

SIALOLITOS NA GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO

SIALOLITOS THE SUBMANDIBULAR GLAND: A CASE REPORT

Stella Folchini¹, Aléxsandra Botezeli Stolz²

1 - Acadêmica do Curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil

2 - Professora Associada do Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

Descritores

Sialolitíase, Glândula Submandibular, Sialólito, Cirurgia Bucal.

RESUMO

A sialolitíase é uma alteração de glândula salivar que se caracteriza pela deposição de sais de cálcio dentro do ducto de uma glândula, ou mesmo no seu parênquima. A hipótese etiológica mais aceita é a de que os sialólitos se originam da deposição de sais de cálcio ao redor de restos orgânicos acumulados no interior do ducto, que por sua vez podem resultar de fatores como infecções, traumas, presença de corpos estranhos e de células epiteliais descamadas, além disso, a glândula mais atingida é a submandibular pela sua posição anatômica e composição salivar. O diagnóstico é feito através de exames clínicos e imaginológicos e o tratamento vai depender do tamanho e da localização do sialólito, podendo variar de estimulação da saliva até a remoção cirúrgica da glândula envolvida. Este estudo objetiva relatar um caso clínico de um paciente com dois cálculos presentes no ducto e um cálculo presente no parênquima da glândula submandibular. O tratamento proposto foi a cirurgia de exérese intra oral dos cálculos ductais e extra oral da glândula submandibular direita juntamente com o seu sialólito.

Descriptors:

Sialolithiasis, submandibular gland, Sialólito, Oral Surgery.

ABSTRACT

The sialolithiasis is a change in salivary gland which is characterized by the deposition of calcium salts within the duct of a gland or the parenchyma. The etiological most widely accepted hypothesis is that the sialólitos arise from deposition of calcium salts accumulated around inside the duct, which in turn can result from factors such as infection, trauma, foreign bodies and cell debris organic desquamated epithelial furthermore, more submandibular gland is achieved by its anatomical position and salivary composition. Diagnosis is by clinical examination and imaging and treatment will depend on the size and location of sialólito, ranging from stimulation of saliva to the surgical removal of the gland involved. This study aims to report a case of a patient with two calculations present in the duct and a present in the parenchyma of the submandibular gland calculus. The proposed treatment was surgical excision of ductal intra oral and extra oral calculations of the right submandibular gland along with its sialólito.

67

AUTOR CORRESPONDENCIA

Prof. Dra. Aléxsandra Botezeli Stolz
Antiga Reitoria - Universidade Federal de Santa Maria, Rua Floriano Peixoto, 1184.
Bairro Centro - Santa Maria - RS - CEP: 97105-372
Fone: +55 (55) 3220-9273 | Email: botzel@smail.ufsm.br

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é caracterizada pela presença de estruturas mineralizadas no interior do sistema ductal de glândulas salivares maiores ou menores.^{1,2} A mesma também é observada no parênquima glandular destas, ocasionando obstrução parcial ou total do fluxo salivar.¹ Os cálculos salivares ocorrem com maior frequência na glândula submandibular, isto é atribuído ao trajeto sinuoso e ascendente do ducto de Wharton que facilita a deposição dos sais de cálcio. Além disso, a maior quantidade de mucina secretadas pela glândula submandibular torna a secreção mais espessa, dificultando a drenagem, constituindo mais um fator predisponente à obliteração do ducto.^{1,3,4,5,6,7,8,9}

Os sialólitos provavelmente se originam da deposição de sais de cálcio ao redor de restos orgânicos acumulados no interior do ducto, que por sua vez podem resultar de fatores como infecções, traumas, presença de corpos estranhos e de

células epiteliais descamadas,^{4,5,7,8,10} ou também da alteração da composição e do fluxo salivar por fatores sistêmicos como desidratação do paciente e efeitos xerostômicos de alguns medicamentos como anti-histamínicos e anti-psicóticos.⁹ Quanto aos sinais e sintomas, podem ocorrer aumento de volume local, muitas vezes associado à dor, principalmente durante as refeições, além disso, pode ocasionar a drenagem de exsudato purulento pelo orifício excretor do ducto, caracterizando um quadro de sialodênite.^{1,3,6,11,12}

O método mais utilizado para o diagnóstico da sialolitíase é a associação do exame clínico e radiográfico.^{1,9} O seu tratamento depende da análise de suas características, pois cálculos menores quando localizados no interior dos ductos, podem ser removidos pela manobra da ordenha. Aqueles que apresentam maiores dimensões podem ser removidos através de acesso intraoral ou extraoral dependendo da localização, da forma e do tamanho do cálculo.³

O tratamento realizado foi a excisão cirúrgica intra-oral para os cálculos menores localizados no ducto da glândula. E para o cálculo maior que se apresenta no interior de seu parênquima fez-se primeiro uma tentativa de movimentação do mesmo em direção intra-oral por meio da estimulação salivar com substância ácida (limão), ordenha do ducto e hidratação do paciente via oral para depois estipular-se um tratamento definitivo. Como a tentativa não obteve sucesso, o paciente foi encaminhado ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM - UFSM) e posteriormente para o serviço de cirurgia de Cabeça e Pescoço.

O objetivo deste estudo é apresentar um caso clínico de dois cálculos salivares no ducto e outro no parênquima da glândula submandibular, com o diagnóstico feito através de exame clínico e tomográfico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 53 anos de idade, sexo masculino, fazendo uso de medicação antimicrobiana, antiinflamatória e analgésica procurou a clínica do COE (Centro Odontológico Especializado) da Universidade Federal de Santa Maria encaminhado por um cirurgião dentista particular. Apresentava queixa de dor na região sublingual e submandibular direta, principalmente ao se alimentar e durante a deglutição.

O paciente autorizou a publicação de seu caso clínico, no qual não será revelada a sua identificação pessoal, através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. (anexo 1)

Durante o exame clínico foram observados tumefação do assoalho bucal na região onde desemboca o ducto de Wharton, juntamente com quadro de sialoadenite bacteriana

aguda. Houve a necessidade de substituição do antibiótico Cefalexina, pois a infecção não havia até então dado sinais de remissão. Foram receitados os medicamentos amoxicilina (500 mg 1 cápsula de 8 em 8 horas durante 7 dias), que é um antibiótico de amplo espectro, comumente usado para afecções bucais, associada ao metronidazol (400mg 1 comprimido de 8 em 8 horas durante 7 dias), que age contra os estafilococos presentes na sialoadenite, juntamente com a continuação do uso da nimesulida (100 mg 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 3 dias) e do paracetamol (750 mg 1 comprimido de 6 em 6 horas durante 3 dias). Além destes instruiu-se o paciente a bochechar solução contendo água oxigenada pela sua ação degermante que atuou contra o quadro de sialadenite bacteriana e outra contendo limão, este na tentativa de movimentação dos sialólitos em direção intra oral. Como forma de exame complementar, foi solicitado ao paciente uma tomografia computadorizada de feixe cônico da região.

Após uma semana, o paciente retornou à clínica, já sem sinais clínicos de infecção (fig.1) e relatou não ter feito o uso de limão conforme recomendado.



Figura 1 - Aspecto da lesão antes da realização da cirurgia

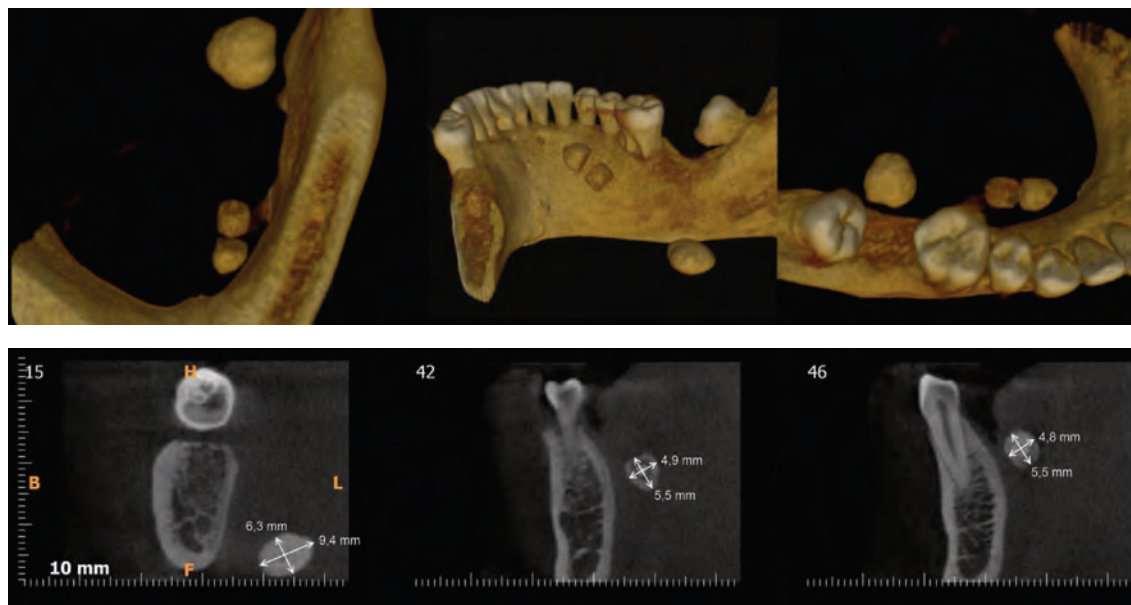


Figura 2 - Tomografia dos Cálculos salivares no parênquima da glândula submandibular e ducto da mesma glândula com suas medidas em milímetros

A tomografia computadorizada foi examinada e nela foram observados a exata localização e tamanho dos sialólitos (fig. 2). Foi então realizada a cirurgia para remoção dos dois sialólitos menores que estavam localizados no interior do ducto da glândula submandibular direita. Para isso, inicialmente foi feita a antisepsia extra bucal com PVPI 10% e intra bucal com Digluconato de Clorexidina 0,12%, foi então realizada a anestesia local do nervo lingual e incisão na parede superior do ducto glandular com lâmina número 15. Os sialólitos se exteriorizaram no momento da incisão (fig. 3). Após a remoção destes (fig.4), realizou-se a sutura através de um ponto simples usando fio de seda 4-0. Concluída a cirurgia, foi receitado ao paciente que usasse os mesmos antiinflamatório e analgésico e também que iniciasse o uso de bochecho com Digluconato de clorexidina 0,12%. Foi aconselhado também que esperasse uma semana e depois fizesse uso de limão para estimulação salivar, na tentativa de mover o sialólito do parênquima glandular em direção intra-oral.



Figura 3 - Sialólito durante a excisão cirúrgica



Figura 4 - Sialólitos excisionados do ducto glandular

Na próxima consulta, 15 dias depois, o paciente relatou ausência de dor local, ressaltando somente um leve desconforto na região de linfonodos submandibulares responsável pela drenagem da região. Após a retirada da sutura, recomendou-se ao paciente o uso de limão por mais quinze dias e o seu retorno à clínica para avaliação.

Ao retornar, o paciente relatou sentir pressão em direção à cavidade oral durante o uso do limão, mas não foi observada nenhuma mudança durante a avaliação clínica no que diz

respeito à posição do sialólito presente no parênquima glandular. Então foi solicitado que depois de mais duas semanas usando o limão, o paciente fizesse uma nova tomografia para comparar a localização atual do sialólito presente no parênquima glandular com a localização observada na primeira Tomografia Computadorizada Cone Beam realizada.

Após a comparação das duas tomografias, constatou-se que o cálculo do parênquima havia alterado a sua posição em relação ao seu próprio eixo (fig. 5 a e b) mas não havia movimentado em direção ao ducto, fator este que impossibilitaria a exérese do sialólito isolado da glândula. Foi então decidido pelo encaminhamento do paciente ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário de Santa Maria. Depois da consulta inicial, o cirurgião responsável optou pelo encaminhamento do paciente ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço presente na mesma instituição, onde após consultas e exames preliminares foi decidido pela cirurgia de exérese da glândula submandibular.

Figura 5 a

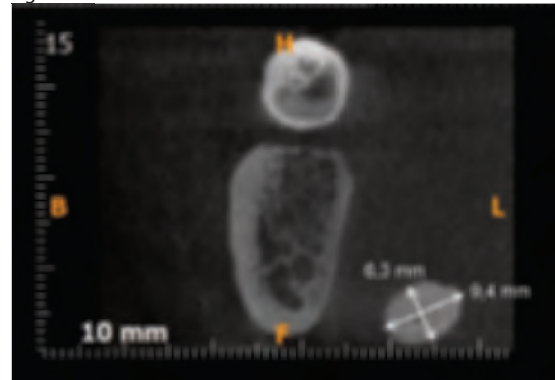


Figura 5 b



Figura 5 a - Sialólito em sua posição original

Figura 5 b - Sialólito girado em seu próprio eixo

DISCUSSÃO

Estudos confirmam que a sialolitíase é a doença mais comum das glândulas salivares, sendo a maior causa de disfunção dessas glândulas.^{7,13,14} Os episódios de sialolitíase da glândula submandibular são mais frequentes devido à composição da saliva excretada através do ducto de Wharton ser mais alcalina, apresentar uma maior viscosidade e serem encontradas maiores concentrações de cálcio e fosfato, além do curso de tal ducto ser mais sinuoso do que o das glândulas parótida e sublingual.^{2,5,10,14,15} Nosso estudo corrobora com autores que afirmam que a incidência de cálculos salivares é mais comum entre os pacientes do sexo masculino, principalmente entre os 30 e 60 anos de idade.^{2,4,6,15,16}

Neste caso clínico e também na literatura consultada, a sintomatologia é descrita como episódios recorrentes de aumento de volume da glândula, dor, edema, febre associada à inflamação local, xerostomia, drenagem de secreção purulenta pelo orifício do ducto da glândula. Estes sintomas são sugestivos de diagnóstico.^{5,7,8,9,10,15,17}

A tomografia computadorizada, utilizada como exame de imagem em nosso estudo, é considerada adequada para o diagnóstico da sialolitíase. Estudos afirmam que níveis de sensibilidade e especificidade diagnóstica com a Tomografia Computadorizada de feixe cônico são tão elevados quanto ou maior do que os obtidos com outros métodos de diagnóstico, tais como a cintilografia e ressonância magnética. Afirmam também que pela sua alta taxa de informações de diagnóstico para a dose de radiação a Tomografia Computadorizada de feixe cônico é a modalidade de imagem preferível para o diagnóstico de cálculo salivar.¹⁸

Segundo estudos, pequenos sialolitos, que não obstruem a passagem da saliva, podem ter como tratamento a fisioterapia, a ordenha da saliva e alimentos ácidos ou sialogogos, com a finalidade de estimular a produção salivar na tentativa de expulsar o sialolito.^{7,9,13} No presente caso, optamos pela cirurgia intra-oral que é realizada para sialolitos que estão próximos do orifício do ducto de Wharton.^{7,9} A sutura realizada após a cirurgia uniu o epitélio ductal ao epitélio do assoalho bucal visando orientar a formação de novo local de drenagem e evitar que o ducto se colabe.¹⁹

Quanto à sialolitos localizados no interior do parênquima das glândulas salivares, a alternativa clássica para o seu tratamento é a remoção cirúrgica da mesma juntamente com o cálculo, porém, a excisão cirúrgica tem a desvantagem de, dependendo da área em que o cálculo está posicionado, comprometer a inervação local no momento da divulsão dos tecidos, além da possibilidade de causar uma cicatriz.²⁰ No entanto, senão esta não for realizada, segundo a literatura, é comum as obstruções por períodos longos resultarem em infecções e inflamações crônicas que levam à atrofia glandular

com alterações na função de secreção salivar e, por último, à fibrose da glândula.^{5,10}

Os autores deste trabalho fizeram a tentativa da utilização de alimentos ácidos, da manobra de ordenha salivar e de orientação do paciente para sua hidratação via oral no intuito de movimentar o sialolito presente no parênquima glandular. Como a estimulação local não obteve os efeitos desejados, o paciente foi encaminhado ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e posteriormente ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário de Santa Maria, onde foi decidido pela cirurgia de exérese da glândula submandibular direita.

CONCLUSÃO

Através de um exame clínico e tomográfico da região submandibular direita, pode-se fazer um diagnóstico preciso de sialolitíase e elaborar-se um plano de tratamento adequado.

Destaca-se a tentativa de movimentação do cálculo salivar presente no parênquima glandular através de métodos não invasivos no intuito de evitar uma cirurgia de exérese glandular. A tentativa foi válida pois se pode observar a movimentação do sialolito em torno do seu próprio eixo, porém não foi capaz de levar o mesmo em direção à cavidade oral.

Após a cirurgia intra-oral dos cálculos presentes no ducto da glândula submandibular, houve remissão dos sintomas. O paciente encontra-se com ausência de dor e desconforto espontâneos e está aguardando a realização da cirurgia extra-oral para exérese da glândula submandibular direita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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
2. Azenha MR, Brentegani LG, da Silva AM, Rizoli FA, de Lacerda SA, Filho OM. Sialolito de grandes proporções localizado no ducto da glândula submandibular: diagnóstico e tratamento cirúrgico. *Odontol. Clín.-Cient.* (Online) vol.12 no.1 Recife Jan./Mar. 2013
3. Araújo FAC, Júnior ONF, Landim FS, Fernandes AV, Caubil AF. Tratamento cirúrgico de sialólito em glândula submandibular - relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.11, n.4, p. 13-18, out./dez. 2011
4. Vasconcelos MG, Vasconcelos RG, Mafra RP, Rocha AG, Queiroz LMG. Sialólito em Ducto de Gândula Submandibular. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 16(2):231-234, 2012
5. de Oliveira Filho MA, Almeida LE, Pereira JA. Sialolito gigante associado a fistula cutânea. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe* v.8, n.2, p. 35 - 38, abr./jun. 2008

6. Capaccio P, Torretta S, Ottaviani F, Sambataro G, and Pignataro L. Modern management of obstructive salivary diseases ; *Acta Otorhinolaryngol Ital.* Aug 2007; 27(4): 161–172.
7. Sunder VS, Chakravarthy C, Mikkilinine R, Mahoorkar S. Multiple bilateral submandibular gland sialolithiasis. *Niger J Clin Pract.* 2014 Jan-Feb;17(1):115-8. doi: 10.4103/1119-3077.122870.
8. Huang TC, Dalton JB, Monsour FN, Savage NW. Multiple, large sialoliths of the submandibular gland duct: a case report. *Aust Dent J.* 2009 Mar;54(1):61-5. doi: 10.1111/j.1834-7819.2008.01091.x.
9. Boynton TT, Lieblisch SE. Unusual case of a sialolith: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014 Jan;117(1):e9-10. doi: 10.1016/j.oooo.2012.03.020. Epub 2012 Aug 24.
10. Landgraf H, de Assis AF, Klüppel LE, de Oliveira CF, Gabrielli MAC. Extenso sialolito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.6, n.2, p. 29 - 34, abril/junho 2006
11. Soares GR, Silva ARS, Soubhia AMP, Miyahara GI. Considerações atuais da sialolitíase de ducto de glândula submandibular. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.31, n.1, p. 46-50, Janeiro/Junho, 2010
12. Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis management: the state of the art. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:951-956.
13. Lima AN, Milani BA, Massaine LF, de Souza AMM, Jorge WA. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe* v.13, n.1, p. 23-28 , jan./mar. 2013
14. Liao LJ, Hsiao JK, Hsu WC, Wang CP. Sublingual gland sialolithiasis: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23:590-593.
15. Vieira RRV, Farenzena KP, Mallmann CT, da Silva SO, de Carli JP. Sialolitíase: revisão de literatura e levantamento de casos. *Odonto* 2012; 20(40): 31-39
16. Ellies M and Laskawi R. Diseases of the salivary glands in infants and adolescents. *Head Face Med.* 2010; 6: 1. Published online Feb 15, 2010. doi: 10.1186/1746-160X-6-1
17. Alvarenga RL, Martins PCA, Seabra RC, Carneiro MA, de Souza NP. Sialoadenite supurativa aguda em glândula submandibular; *Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac., Camaragibe* v.9, n.3, p. 29-34, jul./set.2009
18. Dreiseidler T, Ritter L, Rothamel D, Neugebauer J, Scheer M, Mischkowski RA. Salivary calculus diagnosis with 3-dimensional cone-beam computed tomography . Received: October 5, 2009; Received in revised form: February 28, 2010; Accepted: March 9, 2010;
19. Pretto JLB, Machado RA, Silveira RL, Borges HOL, Pagnoncelli RM. Sialolito em glândula submandibular – relato de caso. *RFO*, v. 12, n. 3, p. 61-64, setembro/dezembro 2007
20. Cobos MR, Muñoz ZC, Caballero AD. Sialolitos en conductos y glándulas salivales. Revisión de literatura. *Av Odontoestomatol* v.25 n.6 Madrid nov.-dic. 2009