade de acordo com a composição mineral do cálculo, podendo ser facilmente observados em radiografias oclusais de mandíbula. Todavia, podem, em alguns casos, não serem visíveis em alguns tipos de exames por imagem, devido ao seu baixo grau de calcificação e, para tanto, se faz necessário uso de exames auxiliares, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, sialografia, além de outros métodos auxiliares, como ressonância magnética e sialoendoscopia.^{7,9}

O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica do cálculo e da glândula afetada (cálculo intraglandular) por acesso intraoral, e, na maioria das vezes, sob anestesia local. A técnica consiste na apreensão do cálculo, visando impedir que, durante a manipulação cirúrgica, este venha a deslocar-se, acidentalmente, para o interior da glândula, o que implicaria um tratamento mais agressivo, seguindo a incisão no assoalho, e dissecação romba para acesso direto. Após a remoção, deve ser suturada a mucosa, mas de forma não oclusiva, para que a drenagem salivar não seja interrompida. Como foi realizado no presente caso, por outro lado, nos casos de sialólitos pequenos, o paciente pode ser aconselhado a fazer uso de uma dieta estimulante da salivação, compreendendo alimentos cítricos, associada a massagens periódicas, as quais podem gerar a saída espontânea do cálculo.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o caso ilustrado nesta pesquisa e o que foi observado na literatura revisada, os sialólitos de maiores dimensões na porção proximal dos ductos das glândulas submandibulares são geralmente tratados cirurgicamente. Os sialólitos gigantes são de ocorrência rara e, devido aos aspectos inerentes a sua forma, não podem ser tratados de modo conservador, sendo a remoção cirúrgica o tratamento de escolha. Nesse caso, a abordagem cirúrgica intraoral do cálculo salivar foi realizada com êxito, sem complicações pós-operatórias, sem sequelas ao aparato ductal da glândula submandibular e sem provocar lesões nervosas aos feixes lingual e/ou hipoglosso.

REFERÊNCIAS

- 1 - Kraaij S, Karagozoglou KH, Forouzanfar T, Veerman EC, Brand HS. Salivary stones: symptoms, aetiology, biochemical composition and treatment. *Br Dent J*. 2014 Dec 5;217(11):E23.
- 2 - Garay I, Netto HD, Olate S. Soft tissue calcified in mandibular angle area observed by means of panoramic radiography. *Int J Clin Exp Med*. 2014 Jan 15;7(1):51-6
- 3 - Atienza G, López-Cedrún JL. Management of obstructive salivary disorders by sialendoscopy: a systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2015 Jul;53(6):507-19
- 4 - Oteri G, Procopio RM, Cicciù M. Giant Salivary Gland Calculi (GSGC): Report Of Two Cases. *Open Dent J*. 2011;5:90-5.
- 5 - Boffano P, Gallesio C. Surgical treatment of a giant sialolith of the Wharton duct. *J Craniofac Surg*. 2010 Jan;21(1):134-5.
- 6 - Sigismund PE, Zenk J, Koch M, Schapher M, Rudes M, Iro H. Nearly 3,000 salivary stones: some clinical and epidemiologic aspects. *Laryngoscope*. 2015 Aug;125(8):1879-82.
- 7 - Kuhn-Dall'aglio A., Alves C. A., Lauxen J. *et al.* Sialólito de glândula salivar submandibular: relato de caso. *RFO*. 2014 dez; 19 (3): 343-347.
- 8 - Goes P. E. M., Lima V. N., Carvalho F. S. R., Queiroz B. F. *et al.* Sialólito gigante

em ducto de wharton: um caso distinto e revisão da literatura. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2013 out/dez; 13 (4): 81-88.

9 - Araújo F. A. C., Júnior O. N. F., Landim F. S. *et al.* Tratamento cirúrgico de sialólito em glândula submandibular - relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2011 out/dez; 11(4): 13-18.