

SIALOLITÍASE SUBMANDIBULAR BILATERAL: RELATO DE CASO

BILATERAL SUBMANDIBULAR SIALOLITHIASIS: CASE REPORT

SÉRGIO BARTOLOMEU DE FARIAS **MARTORELLI**¹, GUSTAVO PASSOS DE FREITAS **LINS**², BRUNO DE MACEDO **SANTANA**³, ALTAMIR OLIVEIRA DE **FIGUEIREDO FILHO**^{4*}, JESSICA SILVA PEIXOTO **BEM**⁵, MARIA EDUARDA MACHADO **RODRIGUES**⁶

1. Doutor em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba, Professor titular de CBMF pela Faculdade de Odontologia do Recife - PE; 2. Cirurgião Dentista pela Faculdade de Odontologia do Recife; 3. Cirurgião-Dentista, Especialista em Periodontia pela Faculdade de Odontologia do Recife; 4. Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal de Pernambuco; 5. Cirurgião-Dentista, Residente em Odontopediatria com ênfase em pacientes com necessidades especiais pelo IMIP-PE; 6. Cirurgião-Dentista pela Faculdade de Odontologia do Recife.

* Rua Japacanga, 54/1203, Prado, Recife, Pernambuco, Brasil. CEP: 50720-130. altamir.f@gmail.com

Recebido em 22/04/2019. Aceito para publicação em 22/05/2019

RESUMO

Sialolitíase é a doença mais comum das glândulas salivares, ela é caracterizada pela obstrução do fluxo salivar por cálculos no interior dos ductos ou, em alguns casos, no parênquima glandular. A glândula submandibular é a mais acometida por essa patologia, cerca de 85% dos casos, devido a sua localização, secreção mucosserosa e por seu ducto possuir um trajeto longo e antigravitacional comparado com os demais. Sua etiologia ainda é muito discutida na literatura, havendo muitas teorias a respeito. O tratamento vai variar de acordo com o caso, podendo ser conservador ou cirúrgico. O presente trabalho teve por objetivo fazer uma revisão atualizada sobre o tema e descrever um relato de caso clínico atípico de duplo sialólito acometendo ambos os ductos excretores das glândulas submandibulares.

PALAVRAS-CHAVE: Sialolitíase, Glândula submandibular, cirurgia oral.

ABSTRACT

Sialolithiasis is the most common salivary gland disease. It is characterized by obstruction of the salivary flow rate by calculus in the duct or, in some cases, in the parenchyma. The submandibular gland is the most affected by this disease, about 85% of cases, due to its position, its secretion and size of duct, which is long and contains an anti-gravity path when compared to others. Its etiology is still much discussed in studies and literature, containing many theories around the subject. Treatment will depend on the case, leading to either a conservative or surgical treatment. The object of this study is aimed to make an updated review on the subject and describe a clinical case reporting an atypical case of double sialolithiasis affecting both excretory ducts of the submandibular glands. Therefore, it is possible to conclude that: its etiology is still much discussed in literature; the treatment should be decided by the size, location, quantity and quality of the calculus and the general conditions of the patient.

KEYWORDS: Sialolithiasis, Submandibular gland, oral surgery.

1. INTRODUÇÃO

Sialolitíase é a doença mais comum das glândulas salivares em adultos¹, sendo caracterizada pela formação de cálculos no interior do ducto ou ácino glandular, impedindo ou limitando o fluxo de saliva^{1,2}. Pode estar associada a edema e dor, e em alguns casos, resultar em infecção da glândula afetada³.

Os sialólitos podem ocorrer em qualquer faixa etária, porém são mais comuns em jovens e adultos de meia idade⁴. A glândula submandibular é a mais acometida (80% - 90%)^{2,3}, seguida pelas glândulas parótida e sublingual, raramente acometendo as glândulas salivares menores^{1,2,3,5}.

A exata etiologia do cálculo salivar ainda é desconhecida, havendo varias teorias a respeito. Uma mudança na secreção salivar e na composição da saliva representa um aumento da viscosidade da saliva, o que pode resultar na obstrução dos ductos dessa glândula³, além dos fatores anatômicos dos ductos e características da saliva^{1,2}.

A sintomatologia dos sialólitos é variada, dependendo do tamanho do cálculo. Quando estes são pequenos o fluxo salivar é normal, não causando sinais e sintomas; se maiores, pode se observar aumento repentino das glândulas, principalmente durante as refeições acompanhada de tensão e dor que diminui progressivamente com o escoamento salivar⁵. A intensidade dos sintomas varia de acordo com o grau de obstrução e a quantidade de pressão produzida no interior da glândula⁴.

Métodos de diagnóstico incluem a inspeção e a palpação, a verificação da quantidade e qualidade da saliva secretada, os exames radiográficos convencionais, a sialografia, a tomografia computadorizada, a cintilografia e a endoscopia⁶.

Comumente, os sialólitos aparecem ao exame radiográfico como massas radiopacas. Entretanto nem todos os cálculos são visíveis nas radiografias convencionais, talvez em função do grau de calcificação de algumas lesões. Eles podem ser descobertos em qualquer ponto do trajeto do ducto ou dentro da própria

glândula. Os cálculos na porção terminal do ducto submandibular são melhor visualizados com uma radiografia oclusal. Nas radiografias panorâmicas ou periapicais, a calcificação pode aparecer superposta à mandíbula, devendo ter-se cuidado para não confundir com uma lesão intra-óssea⁴.

O tratamento adequado vai depender da glândula afetada, tamanho e localização do cálculo^{1,5}. De um modo geral, técnicas conservadoras são preconizadas para os sialólitos pequenos, como hidratação do paciente, compressas mornas, massagens leves na glândula e utilização de sialogogos, resultando em expulsão espontânea do cálculo. Em casos de sialólitos maiores, o tratamento adequado é a remoção cirúrgica^{1,2}. Os sialólitos localizados na metade anterior do ducto necessitam de uma intervenção cirúrgica e os localizados na porção posterior do ducto ou intra-glandulares, por vezes obrigam a remoção total da glândula envolvida⁶. Os grandes sialólitos usualmente requerem remoção cirúrgica. Se houver ocorrido alteração inflamatória significativa no interior da glândula envolvida, ela deverá ser removida⁴.

Independentemente da modalidade terapêutica, o objetivo do tratamento está em restabelecer o fluxo salivar, levando-o a níveis fisiológicos⁷. Porém, devemos, sempre que possível, optar pelo método mais conservador ou o que mais se adequa à situação específica para o paciente³.

O diagnóstico e tratamento correto irá evitar futuras infecções e todos os seus transtornos associados aos pacientes portadores desse tipo de patologia. Assim, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão atualizada da literatura e relatar um caso de rara ocorrência de sialólito acometendo ambos os ductos excretores das glândulas submandibulares.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, melanoderma, 33 anos, natural de Recife – PE. Procurou o serviço com queixa principal dor e inchaço na região do pescoço, lado esquerdo, que aumentava quando se alimentava. Ao exame clínico apresentava aumento de volume hipertérmico na região submandibular esquerda, com dor a palpação na região. Ao exame intrabucal foi observado aumento de volume, endurecido, do assoalho de boca, com discreta supuração à palpação. Com um diagnóstico provisório de sialolitíase infectada. A medicação prescrita foi antibioticoterapia com amoxicilina 875mg, cápsulas, via oral de 12 em 12 horas durante 07 dias, mais antiinflamatório, nimesulida 100mg, via oral a cada 12 horas por 03 dias e bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12% três vezes ao dia por 07 dias.

Solicitou-se radiografia oclusal da mandíbula para confirmar diagnóstico o qual evidenciou, além da presença de sialólito submandibular esquerdo de tamanho considerável, a presença de outro sialólito de dimensões semelhantes no ducto da glândula submandibular do lado direito (Figura 1).

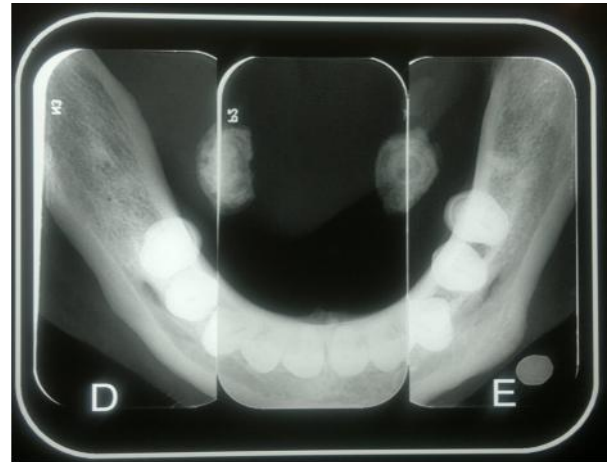


Figura 1. Radiografia oclusal de mandíbula pré-operatório

Foram solicitados exames pré-operatórios de rotina (hemograma completo, coagulograma e glicemia em jejum) e a cirurgia foi conduzida de maneira protocolar em duas etapas sob anestesia local, privilegiando inicialmente o sialólito sintomático do lado esquerdo. Através de infiltração sobre o assoalho bucal na região do ducto de Wharton, obteve-se a anestesia loco-regional. A seguir, através de uma incisão longitudinal sobre a mucosa, fez-se a divulsão e exposição do ducto excretor. Após a localização do sialólito e exérese do mesmo, posicionou-se um cateter de poliéster (sonda uretral N^o.4) fixado através de um ponto em seda número 3-0.



Figura 2. Sialólito do lado direito.

A sutura da mucosa foi empreendida através de fios de seda 3-0. Após uma semana retirou-se a sutura e a sonda foi removida. Com um intervalo de 30 dias a segunda intervenção (lado direito) foi realizada seguindo o mesmo protocolo. Os sialólitos removidos podem ser visualizados nas figuras 2, 3 e 4. O paciente evoluiu sem queixas no pós-operatório das duas intervenções.

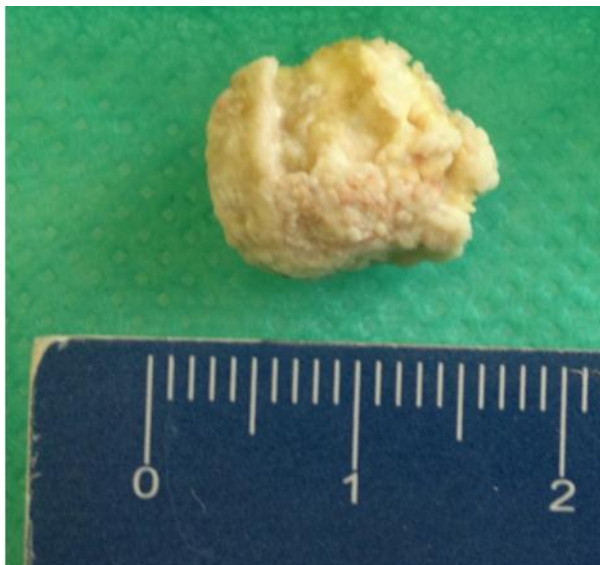


Figura 3. Sialólito do lado esquerdo.

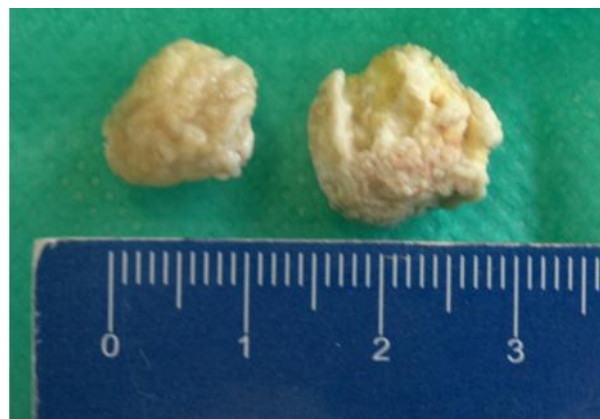


Figura 4. Sialólitos do lado direito e esquerdo, respectivamente.

3. DISCUSSÃO

A formação de sialólitos é um evento patológico obstrutivo de frequência considerável, mais de 50% dos quadros patológicos das glândulas salivares maiores⁷. Existem várias teorias a respeito de sua exata etiologia. A maior incidência dessa patologia é na glândula submandibular em detrimento das demais, devido à anatomia do canal de Wharton que apresenta um longo e antigravitacional trajeto ao circundar o músculo Milohioideo. Além dessa glândula possuir um pH alcalino e secreção mucosa^{1,2,3,9}.

No caso deste trabalho, verificou-se que o paciente apresentou perfil clínico similar aos casos relatados na literatura, sexo masculino, mais de 30 anos, localizado no ducto excretor da glândula submandibular, se queixando de dor e inchaço na região do pescoço. Porém, foi detectado outro sialólito acometendo o ducto excretor da outra glândula submandibular, o que não é observado frequentemente na literatura. Sunder *et al* (2014)⁸ relataram um caso de múltiplo sialólito

envolvendo as duas glândulas submandibulares, removidos por acesso intra oral e sem nenhuma complicação no pós-operatório. Os autores afirmaram que múltiplos sialólitos envolvendo ambas as glândulas submandibulares é uma ocorrência rara, ocorrendo em menos de 3% dos casos.

Geralmente, o paciente tem como queixa principal a dor e inchaço da glândula durante os períodos de refeição ou quando há estímulos salivatórios. Algumas vezes, essa alteração permanece assintomática, geralmente, quando a obstrução não é completa. Assim, parte da saliva consegue ultrapassar o cálculo e ser eliminada³. O presente caso deste trabalho relatou a presença de um sialólito sintomático, medindo cerca de 1,5cm na sua maior extensão, no ducto de Wharton da glândula esquerda, com queixa de dor, inchaço e aumento de volume hipertérmico, e um sialólito assintomático, medindo cerca de 1cm na sua maior extensão, no ducto da glândula submandibular direita, onde foi identificado apenas quando realizada a radiografia oclusal da mandíbula.

Para o diagnóstico da sialolitíase julgamos importante fazer uma anamnese minuciosa, um bom exame físico do paciente com palpções das estruturas anatômicas da região de cabeça e pescoço e uma boa inspeção, além dos exames de imagem. Concordamos com Manzi *et al* (2010)⁵ quando afirmam que as radiografias convencionais são bastante precisas, apesar de nem todos os cálculos serem visíveis devido ao grau de calcificação de algumas lesões. Para sialólitos localizados nos ductos excretores das glândulas submandibulares, acreditamos que o melhor exame de imagem, em relação à precisão, custo e exposição do paciente à radiação, é utilizando radiografias oclusais.

Existem diversas técnicas para tratar os sialólitos. A escolha do tratamento dependerá do sítio, tamanho, quantidade e qualidade do cálculo¹⁻⁵. Os cálculos de pequenas dimensões podem ser tratados de maneira conservadora, como massagens leves da glândula, procedimentos tipo “ordenha glandular”, medicamentos que estimulam o fluxo salivar (sialogogos), ou calor úmido^{2,4}. Os sialólitos de maiores dimensões na porção proximal dos ductos das glândulas submandibulares geralmente são tratados cirurgicamente por acesso intraoral¹⁰. Quando o cálculo está localizado no interior da glândula, ou em alguns casos na porção posterior do ducto com difícil acesso intraoral, está indicada a remoção total da glândula envolvida, por acesso extraoral⁶.

No caso relatado, o tratamento realizado em ambas as glândulas foi cirúrgico com a remoção dos sialólitos por acesso intraoral, devido à localização e tamanho dos cálculos. Após a remoção dos sialólitos, foi introduzido e fixado nos ductos excretores das glândulas um cateter intraductal com o intuito de evitar colabamento dos ductos durante o processo de cicatrização, o que poderia culminar com fenômenos de retenção salivar iatrogênico.

4. CONCLUSÃO

A ocorrência de sialólitos é maior na glândula submandibular do que nas demais, sendo rara a ocorrência bilateral, como no caso relatado. O tratamento deve ser guiado na dependência do sítio, tamanho, quantidade e qualidade do cálculo. Para sialólitos de maiores dimensões localizados nos ductos das glândulas submandibulares, a abordagem cirúrgica intraoral, sempre que possível, deve ser priorizada.

5. REFERÊNCIAS

- [1] [1] Jaeger F, Andrade R, Alvarenga RL, Galizes BF, Amaral MBF. Sialolito gigante no ducto da glândula submandibular. *Rev. Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 2012; 54(1): 33-36.
- [2] [2] Gabrielli MAC, Gabrielli MFR, Paleari AG, Conte Neto N, Silva LMC, Dantas JFC. Tratamento de sialolitíase em glândulas submandibulares: relato de dois casos. *Rev. Odontológica do Brasil Central – Robrac*. 2008; 17(44): 110-116.
- [3] [3] 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; 6(2): 29-34.
- [4] [4] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot EJ. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ªed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.
- [5] [5] Manzi FR, Silva AIV, Dias FG, Ferreira EF. Sialolito na glândula submandibular: Relato de caso clínico. *Rev. Odontológica do Brasil Central – Robrac*, 2010; 19(50): 270-274.
- [6] [6] Pretto, JLB, Machado, RA, Silveira, RL, Borges HOI, Pagnocelli RM. Sialolito em glândula submandibular – Relato de caso. *Rev. Da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo* 2007; 12(3): 61-64.
- [7] [7] Rai M, Burman R. Giant submandibular sialolith of remarkable size in the comma area of Wharton’s duct: a case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2009; 67(3): 1329-1332.
- [8] [8] Sunder, VS, Chakravarthy, C, Mikkilinine, R, Mahoorkar S. Multiple bilateral submandibular gland sialolithiasis. *Nigerian journal of clinical practice* 2014; 17(1): 115-118.
- [9] [9] Vasconcelos MG, Vasconcelos RG, Mafra RP, Rocha AG, Queiroz LMG. Sialólito em ducto de glândula submandibular. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2012; 16(2): 231-234.
- [10] [10] Araújo FAC, Júnior ONF, Landim FS, Fernandes AV, Caubi AF. Tratamento cirúrgico de sialólito em glândula submandibular – Relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* 2011; 11(4): 13-18.