

Sialolito de grandes dimensões no ducto da glândula submandibular

Large sialolith in the submandibular gland duct

Recebido em: nov/2013

Aprovado em: fev/2014

Nayara Silva Alves

Graduação - Mestranda em Clínica
Odontológica pela Universidade Federal
Fluminense - Pólo Universitário de Nova
Friburgo (FOUFF/NF)

Genaina Guimarães Soares

Pós-graduação lato sensu - Mestranda
em Clínica Odontológica pela
Universidade Federal Fluminense -
Niterói: Bolsista Capes

Rebeca de Souza Azevedo

Doutorado - Professora Adjunta da
Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo

Danielle Resende Camisasca

Doutorado - Professora Adjunta da
Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo

*Termo de consentimento livre e esclarecido
assinado pelo paciente e enviado à Revista*

Autor de correspondência:

Danielle Resende Camisasca
Rua Doutor Silvio Henrique Braune, 22
Centro - Nova Friburgo - RJ
28625-650
Brasil
nayaraalves@id.uff.br
daniellecamisasca@yahoo.com.br

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever o caso de um sialolito de grandes dimensões em glândula submandibular. Paciente do sexo feminino, leucoderma, 53 anos, procurou o cirurgião-dentista queixando-se de xerostomia, dor e inchaço na região de assoalho bucal, principalmente observado durante as refeições. O exame físico revelou uma tumefação em região submandibular esquerda, sensível a palpação, além de aumento de volume intra-oral firme, na região sublingual esquerda. Ao ordenhar a glândula submandibular, houve saída de pus. A radiografia oclusal inferior evidenciou extensa imagem radiopaca extensa, bem delimitada, cilíndrica e alongada. A associação dos exames clínicos e radiográficos levou ao diagnóstico de cálculo salivar. Foi realizada excisão cirúrgica da lesão sob anestesia local, com preservação da glândula submandibular. O exame anatomopatológico do cálculo revelou, na macroscopia, uma peça cirúrgica de consistência dura e cor amarela medindo 2,2 cm de diâmetro e, na microscopia, a presença de laminações concêntricas de material calcificado. A paciente encontra-se em acompanhamento há 2 anos e 8 meses, sem queixas de função glandular ou fluxo salivar, sem aumento de volume e exame radiográfico sem alterações. Apesar das grandes dimensões do sialolito, sua localização próxima à saída do ducto permitiu um tratamento conservador com bons resultados para a paciente.

Descritores: cálculos das glândulas salivares; cálculos dos ductos salivares; doenças da boca

ABSTRACT

This paper aims to describe a case of a large submandibular sialolith. A 53-year-old Caucasian female looked for her dentist complaining of xerostomia, pain and swelling in the floor of the mouth, mainly observed during meals. The physical exam revealed a tender swelling on palpation in the left submandibular region, and also a firm intraoral swelling was detected in the left sublingual region. It was possible to draw pus from the submandibular gland. Mandibular occlusal radiography showed an extensive cylindrical and elongated, well-defined radio-paque image in the floor of the mouth. The association of clinical and radiographic findings led to the diagnosis of salivary calculus. The lesion was submitted to surgical excision under local anesthesia and the submandibular gland was maintained. Macroscopic analysis revealed a yellow and hard in consistency specimen, measuring 2.2 cm in length, and microscopic analysis revealed the presence of concentric laminations of calcified material associated with . The patient is being followed up for 2 years and 8 months, with no complaints of salivary flow or gland dysfunction, without gland swelling and no radiographic changes. Despite it being a large sialolith, its location near the exit of the duct allowed a conservative treatment with satisfactory aesthetic and functional results for the patient.

Descriptors: salivary gland calculi; salivary duct calcule; mouth diseases

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Por ser uma das alterações de glândulas salivares mais prevalentes, justifica-se o relato desse caso de sialolitíase, que se destaca pelo tamanho do cálculo encontrado. Dessa forma, é importante que o cirurgião-dentista esteja ciente da possibilidade de se deparar com um sialolito de grandes dimensões.

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é uma patologia comum das glândulas salivares caracterizada pela presença de estruturas mineralizadas no interior do sistema ductal, ou mesmo, no parênquima glandular, ocasionando a obstrução parcial ou total do fluxo salivar^{1,2}. Sua frequência estimada é de 1,2% na população adulta,^{3,4} acomete preferencialmente o sexo masculino, atinge ampla faixa etária e não se observa predileção por raça.^{2,4,5}

A exata etiologia do cálculo salivar ainda é desconhecida, porém há várias teorias relacionadas ao seu mecanismo de formação. Fatores como a calcificação ao redor de corpos estranhos, células epiteliais descamadas, bactérias ou produtos da decomposição bacteriana e o desequilíbrio iônico foram propostos para explicar a etiologia dos sialolitos.^{6,7,8}

Os sialolitos podem se formar em qualquer glândula salivar, entretanto, a maioria tem origem na glândula submandibular.^{9,5,2,10,7,3,11} O trajeto alongado, tortuoso e ascendente do ducto submandibular (ducto de Warthon), a secreção mucosa e espessa, maiores concentrações de íons de cálcio e fosfato podem ser responsáveis pela maior tendência à formação de cálculos nestas glândulas.^{9,6,8,12,13,2}

Os sintomas da sialolitíase podem variar dependendo do tamanho do cálculo. Suas manifestações clínicas tornam-se mais evidentes durante as refeições. Frequentemente os pacientes se queixam de xerostomia, tumefação na região da glândula envolvida, dor, febre e presença de secreção purulenta.^{13,4,1,5}

O diagnóstico dessa condição se faz pela associação dos exames clínico e radiográfico, ou ainda por meio de exames mais complexos como a sialografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, a cintilografia, a ultrassonografia e a endoscopia. Radiograficamente, os sialolitos podem se apresentar como uma massa radiopaca alongada ou ovoide, podendo ser identificados por meio das incidências oclusal, extraoral e ocasionalmente ao exame periapical.^{14,15,16,11} Ao exame histopatológico, observam-se laminações concêntricas que podem circundar um nicho de restos orgânicos. Quando há remoção do ducto, pode ser notar metaplasia de células escamosas, oncocíticas ou mucosas. A inflamação periductal aguda ou crônica também está presente.^{10,17}

O tratamento pode variar de acordo com a localização e o tamanho do cálculo^{6,8,13,16}. Para alívio dos sintomas associados, são instituídas terapias com antibióticos, analgésicos ou antipiréticos. Quando o cálculo encontra-se no interior do ducto glandular, o tratamento de escolha é a remoção do cálculo através do acesso intraoral. Quando o cálculo está localizado dentro da glândula, faz-se necessária a remoção de toda

a glândula afetada.^{9,18,17,11,5}

Este artigo tem como objetivo relatar um caso de sialolito de grandes dimensões que acometeu a glândula submandibular.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 53 anos, procurou o Cirurgião-Dentista queixando-se de xerostomia, dor e inchaço na região de assoalho bucal, principalmente observada durante as refeições. Ao exame físico, detectou-se tumefação em região submandibular esquerda, sensível à palpação, além de um aumento de volume intraoral de consistência firme, na região sublingual esquerda. Ao ordenhar a glândula submandibular, houve saída de secreção purulenta.

Primeiramente foi realizada uma radiografia lateral oblíqua de mandíbula (Figura 1A), que evidenciou a presença de imagem radiopaca cilíndrica com uma inclinação anteroposterior. A tomada radiográfica oclusal inferior permitiu a visualização mais detalhada da alteração, caracterizada como uma extensa imagem radiopaca, cilíndrica e alongada, bem delimitada na região de assoalho bucal, à esquerda (Figura 1B). A associação dos exames clínicos e radiográficos permitiu que se estabelecesse o diagnóstico de cálculo salivar.

O sialolito foi removido por meio de uma cirurgia simples, com abordagem intraoral, sob anestesia local, utilizando tubete anestésico do tipo cloridrato de lidocaína a 2% (SSWhite/Duflex). Foi realizada a estabilização do cálculo com pinça hemostática (Quinelato, Schobell Industrial Ltda) e procedeu-se a incisão dos tecidos moles, sobre o assoalho bucal. Foi feita uma única incisão linear, de aproximadamente 1,5 cm de extensão, com lâmina de bisturi nº15 (Solidor). Os tecidos foram divulsionados cuidadosamente com tesoura Metzbaum (Quinelato, Schobell Industrial Ltda), facilitando a visualização das estruturas, até que se pudesse separar o cálculo dos tecidos subjacentes e removê-lo. Irrigou-se a região abundantemente com solução de soro fisiológico a 0,9% e a incisão foi suturada com três pontos simples (fio 4.0 de seda trançada, Ethicon, Johnson & Johnson). Houve preservação completa da glândula submandibular (Figura 2A).

O exame anatomopatológico revelou, na macroscopia, um nódulo cilíndrico de consistência dura e cor amarela, medindo 22 x 07 x 05 mm (Figura 2B). Na microscopia, observou-se a presença de laminações concêntricas de material calcificado associado aos agregados de material orgânico (Figura 3).

A paciente encontra-se em acompanhamento há 2 anos e 8 meses, sem queixas de disfunção glandular ou de alteração do fluxo salivar, sem aumento de volume e exame radiográfico sem alterações (Figura 4).

DISCUSSÃO

O sialolito da glândula submandibular pode variar de menos de 2 mm¹⁹ a 72 mm em sua maior dimensão.²⁰ São considerados sialolitos gigantes os cálculos com tamanho superior 1,4 cm^{3,21}, porém, alguns autores reservam tal denominação apenas para os cálculos com dimensão maior do que 3,0 cm.^{16,4} O caso apresentado se refere a um sialolito

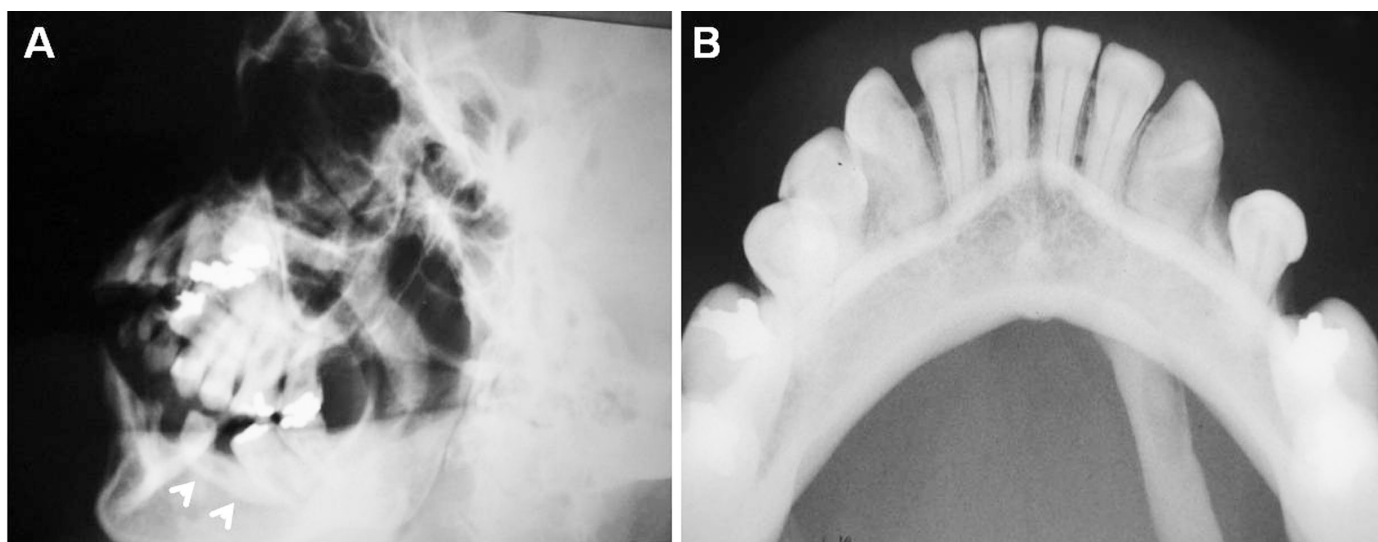


FIGURA 1

Radiografias complementares ao exame clínico inicial. A - Radiografia lateral de mandíbula em que se observa cilindro radiopaco com inclinação ântero posterior (setas). B - Radiografia oclusal inferior evidenciando imagem radiopaca extensa do lado esquerdo, compatível com cálculo da glândula salivar

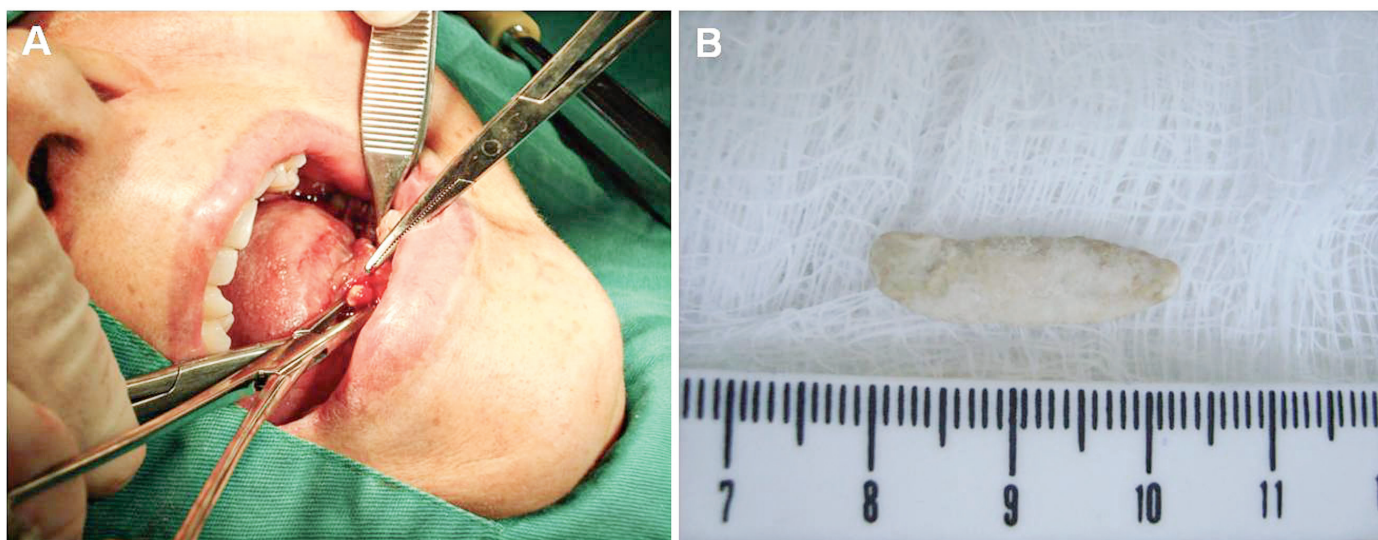


FIGURA 2

A - Transcirúrgico destacando a remoção do sialólito do ducto da glândula submandibular
B - Macroscopia. É possível observar seu tamanho real nesta imagem de aproximadamente 2,2 cm de diâmetro

de 2,2 cm de comprimento, bem acima da média de 1 cm^{7,19} dos cálculos salivares, podendo ser caracterizado como um sialólito de grandes dimensões.

Os sintomas mais comuns da sialolitíase são dor e aumento de volume associados à glândula salivar, principalmente durante as refeições^{1,12,8,18}. Pode-se observar também casos que apresentam xerostomia, eritema e drenagem de secreção purulenta.^{9,22} Embora os sialólitos possam ser assintomáticos,¹⁵ manifestações como febre, edema difuso, hiperemia, disfagia e dor ao falar podem estar presentes.^{13,23,17} No presente relato,

devido às grandes dimensões do sialólito, a paciente se queixava de xerostomia e apresentava dor e edema sublingual, além de edema da glândula submandibular esquerda.

O método mais utilizado para o diagnóstico da sialolitíase é a associação do exame clínico e radiográfico.^{1,2,6,7,18,13,22} As técnicas radiográficas mais aplicadas para detecção de cálculos salivares são a radiografia oclusal^{6,7,22}, a panorâmica^{1,6,12}, e a lateral oblíqua da mandíbula.^{6,7,17} Recursos como a tomografia computadorizada^{16,3,23,11} e a ultrassonografia¹⁹ também têm sido utilizados para detecção de sialólitos. A sialografia

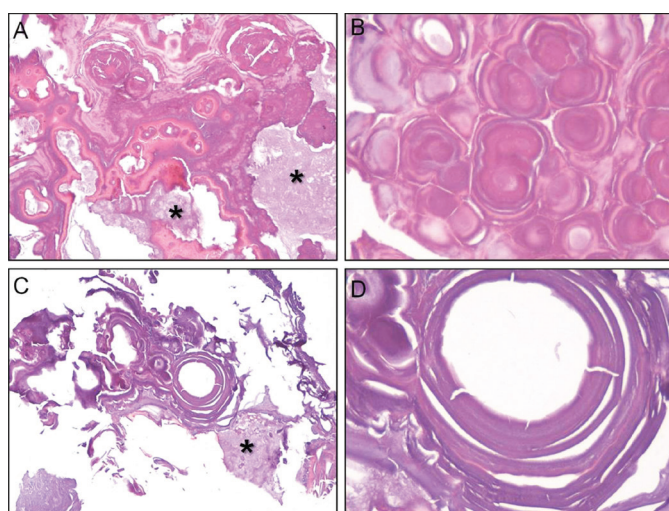


FIGURA 3

Fotomicrografias do sialólito que foi descalcificado e corado em HE, tornando evidentes as laminações concêntricas (A a D) e restos de matéria orgânica (A, C). A, C – Objetiva de 10x; B, D – Objetiva 40x

é indicada em caso de suspeita de cálculos pouco calcificados que não podem ser detectados radiograficamente.^{6,14} São também exames complementares que podem ser utilizados em casos de dificuldade de diagnóstico pelas técnicas radiográficas de rotina, a cintilografia e a ressonância magnética.⁶ No presente caso, o exame clínico evidenciou a presença do cálculo que foi confirmada a partir de duas tomadas radiográficas disponíveis no momento do exame inicial.

O tratamento conservador de cálculos salivares tem ganhado crescente destaque na literatura. Segundo Soares *et al.* (2009)²², em caso de sialólitos extensos, o uso da litotripsia extracorpórea por ondas de choque e a litotripsia intracorpórea endoscópica por ondas de choque, oferecem menos riscos do que a opção cirúrgica e causam menos desconforto para o paciente preservando a glândula salivar associada.²² Com o intuito de evitar o acesso transcervical, além da abordagem intraoral,²³ os cirurgiões lançam mão da sialoadenectomia por endoscopia²⁴ ou assistida por vídeo.¹ Para os cálculos pequenos, busca-se sua eliminação por meio de orientação ao paciente, incentivando o aumento da ingestão de líquidos, o estímulo do fluxo salivar com administração de medicamentos ou substâncias ácidas e a aplicação de calor úmido sobre a região afetada.¹³ Caso as condutas conservadoras não sejam bem sucedidas, opta-se pela remoção cirúrgica dos cálculos, que podem consistir na completa excisão da glândula afetada^{9,8,18,23,17,5} ou, assim como no caso apresentado, pela remoção isolada do sialólito sob anestesia local com preservação da glândula salivar envolvida.^{7,12,21,22,4}

O diagnóstico diferencial deve ser realizado considerando outras patologias glandulares, tais como sialoadenite obstrutiva, parotidite epidêmica, neoplasias de glândulas salivares⁹, sialodenite esclerosante crônica¹⁷, e calcifica-

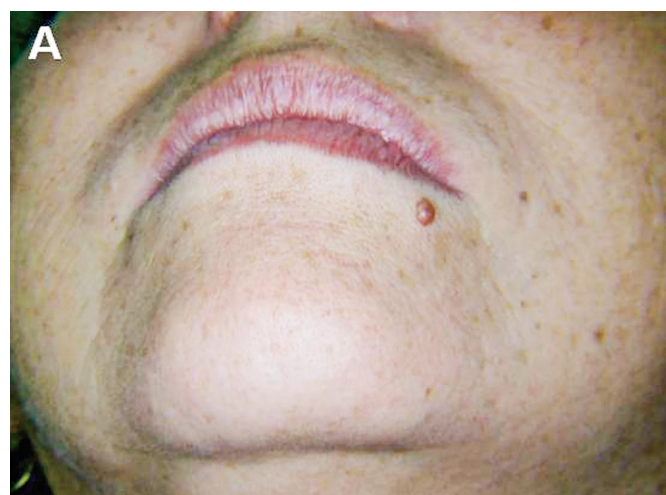


FIGURA 4

Fotografias extraoral (A) e intraoral (B) sem sinais de aumento de volume na consulta de preservação após 3 anos da remoção do sialólito. Exame radiográfico oclusal inferior (C) destacando a ausência de calcificações e de alterações na região do ducto da glândula submandibular em que foi feito o procedimento

ções de nódulos linfáticos.¹⁴ O aumento volumétrico constante geralmente é causado por tumores ou processos generalizados, como a síndrome de Sjögren, diabetes, alcoolismo, dentre outros⁶. Na maioria dos casos de sialolitíase, a história clínica, o exame físico e o exame radiográfico são suficientes para se chegar ao diagnóstico. Poucos são os estudos que fazem o exame histopatológico do cálculo em si, como no presente trabalho. Também é possível fazer a análise bioquímica e microbiológica do sialolito. Contudo, quando a glândula é retirada juntamente com o sialolito^{23,9,17} o exame histopatológico torna-se mandatório, uma vez que pode haver alterações inflamatórias, como a sialodente crônica comumente associada, ou que mimetizem uma neoplasia, como a sialodente esclerosante crônica (Tumor de Kuttner).

CONCLUSÃO

A sialolitíase é uma alteração comum das glândulas salivares que deve ser diagnosticada corretamente pelo ci-

rurgião-dentista para que o caso seja conduzido de forma adequada, uma vez que, na presença de cálculos na porção terminal do ducto, mesmo que sejam de grandes dimensões, como no caso descrito, há a possibilidade do tratamento conservador, evitando a remoção total da glândula envolvida. O presente caso ilustra como esse procedimento simples foi eficaz na remissão de todos os sinais e sintomas que acompanhavam a sialolitíase.

APLICAÇÃO CLÍNICA

O Cirurgião-Dentista deve saber que o diagnóstico da sialolitíase em geral é feito através da combinação dos dados obtidos na anamnese, associados à apresentação clínica e radiográfica. Mesmo nos casos de sialolitos gigantes ou de grandes dimensões, é possível fazer uma abordagem cirúrgica conservadora, conforme a localização do sialolito no trajeto do ducto ou da glândula salivar. Não deve ser confundido com um processo neoplásico e o material pode ser enviado para análise histopatológica.

REFERÊNCIAS

1. Boffano P, Gallesio C. Surgical treatment of a giant sialolith of the Wharton duct. *J Craniofac Surg*. 2010; 21(1):134-5.
2. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. *Br Dent J*. 2002;193(2):89-91.
3. Bodner L. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;94(3):320-3.
4. Ledesma-Montes C, Garcés-Ortiz 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(1):128-30.
5. Rauso R, Gherardini G, Biondi P, Tartaro G, Colella G. A case of a giant submandibular gland calculus perforating the floor of the mouth. *Ear Nose Throat J*. 2012 Jun;91(6):25-7.
6. Landgraf H, Assis AF, Kluppe LE, Oliveira CF, Gabrielli MAC. Extenso sialolito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe*. 2006;6(2):29 - 34.
7. Kawata LT, Baldan RCF, Moraes NP, Biazolla ER. Sialolitíase em ducto de glândula submandibular: relato de dois casos clínicos. *Rev Odontol Araçatuba* 2006;27(1):14-18.
8. Filho Oliveira MA, Almeida LE, Pereira JA. Sialolito Gigante Associado à Fistula Cutânea. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* 2007;8(2):35 - 38.
9. Gabrielli MAC, Gabrielli MFR, Paleari AG, Neto NC, Silva LMC, Dantas JFC. Tratamento de sialolitíase em glândulas submandibulares: relato de dois casos. *Robrac*. 2008;17(44):110-116.
10. Alcure ML, Vargas PA, Jorge Jr J, Hipólito Jr, Lopes A. Clinical and histopathological findings of sialoliths. *Braz J Oral Sci*. October-December 2005; 4(15): 899-903.
11. Santos TS, Araújo FAC, Frota R, Caubi AF, Silva EDO. Intraoral Approach for Removal of Large Sialolith in Submandibular Gland. *J Craniofac Surg*. 2012; 23(6):1845-1847.
12. Branco LC, Cardoso AB, Caubi AF, Pena GN. Sialolitíase: Relato de um caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2003;3(3):9-14.
13. Sutay S, Erdag TK, Ikiz AO, Guneri EA. Large submandibular gland calculus with perforation of the floor of the mouth. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;128(4):587-8.
14. Jacome, AMSC, Abdo EN. Aspectos Radiográficos das calcificações em tecidos moles da região bucomaxilofacial. *Odontol. Clín.-Cient., Recife* 2010;9 (1):25-32.
15. Silva-Junior GO, Picciani BLS, Andrade VM, Ramos RT, Cantisano MH. Asymptomatic large sialolith of Wharton's duct: a case report. *J. Stomat. Occ. Med.* (2010) 3: 208 -210.
16. Chan EK & Patel ND. Giant calculus of the submandibular salivary duct. *Ear Nose Throat J*. 2006;85(5):306-308.
17. Lindenblatt RC, Santos JB, Alves DR, Lourenço SQ, Dias EP. Sialodente esclerosante crônica (tumor de Kuttner): relato de caso clínico. *J Bras Patol Med Lab* 2007;43(5):365-368.
18. Yildirim A. A case of giant sialolith of the submandibular salivary gland. *Ear Nose Throat J*. 2004;83(5):360-1.
19. Murphy CM, Franzen DS. Sialolith in a two-year-old. *J Emerg Med*. 2012; 43(3):e199-201.
20. Rai M & Burman R. Giant Submandibular Sialolith of Remarkable Size in the Comma Area of Wharton's Duct: A Case Report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009 67:1329-1332
21. Matsumoto MA, Ribeiro Junior PD, Nary Filho H, Silva AA. Sialolito gigante em ducto submandibular. *Rev. Bras. Patol. Oral* 2005;4(3):182-184.
22. Soares EC, Costa FW, Pessoa RM, Bezerra TP. Giant salivary calculus of the submandibular gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;40(1):128-9.
23. Güngörmüş M, Yavuz MS, Yolcu U. Giant sublingual sialolith leading to dysphagia. *J Emerg Med* 2010;39(3):129-30.
24. Witt RL, Iro H, Koch M, McGurk M, Nahlieli O, Zenk J. Minimally invasive options for salivary calculi. *Laryngoscope*. 2012 Jun;122(6):1306-11.

Agora ficou ainda mais fácil e rápido para comprar!

Acesse e Confira!

www.biodente.com.br

Promoções imperdíveis!



Disk Fácil
49 3321 7979



Soluções completas em odontologia.

Chapecó - Santa Cararina

