

Diagnóstico e tratamento de Sialolitíase: Relato de Caso

Diagnosis and treatment of Sialolithiasis: Case Report

RESUMO

Sialólitos são estruturas calcificadas, que se desenvolvem no interior do sistema ductal salivar, em decorrência da deposição de sais de cálcio ao redor de um acúmulo de restos orgânicos no lúmen do ducto glandular. Acometem, com mais assiduidade, a glândula submandibular e são a causa mais comum de inflamações agudas ou crônicas nas glândulas salivares maiores. Manifestam-se, com maior frequência, em indivíduos adultos de meia-idade, e os sinais e sintomas mais comuns são a dor e a tumefação local. Podem ser evidenciados por radiografias convencionais, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia, cintilografia, sialoendoscopia e sialografia. O tratamento inclui a eliminação espontânea mediante orientações ou uso de medicamentos, ou a remoção cirúrgica do sialólito, sendo necessária, em alguns casos, a exérese da própria glândula. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico do paciente S.L.M, 44 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, atendida na clínica de Cirurgia Bucal da Universidade Federal Fluminense, apresentando um sialólito no sistema ductal da glândula submandibular do lado esquerdo. A paciente foi submetida à remoção cirúrgica do sialólito sob anestesia local, sem maiores intercorrências.

Palavras-Chave: Sialolitíase; Glândula submandibular; Tratamento.

Fernanda Britto de Melo Silva

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil

Bárbara de Oliveira Nogueira

Pós-graduanda em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade

Adriana Terezinha Neves Novellino Alves

Doutora em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e professora da disciplina de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil

Marcelo José Pinheiro Guedes de Uzeda

Mestre e doutorando em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e Professor de Cirurgia Bucal da Universidade Iguazu, Nova Iguaçu / RJ, Brasil

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Doutor em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e professor da disciplina de Cirurgia oral menor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fernanda Britto de Melo Silva
Rua Ministro Viveiros de Castro,
82/ 601 – Copacabana
Rio de Janeiro – RJ – Brasil.
CEP: 22021-010
E-mail: fernandabrittodemelo2@hotmail.com
Telefone: +5521998177665

ABSTRACT

Sialolites are calcified structures that develop inside the salivary ductal system, due to the deposition of calcium salts around an accumulation of organic remains in the lumen of the glandular duct. They have a more frequent involvement of the submandibular gland and are the most common cause of acute or chronic inflammation in the major salivary glands. They occur more frequently in middle-aged adult patients and the most common signs and symptoms are local pain and swelling. They can be evidenced by conventional radiography, computed tomography, MRI, ultrasonography, scintigraphy, sialoendoscopy and sialography. Treatment includes spontaneous elimination, from guidelines or use of medications, or surgical removal of sialolite, in some cases, the excision of the gland itself. This study aims to report the clinical case of the patient S.L.M, 44 years old, female, Caucasian, attended at the Oral Surgery Clinic of the Federal Fluminense University, presenting a sialolite in the ductal system of the left submandibular gland. The patient was submitted to surgical removal of the sialolite, under local anesthesia, without major intercurrents.

Keywords: Salivary Gland Calculi; Submandibular gland; Therapy

INTRODUÇÃO

Os sialolitos são estruturas calcificadas, que se desenvolvem no interior do sistema ductal ou ácino de glândulas salivares. São capazes de impedir ou limitar o fluxo salivar e levar à ausência de secreção salivar na glândula afetada pela obstrução de seus ductos terminais.¹ Dentre as patologias que acometem as glândulas salivares, estima-se que a sialolitíase representa cerca de 30% das alterações em glândulas, com maior incidência na glândula submandibular (83 a 94%), seguida da glândula parótida (4 a 10%) e sublingual (1 a 7%). Sua ocorrência nas glândulas salivares menores é rara.²

Embora a etiologia do cálculo salivar permaneça indefinida, acredita-se que sua formação ocorre mediante a deposição de sais de cálcio ao redor de um nicho central de células epiteliais descamadas, bactérias, corpos estranhos ou produtos de decomposição bacteriana, associados à retenção salivar. Esse processo ocorre devido a fatores morfoanatômicos, como ductos salivares estreitos e tortuosos, ou à composição da própria saliva com altas concentrações de sais de cálcio e fosfato.³

A sialolitíase é mais comum entre adultos jovens e de meia-idade. Pode, também, acometer as mais diversas faixas etárias.³ Os sialolitos são encontrados com maior incidência no sexo masculino, não havendo predileção por qualquer etnia.⁴

Os pequenos sialolitos permitem a passagem da saliva através do ducto, podendo ser assintomáticos. No entanto, os de tamanhos maiores podem obstruir completamente a passagem de saliva, reduzindo o seu fluxo, gerando dor, edema e eventual infecção da glândula salivar envolvida.¹

O diagnóstico pode ser obtido mediante exame clínico associado a exames de imagem como a radiografia oclusal. Ao exame radiográfico, os sialolitos apresentam-se como uma massa radiopaca devido à natureza calcificada dos sais de cálcio dos sialolitos. No entanto, há alguns casos em que essas imagens não podem ser vistas através de radiografias convencionais, graças ao baixo grau de calcificação presente em determinadas lesões. Clinicamente, os sialolitos localizados nos 2/3 anteriores do ducto da glândula submandibular são facilmente palpados intraoralmente.⁵

A sialografia está entre os exames que podem ser solicitados e aponta o local exato onde está localizada a obstrução. Isso ocorre, uma vez

que permite a visualização de todo o ducto a partir da introdução de um composto orgânico iodado, que apresenta característica radiodensa, como o Lipiodol Ultra Fluido (UF), no ducto excretor glandular.⁶ A cintilografia, ultrassonografia, sialoendoscopia e tomografia computadorizada são consideradas, ainda, grandes auxiliares no diagnóstico dessa patologia glandular, uma vez que o diagnóstico correto e o tratamento imediato diante da presença de cálculos salivares são fundamentais para a recuperação da função do paciente.⁷

Os sialolitos pequenos presentes em glândulas salivares maiores podem, algumas vezes, ser tratados de forma conservadora, com massagens leves na glândula em uma tentativa de ordenar o cálculo para o orifício do ducto. Os sialogogos (medicamentos que estimulam o fluxo salivar), calor úmido e aumento da ingestão de líquidos também podem promover a eliminação do cálculo. Os grandes sialolitos usualmente requerem remoção cirúrgica.³

RELATO DE CASO

Paciente S.L.M, sexo feminino, 44 anos de idade, leucoderma compareceu à clínica de Cirurgia oral menor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense encaminhada por seu dentista clínico. A queixa principal era de dor na região submandibular do lado esquerdo, com tempo de evolução de aproximadamente 21 dias.

Ao exame físico, notou-se um aumento de volume palpável, endurecido e bem circunscrito na região de glândula submandibular esquerda. No exame intraoral, foi possível visualizar aumento de volume localizado em soalho bucal, endurecido e móvel à palpação, além de menor quantidade de saliva advinda do ducto ipsilateral. Durante anamnese, a paciente relatou ao profissional que não fazia uso de qualquer tipo de droga e não era portadora de qualquer doença sistêmica.

A avaliação radiográfica foi realizada através de tomografia computadorizada do tipo FanBeam, para a avaliação do ducto e da glândula submandibular acometida. Detectou-se a presença do cálculo próximo à saída do ducto de Wharton, confirmando o seu diagnóstico clínico.

No planejamento cirúrgico, optou-se pela remoção do sialolito sob anestesia local, em ambiente ambulatorial.

Inicialmente, foi realizada antisepsia da cavidade oral por meio de bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard Colgate® Nova Iorque, Nova Iorque, EUA) por um minuto e, extraoral, com a utilização de sabão de clorexidina a 4% (Riohex Rioquímica® Duque de Caxias - RJ). Em seguida, realizou-se aposição do campo cirúrgico e bloqueio dos nervos alveolar inferior e lingual com 1,8 mL de Cloridrato de Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Mepiadre 100 - DFL® Rio de Janeiro – RJ Brasil), aguardado cerca de quinze minutos para o início do procedimento.

Após a paciente relatar a falta de sensibilidade em região do soalho bucal, um ponto simples de reparo foi confeccionado com fio de seda 3-0 e agulha 3/8 triangular (Ethicon® Somerville -Nova Jersey EUA), para que não ocorresse o deslocamento proximal do sialolito. Utilizou-se uma lâmina número 15 (Medblade Med Goldman® São José – SC Brasil) para realizar a incisão com cerca de dois centímetros em seu maior diâmetro. Sobre ela, foi realizada uma pequena divulsão subsequente, fazendo com que o deslocamento do sialolito fosse imediato, possibilitando visualização total da loja cirúrgica. Após a remoção completa da lesão, a loja cirúrgica foi constantemente irrigada com soro fisiológico 0,9% (Eurofarma® Rio de Janeiro – RJ Brasil), seguindo-se da revisão da hemostasia. A síntese tecidual foi, então, realizada, utilizando-se fio de seda 3-0 agulha 3/8 triangular (Ethicon® Somerville -Nova Jersey EUA).

Para o período pós-operatório, foram prescritos por um período de quarenta e oito horas após o procedimento: anti-inflamatório não esteroide (Nimesulida - 100mg de doze em doze horas) e analgésico de ação periférica (Dipirona - 1g de seis em seis horas).

O material coletado na cirurgia foi condicionado em formol tamponado a 3,7 % e encaminhado para o exame histopatológico no laboratório de biotecnologia aplicada (LABA – Setor Histologia) da Universidade Federal Fluminense, onde, após o período de sete dias, o laudo emitido foi de Sialolito de glândula submandibular esquerda.

Em acompanhamento pós-operatório de sete dias, a paciente seguiu sem alterações, não havendo relato da presença de sangramento na região, dor ou qualquer tipo de incômodo. Os sinais clínicos de infecção e/ou inflamação inexistiam e, assim, a sutura foi removida. A paciente retornou

para acompanhamento na clínica da faculdade, no terceiro mês e no sexto mês de pós-operatório, sem presença de sinais clínicos de recidiva da lesão, ou mesmo, de alterações na salivação. Após o período de vinte e quatro meses, encontra-se em acompanhamento ambulatorial, com saúde oral estável.



Figura 1 - A. Aumento de volume extraoral em região submandibular esquerda. Figura 1: B. Aumento de volume intraoral em soalho bucal.

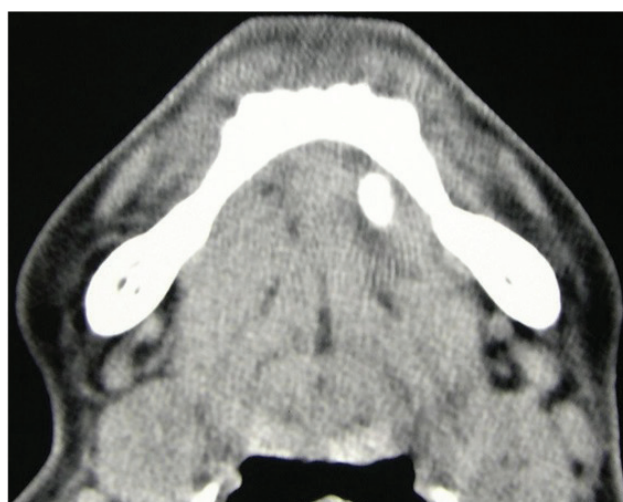


Figura 2 - Tomografia computadorizada FanBeam mostra a imagem de massa radiopaca na região submandibular esquerda.

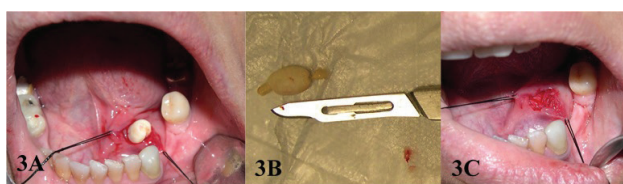


Figura 3 - A. Transoperatório após incisão e divulsão. Deslocamento imediato do sialolito B. Sialolito retirado de região submandibular de aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro. C. Loja cirúrgica após remoção do sialolito.

DISCUSSÃO

Epidemiologicamente, a maioria dos sialolitos tem origem na glândula submandibular, sendo a mais acometida, quando comparada às demais glândulas.¹ Os sialolitos são encontrados com maior incidência, no sexo masculino, não havendo

predileção por qualquer etnia.⁴ O caso relatado no presente trabalho corrobora a literatura em relação ao sítio acometido, pois a paciente apresentava sialolito em glândula submandibular.

Os sintomas da sialolitíase variam muito de acordo com a localização do cálculo e a pressão provocada por sua capacidade de impedir a função secretora da glândula. Com relação às lesões, podem se apresentar múltiplas ou únicas, sendo a dimensão do cálculo bem variável.¹ No entanto, sialolitos com mais de 1cm são raros, e sua forma pode auxiliar na localização. Na maioria das vezes, o sialolito se apresenta em formato cilíndrico quando habita o ducto e mais arredondado quando está no corpo glandular.⁸ Nesse caso relatado, durante o exame clínico, a paciente queixou-se de dor e aumento de volume intraoral na região submandibular esquerda. O cálculo se apresentava como uma lesão única com 3,0 cm em seu maior diâmetro.

O método mais utilizado para diagnosticar a sialolitíase é a associação dos exames clínico e radiográfico.⁹ As radiografias auxiliam no reconhecimento inicial, sendo as mais comuns a oclusal, a periapical e a panorâmica.⁶ Radiograficamente, os sialolitos se apresentam como massas radiopacas arredondadas ou ligeiramente alongadas.⁹ No presente caso, a avaliação foi feita através de tomografia computadorizada do tipo Fan Beam. A indicação desse tipo de exame pode ser justificada pela possibilidade de visualização do ducto e da glândula submandibular acometida, em que foi detectada a presença do cálculo próximo à saída do ducto de Wharton, confirmando o seu diagnóstico clínico.

Na maioria dos casos de sialolitíase, a anamnese, os exames intra orais, extraorais e radiográficos são suficientes para fechar o diagnóstico, tornando raros os estudos que fazem exame histopatológico. Há casos em que podem ser visualizadas partes do ducto. Isso ocorre quando é realizada a sua remoção juntamente com o sialolito. Se o ducto associado também for removido, frequentemente mostrará metaplasia de células escamosas, oncóticas ou mucosas. Além disso, é evidente uma inflamação periductal.³ No caso relatado, ao exame histopatológico, foi possível observar calcificações com laminações concêntricas circundando um ninho amorfo.

O tratamento da sialolitíase pode variar de acordo com o tamanho e o local da

calcificação.⁹ Pequenos cálculos, incapazes de obstruir completamente a passagem dos ductos, costumam ser assintomáticos, logo não necessitam de uma intervenção invasiva. Opta-se por estimular a produção de saliva, buscando expulsar naturalmente o sialolito. Por outro lado, os cálculos maiores podem ocluir a passagem do ducto, a que gera inchaço, dor e infecção da glândula envolvida, tendo como indicação sua retirada cirúrgica através de acesso intra oral, extraoral ou endoscopicamente, dependendo da experiência do cirurgião.¹⁰ Quando o sialolito se encontra na metade anterior do sistema ductal, o tratamento de escolha consiste, geralmente, em removê-lo através do acesso intraoral, e a incisão é feita sobre a posição do cálculo.⁴⁻⁸⁻⁹ O presente trabalho aplicou a conduta descrita anteriormente, obtendo um resultado adequado e satisfatório.

CONCLUSÕES

Um exame clínico cuidadoso e detalhado somado à escolha do exame por imagem devem ser realizados para um diagnóstico precoce e preciso. A escolha do tratamento deve ter como base o tamanho, a localização do cálculo, a presença de infecção na glândula associada e, principalmente, a correta realização da técnica e a experiência do profissional. Sempre que possível, é interessante optar por métodos menos invasivos com o objetivo de evitar o desconforto de uma cirurgia para o paciente e possíveis lesões a estruturas nobres. No caso clínico apresentado os resultados obtidos foram adequados e condizentes com a literatura avaliada. No entanto, nenhuma técnica deve ser tomada como regra geral, uma vez que cada caso possui suas particularidades anatômicas, histológicas, fisiológicas, as quais se relacionam diretamente com o tipo de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Landgraf H, Assis AF, Klüppel LE, Oliveira CF, Gabrielli MAC. Extenso sialolito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac.* 2006 abr/jun; 6(2):29-34.
2. Oliveira Filho MA, Almeida LE, Pereira JA. Sialolito gigante associado á fistula cutânea. *Rev Cir Traumatol. Buco- Maxilo-fac.* 2008 abr/jun; 8(2):35-38.

3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral &maxilofacial. 2.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
4. Pretto JLB, Machado RA, Silveira RL, Borges HOI, Pagnoncelli RM. Sialolito em glândula submandibular: relato de caso. RFO. 2007 set/dez; 12(3): 61-4.
5. Teymoortash A, Ramaswamy A, Werner, JA. Is there evidence of a sphincter system in Wharton's duct? Etiological factors related to sialolith formation. J Oral Sci. 2003; 45(4):233-235.
6. Manzi FR, Silva AIV, Dias FG, Ferreira EF. Sialolito na glândula submandibular: Relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central. 2010;19(50):270-4.
7. Branco B, Cardoso A, Caubi A, Pena G. Sialolitíase: relato de um caso. BCI. 2003;3(3):9-14.
8. Ogawa AI, Takemoto LE, Navarro PL, Heshiki RE. Neoplasias de glândulas salivares. Arq Int Otorrinolaringol. 2008 jul/set;12(3):409-418.
9. Alves NS, Soares GG, Azevedo RS, Camisasca DR. Sialolito de grandes dimensões no ducto da glândula submandibular. Rev Assoc Paul Cir Dent.2014;68(1):49-53.
10. Araújo FAC, Júnior ONF, Landim FS, Fernandes, AV, Caubil, AF. Tratamento cirúrgico de sialolito em glândula submandibular- relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac. 2001 out/ dez; 11(4):13-18.