

# Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico

*Sialolithiasis in the submandibular gland: a clinical report*

Aline Nery de Lima <sup>I</sup> | Basílio de Almeida Milani <sup>II</sup> | Lisana Fernandes Massaine <sup>III</sup> | Ana Mara Morais de Souza <sup>IV</sup> |  
Waldir Antonio Jorge <sup>V</sup>

## RESUMO

A sialolitíase é uma alteração, que acomete as glândulas salivares, representada pela obstrução da glândula ou de seu ducto excretor devido à formação de um sialólito, resultando na diminuição do fluxo salivar. A glândula submandibular é a mais acometida, seguida da glândula parótida e sublingual. A sialolitíase pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em adultos acima dos 40 anos, tendo uma predileção pelo gênero masculino. O tratamento vai depender do tamanho e da localização do sialólito, podendo variar de estimulação da saliva até a remoção cirúrgica do sialólito com sua glândula envolvida. Neste trabalho, iremos relatar um caso clínico de um paciente com uma sialolitíase em glândula submandibular, em que o tratamento proposto foi a exérese do cálculo salivar, seguida de submandibulectomia da glândula correspondente.

**Descritores:** Sialolitíase; Glândula Submandibular; Sialodente.

## ABSTRACT

Sialolithiasis is a change that affects the salivary glands, represented by the obstruction of the gland or its excretory duct due to the formation of a sialolith, resulting in a decreased salivary flow. The submandibular is the gland most affected, followed by the parotid and sublingual glands. Sialolithiasis can occur at any age, but is more common in adults over 40 years of age and has a predilection for males. The treatment will depend on the size and location of the sialolith and may range from stimulation of the saliva to the surgical removal of the gland with its involved sialolith. In this paper we report a case of a patient with sialolithiasis of the submandibular gland in which the proposed treatment was the removal of calculus, followed by submandibulectomy of the gland in question.

**Descriptors:** Sialolithiasis; Submandibular Gland; Sialadenitis.

<sup>I</sup>Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial, Hospital Fernando Mauro Pires da Rocha, Hospital Municipal do Campo Limpo – SP.

<sup>II</sup>Mestre em Clínicas Odontológicas pela Universidade de São Paulo. Coordenador do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial, Hospital Fernando Mauro Pires da Rocha, Hospital Municipal do Campo Limpo – SP.

<sup>III</sup>Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, USP.

<sup>IV</sup>Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial, Faculdade de Odontologia, USP.

<sup>V</sup>Professor titular do Departamento de Estomatologia, USP.

## INTRODUÇÃO

A sialolitíase é uma alteração, que acomete as glândulas salivares<sup>1-5</sup>. Ela representa a obstrução de uma glândula ou de seu ducto excretor devido a uma formação calcificada (ou sialólito), que resulta em uma diminuição do fluxo salivar ou até dilatação do ducto da glândula<sup>1-4</sup>. A glândula submandibular é a mais acometida, seguida da glândula parótida e sublingual<sup>1-4</sup>. Sua etiologia ainda é muito discutida: alguns autores acreditam que ela pode se originar a partir da deposição de sais de cálcio ao redor de um nicho central de células epiteliais descamadas, bactérias, corpos estranhos ou produtos de decomposição bacteriana. Ou ainda, estar relacionada à retenção salivar devido a fatores morfoanatômicos e à composição da própria glândula<sup>1-5</sup>.

A glândula submandibular se localiza ao longo do corpo da mandíbula, sendo em parte superficial e em parte profunda ao músculo miloioideo<sup>1-5</sup>. Tem formato em U e aproximadamente metade do tamanho da parótida<sup>1-5</sup>. Ocupa quase todo o trígono submandibular, mantendo relações com a veia facial (superficial à glândula), artéria facial (profunda à glândula) e o nervo marginal da mandíbula (corre superiormente junto ao bordo inferior da mandíbula, superficialmente à veia facial<sup>1-5</sup>).

A sialolitíase pode ocorrer em qualquer idade, embora seja mais comum em adultos acima dos 40 anos, tendo uma predileção pelo gênero masculino<sup>1-4</sup>. A sintomatologia é bem sugestiva do diagnóstico, podendo a dor estar presente em 83% dos casos, principalmente no momento da mastigação<sup>1-5</sup>. A intensidade dos sintomas varia de acordo com o grau de obstrução e a quantidade de pressão produzida no interior da glândula<sup>1-5</sup>. A dimensão dos sialólitos é bastante variada, mas massas calcificadas com mais de 10mm são raras<sup>2</sup>. Pequenos sialólitos, que não obstruem a passagem da saliva por meio dos ductos, podem ser assintomáticos, tendo como tratamento fisioterapia, ordenha da saliva e alimentos ácidos ou sialogogos,

com a finalidade de estimular a produção salivar, na tentativa de expulsar o sialólito<sup>2</sup>. Entretanto, os sialólitos maiores podem obstruir a passagem do ducto causando dor, inchaço e infecção salivar da glândula envolvida, tendo como tratamento sua remoção cirúrgica. Dependendo do caso, também é necessária a remoção da glândula salivar<sup>2</sup>.

A excisão da glândula submandibular normalmente é feita por um acesso submandibular (ou de Hisdon), sendo um procedimento cirúrgico simples, porém pode ser associado a algumas lesões no pós-operatório, como danos no nervo marginal mandibular, hipoglosso e lingual<sup>6,7</sup>.

Os exames de imagem são muito importantes no auxílio ao diagnóstico. Dentre eles, estão as radiografias convencionais, ultrassonografia, sialografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética<sup>1</sup>.

Neste trabalho, iremos relatar um caso de um paciente do gênero masculino, de 42 anos de idade, leucoderma, com sialolitíase em glândula submandibular esquerda cujo tratamento se constituiu da exérese do cálculo e da glândula correspondente. Esse procedimento cirúrgico denominado de submandibulectomia consiste em uma incisão na região submandibular, entre 2 ou 3 cm abaixo do bordo inferior da mandíbula, coincidentemente em uma ruga natural do pescoço para oferecer um melhor resultado estético. A divulsão dos planos é realizada para promover um relaxamento tecidual até a exposição da glândula submandibular envolvida, feita a separação dos tecidos vizinhos. Em seguida, o cálculo foi apresentado e removido, e, após a dissecação das estruturas anatômicas importantes, foi realizada a ressecção do ducto, tendo sido a glândula, então, removida. O paciente evoluiu bem, sem nenhuma injúria nervosa.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

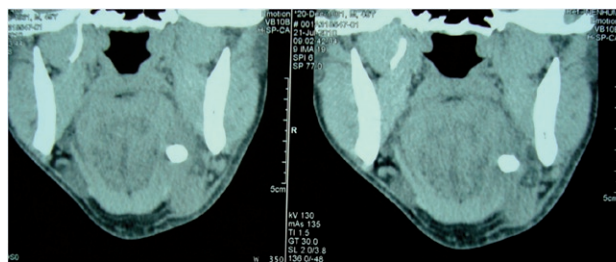
Paciente do gênero masculino, 49 anos de idade, leucoderma procurou o serviço de bucomaxilo do Hospital Municipal do Campo Limpo, relatando dor e aumento de volume em região submandibular esquerda. Nega qualquer patologia de base tendo sido submetido a exame físico e de imagem.

Ao exame físico, o paciente apresentava uma assimetria facial devido ao aumento de volume em região submandibular do lado esquerdo, boa abertura de boca e dor à palpação da região (Figura 1). Ao exame clínico intraoral, apresentava oclusão preservada, e, na manobra de ordenha da glândula submandibular, havia saída purulenta no óstio do ducto da glândula submandibular.



**Figura 1:** Exame físico extraoral.

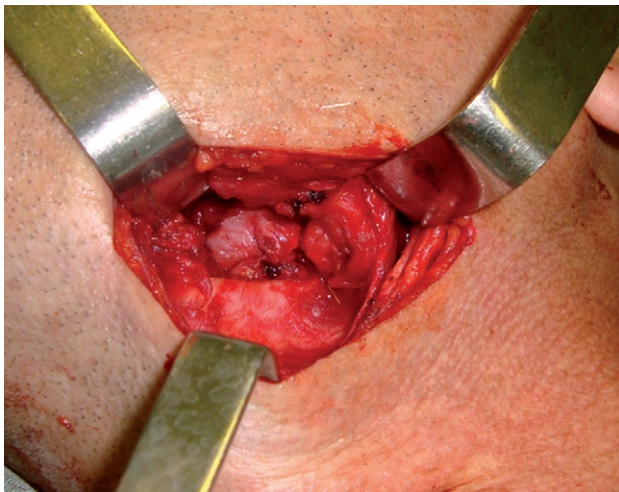
Foi prescrito antibiótico (Cefalexina 300mg) por uma semana, visando à melhora do quadro infeccioso (sialodente). Realizou-se uma tomografia computadorizada de mandíbula e foi possível observar uma imagem hiperatenuante em região submandibular esquerda, sugestiva de calcificação no terço posterior do ducto (Figura 2).



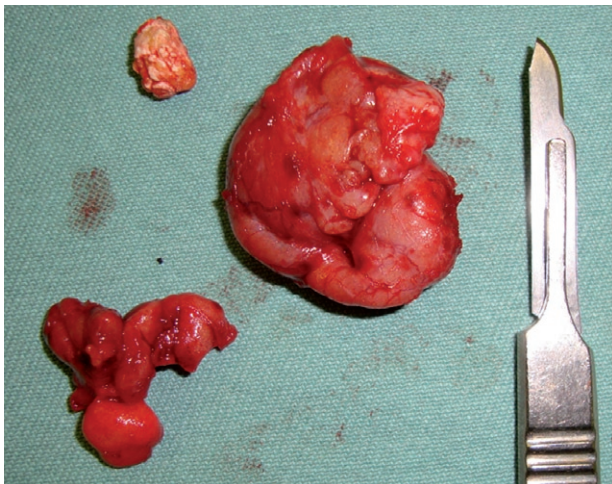
**Figura 2:** Tomografia computadorizada, corte coronal, com imagem sugestiva de sialólito em glândula submandibular esquerda.

O planejamento foi cirúrgico considerando-se o difícil acesso do sialólito e remoção da glândula envolvida por causa da infecção. O paciente foi submetido à anestesia geral, com intubação nasotraqueal e, após seu posicionamento e a colocação dos campos estéreis, foi realizada infiltração de xylocaína com vasoconstritor no local da incisão. O acesso escolhido foi o submandibular, ou de Hisdon, localizado a 1cm abaixo do bordo inferior da mandíbula, em região submandibular, em cima de uma ruga natural do pescoço, com extensão de 3,5cm. Após realizada a incisão de pele e subcutâneo, foi feita a divulsão dos tecidos para uma melhor elasticidade e exposição, seguida de incisão do músculo platísmo. Em seguida, foi realizada a divulsão dos planos até se observar a artéria e a facial respectivamente, que foram ligadas. Depois de visualização da glândula submandibular esquerda, foi realizada divulsão dos tecidos ao redor, até a exposição de seu ducto, onde, por transparência, era possível se observar o sialólito que media em torno de 1cm de diâmetro. Então, o ducto foi incisado, e o cálculo salivar, removido. Em seguida, o ducto da glândula foi ligado e realizada a exérese total da glândula submandibular esquerda (Figura 3). Após irrigação da loja cirúrgica (Figura 4) com soro fisiológico estéril, foi feita a sutura por planos com vycril 3-0 e de pele com nylon 5-0. O paciente esteve em acompanhamento ambulatorial por 6 meses, com retornos semanais no primeiro mês (Figura 5), quinzenais no segundo mês e mensais

a partir do terceiro mês. Evolui bem, sem injúrias durante esse período.



**Figura 3:** Loja cirúrgica após exérese do sialólito e da glândula submandibular.



**Figura 4:** Peça cirúrgica – Glândula submandibular e sialólito.



**Figura 5:** Pós – operatório de 21 dias.

## DISCUSSÃO

Sialolitíase é a doença mais comum das glândulas salivares, sendo a maior causa de disfunção dessas glândulas. É uma condição caracterizada pela obstrução de uma glândula salivar ou de seu ducto excretor<sup>1-5</sup>. Essa obstrução é causada devido à formação de uma massa calcificada (ou sialólito)<sup>1,2</sup>. A etiologia exata ainda é desconhecida, embora alguns autores afirmem que essa patologia é o resultado de deposições de sais de cálcio ao redor de uma matriz orgânica, composta por mucina alterada, bactérias e células epiteliais descamadas<sup>5,2</sup>. As causas ainda podem ser mecânicas, traumáticas, infecciosas, químicas, neurogênicas ou resultantes da presença de corpo estranho<sup>1</sup>. Quanto ao sexo, alguns autores relatam discreta predileção pelo gênero masculino, como no nosso caso clínico apresentado, e de meia-idade<sup>1-4</sup>.

A glândula submandibular é a mais acometida (80%), quando comparada à parótida (15%) e à sublingual (5%) devido a alguns motivos, como sua anatomia. Seu ducto, além de ser longo e tortuoso, circunda o músculo milo hioideo, e a sua secreção no sentido antigravitacional contribui para essa predileção, além de seu pH ser alcalino, sua secreção ser mucosa e sua alta concentração de cálcio<sup>1-5</sup>. Ainda contribui para essa predileção o fato de o orifício de seu ducto de Wharton ser mais estreito do que o de Stenson<sup>1,4</sup>.

Geralmente, os sialólitos são únicos, conforme o caso clínico em questão (70 a 80%), embora possam ser múltiplos (25%)<sup>2</sup>. Na maioria das vezes, eles são ovoides ou arredondados e de coloração amarelada<sup>5</sup>, exatamente como o cálculo que encontramos no caso relatado. Sua forma pode auxiliar na localização, pois quando o cálculo se encontra no ducto, ele possui forma cilíndrica, e, quando se encontra no interior da glândula, é mais arredondado<sup>5</sup>. O tamanho do sialólito determina sua sintomatologia: os menores, que se localizam no ducto, na maioria dos casos, são assintomáti-

cos, pois a obstrução do ducto não é completa, permitindo a passagem de saliva. Os maiores, ou os que estão localizados no interior da glândula podem causar desconforto, principalmente durante a mastigação, aumento de volume localizado em região submandibular, dores e saída purulenta do orifício do ducto quando existe infecção, como no paciente do caso clínico que apresentou uma infecção. Depois de tratada com antibioticoterapia e com o auxílio dos exames de imagem para diagnóstico, organizamos o plano de tratamento<sup>1-5</sup>. Em casos mais severos, têm-se relatos de febre, disfagia, dificuldade de respirar e trismo<sup>1</sup>. No nosso caso clínico, o paciente nos procurou com aumento de volume na região submandibular, com dor durante as refeições e saída purulenta do ducto quando foi realizada ordenha na glândula e o cálculo não era palpável.

O diagnóstico é um conjunto de fatores, que precisa estar associado a uma cuidadosa história do paciente, junto com exame clínico minucioso e de imagem<sup>6,7,2,3</sup>. As radiografias auxiliam no diagnóstico inicial, sendo as mais comuns a oclusal, a periapical e a panorâmica. Outros exames mais específicos atuam como auxiliares no diagnóstico mais preciso, orientando quanto ao tamanho e à localização, como tomografia computadorizada e sialografia<sup>1</sup>. A sialografia ajuda no diagnóstico diferencial, pois nela pode se identificar todo o trajeto dos ductos. Entretanto é contraindicada nos casos de sialodente, pois pode propagar a infecção, e em pacientes alérgicos a iodo, que é o componente do contraste utilizado<sup>1</sup>. Nesse caso, utilizamos a tomografia computadorizada, o que nos ajudou a observar o seu tamanho de 11mm e a sua exata localização que era do parênquima da glândula submandibular esquerda, orientando na escolha do tratamento. Nesse caso, foi cirúrgico e associado à remoção da glândula.

Para os sialólitos localizados próximos aos óstios do ducto, o tratamento pode ser conservador, com

o auxílio de sialogogos e alimentos ácidos com o intuito de estimular a produção de saliva até a eliminação do cálculo<sup>6,7</sup>. Também pode se optar pelo cateterismo ou dilatação do conduto, facilitando, assim, sua remoção<sup>6,7</sup>. Já para os sialólitos localizados na metade anterior do ducto, estes necessitam de uma intervenção cirúrgica para sua remoção, na maioria dos casos, por acesso intraoral, e a incisão é feita onde o sialólito está localizado, para sua exposição seguida de sua remoção<sup>1-5</sup>. Nos casos em que o sialólito está localizado na porção posterior do ducto ou no interior da glândula, a abordagem é cirúrgica e pode estar associada à remoção total da glândula envolvida<sup>6,7</sup>, como no nosso caso, em que o tratamento de escolha foi a remoção do cálculo, seguida de submandibulectomia. O tratamento cirúrgico deve ser sempre bem indicado, pois pode acarretar algumas complicações, como fibrose na área do ducto, fístula salivar e paralisia do nervo facial<sup>6,7</sup>. Existem dois métodos mais recentes que também podem ser usados como forma de tratamento, a endoscopia, usada para a remoção de cálculos de difícil acesso, como a região próxima ao nervo lingual, e a lilotripsia, que consiste em uma onda de choque extracorpórea, focalizada através da pele para o cálculo, que o fragmenta e diminui seu tamanho<sup>6,7</sup>.

Em nosso caso, como descrito na literatura, a escolha do tratamento indicado foi a correta, já que o cálculo estava localizado no parênquima da glândula submandibular esquerda, um local de difícil acesso. A escolha foi a mais coerente e segura, tendo a remoção sido realizada por acesso extraoral, seguida da remoção da glândula envolvida. O acesso cirúrgico de escolha foi o submandibular, ou de Hisdon, realizado em cima de uma ruga natural do pescoço, deixando uma cicatriz estética no pós-operatório. A incisão foi realizada por planos, até a exposição da glândula submandibular e divulsão dos tecidos adjacentes. Após a localização do sialólito, foi realizada uma incisão no seu local, para

sua exposição e posterior remoção. Em seguida, o ducto foi ligado, e a glândula submandibular, removida.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce da sialolitíase é fundamental para um correto tratamento, como no nosso caso. Se existe sialodenite prévia, o paciente deve ser medicado com antibiótico até a melhora do quadro para uma intervenção cirúrgica posterior.

No pós-operatório imediato do nosso paciente, ele evoluiu com neuropraxia do ramo marginal da mandíbula do nervo facial, conforme relatos da literatura, entretanto, no pós-operatório de sete dias, o paciente evoluiu sem injúria nervosa ou fístula salivar, levando-nos a acreditar que o tratamento de escolha foi correto, já que obtivemos um bom prognóstico. Desse modo, segundo a literatura, o plano de tratamento eliminou os sinais e sintomas do paciente, sendo favorável no nosso caso, e a escolha precisa ser feita de acordo com o tamanho e a localização da lesão para cada caso independente.

### REFERÊNCIAS

1. Manzi FR, Silva AIV, Dias FG, Ferreira EF. Sialólito na glândula submandibular: Relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central*. 2010;19(50):270-4.
2. 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 abr/jun; 6(2):29-34.
3. Jorge JR, Rego TM, Santos CRR. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. *Arq Odontol*. 2006 abr/jun; 42(2):81-160.
4. Pretto JLB, Machado RA, Silveira RL, Borges HOI, Pagnoncelli RM. Sialólito em glândula

submandibular: relato de caso. *RFO*. 2007 set/dez; 12(3): 61-4.

5. Ogawa AI, Takemoto LE, Navarro PL, Heshiki RE. Neoplasias de glândulas salivares. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2008;12(3):409-18.
6. Roh JL. Removal of the submandibular gland by a submental approach: a prospective, randomized, controlled study. *Oral Oncol*. 2008 Mar;44(3):295-300.
7. Talmi YP, Wolf M, Bedrin L, Horowitz Z, Dori S, Chaushu G, Yahalom R, Taicher S, Kronenberg J. Preservation of the facial artery in excision of the submandibular salivary gland. *Br J Plast Surg*. 2003 Mar;56(2):156-7.