

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE UM SIALOLITO GIGANTE EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO

THERAPEUTIC APPROACH OF A GIANT SIALOLITE IN SUBMANDIBULAR GLAND: CASE REPORT

ANDRÉ LUIS COSTA CANTANHEDE¹, CAROLINNE DA GLÓRIA ARAÚJO¹, SILVIO RAFAEL AMARAL PEREIRA^{2*}, JONATHAN FERREIRA COSTA³, JOSIMAR CAMELO⁴

1. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Dutra – HUUFMA; 2. Cirurgião-Dentista graduado pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA); 3. Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); 4. Cirurgião Bucomaxilofacial – Hospital Universitário Presidente Dutra – HUUFMA.

* Rua da Borboleta, 62, Anil, São Luís, Maranhão, Brasil. CEP: 65045-170. silviorapereira@gmail.com

Recebido em 03/06/2019. Aceito para publicação em 05/08/2019

RESUMO

A sialolitíase é uma patologia que acomete as glândulas salivares maiores, principalmente a glândula submandibular, estima-se que ela afeta 1,2 % da população adulta e o seu tamanho varia em torno de 1 a 10 mm, no entanto, quando é superior a 15 mm é denominado de sialolito gigante. O seu diagnóstico é baseado na história clínica, exames físicos e exames complementares de imagem. A abordagem terapêutica é escolhida de acordo com o tamanho, localização e o número de sialolitos, que vão desde técnicas minimamente invasivas a técnicas cirúrgicas. O objetivo do presente estudo foi descrever um caso clínico raro de um paciente com um sialolito gigante no interior do ducto da glândula submandibular direita situado na região anterior do ducto de Wharton, o qual foi tratado por via cirúrgica intraoral, através de incisão no soalho bucal, para restabelecer a função glandular.

PALAVRAS-CHAVE: Glândula submandibular, cálculos salivares, cirurgia bucal.

ABSTRACT

Sialolithiasis is a pathology that affects the major salivary glands, mainly the submandibular gland, it is estimated that it affects 1.2% of the adult population and its size varies around 1 to 10 mm, however, when it is superior to 15 mm is called the giant sialolite. Your diagnosis is based on your medical history, physical examination, and imaging tests. The therapeutic approach is chosen according to the size, location and number of sialoliths, ranging from minimally invasive techniques to surgical techniques. The objective of the present study was to describe a rare case of a patient with a giant sialolite inside the duct of the right submandibular gland located in the anterior region of the Wharton duct, which was treated by intraoral surgical procedure through incision in the floor of the mouth, to restore glandular function.

KEYWORDS: Submandibular gland, salivary calculi, surgery, oral.

1. INTRODUÇÃO

A sialolitíase é uma das causas mais comuns de alterações inflamatórias nas glândulas salivares maiores¹, essa condição pode acometer o sistema ductal ou parênquima glandular, suas principais causas de obstrução são relacionadas aos cálculos salivares (60-70%), estenose (15-20%) e sialolitos (5-10%)². Estima-se que ela afeta 1,2 % da população adulta, com maior prevalência no sexo masculino (2:1)^{1,2,3}. O tamanho do sialolito varia em torno de 1 a 10 mm, no entanto, quando é superior a 15 mm é denominado de sialolito gigante, podendo atingir até 70 mm^{1,2}.

A Glândula submandibular é a mais acometida (80-95%), seguida pela glândula parótida com 5-20% e da glândula sublingual de 1-2%^{2,3}. Isto se deve devido à localização anatômica do seu longo e tortuoso ducto (Wharton), seu trajeto ascendente e estreito orifício⁵, além disso, pela composição da saliva rica em mucina que desempenha um papel importante para a formação de cálculos⁴.

Os exames de imagens para o diagnóstico incluem as radiografias panorâmicas e oclusais, e para sialolitos pouco calcificados utiliza a tomografia computadorizada e/ou ultrassom⁵. Atualmente a sialoendoscopia é um exame que vem sendo aceito para o diagnóstico e tratamento de cálculos salivares.^{5,6} A sialolitíase é uma doença assintomática, mas pode ocorrer episódios de dor e inchaço na glândula durante as refeições, devido à obstrução do ducto e do aumento secretivo da saliva; infecção recorrente no soalho bucal também é possível^{7,8,9,10,11,12}. A abordagem terapêutica é escolhida de acordo com o tamanho, localização e o número de sialolitos, que vão desde técnicas minimamente invasivas como palpação bimanual, litotripsia por ondas de choque e remoção por sialoendoscopia; e as técnicas cirúrgicas, como a remoção intraoral, sialodenectomia e com laser de dióxido de carbono (CO₂)^{13,14}.

O objetivo do presente estudo foi descrever um

caso clínico raro de um paciente com um sialolito gigante no interior do ducto da glândula submandibular direita situado na região anterior do ducto de Wharton, o qual foi tratado por via cirúrgica intraoral, através de incisão no soalho bucal, para restabelecer a função glandular.

2. CASO CLÍNICO

Paciente de gênero feminino, leucodema, 38 anos, foi encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Dutra-MA, queixando-se de disfagia, dor com aumento de volume em soalho bucal e drenagem de secreção purulenta local. A mesma relata que não apresentou episódios de febre. Sua história médica pregressa era extinta de comorbidades ou alergias.

No exame físico não foi evidenciado linfadenopatia e aumento de volume extra bucal (Figura 1), no entanto, no aspecto intra bucal evidenciava-se aumento de volume endurecido e sensível à palpação, com drenagem ativa de secreção purulenta ao mínimo toque. A paciente foi medicada com clindamicina 300mg de 8 em 8 horas e bochechos com digluconato de clorexidina 0,12%, ambos por 7 dias, até que pudesse realizar exame de imagem tomográfico.



Figura 1. Exame clínico extra oral, demonstrando ausência de aumento de volume ou hiperemia.

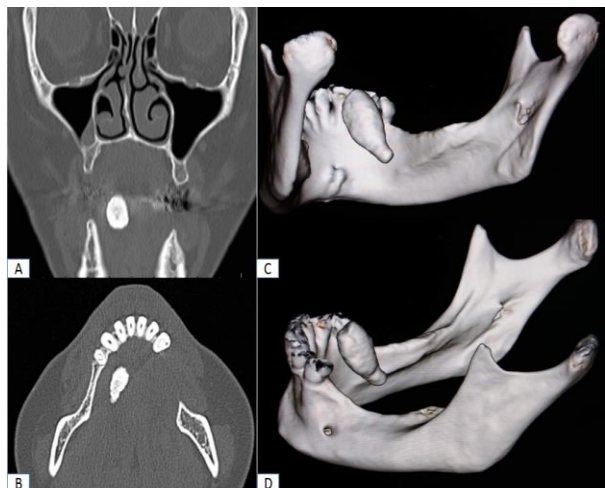


Figura 2. Tomografia da face: A-B - cortes coronais e axiais demonstrando presença de massa hiperdensa, bem circunscrita na parte medial de corpo mandibular e trajeto de do ducto da glândula submandibular. Reconstrução 3D evidenciando a significativa dimensão do sialolito C-D.

Após uma semana, a paciente encontrava-se com o mesmo aspecto de aumento de volume doloroso intra

bucal a direita, mas em drenagem ativa de secreção. Exame tomográfico (Figura 2), evidencia-se massa hiperdensa em região correspondente a borda interna do corpo mandibular, por onde transita o ducto da glândula submandibular (Warthon), sugestivo de sialolito.

No mesmo dia, foi realizado procedimento cirúrgico sob anestesia local com infiltração local (Articaina 4% + epinefrina 1:100.000) em soalho bucal para bloqueio de nervo lingual e obtenção de hemostasia. Incisão em mucosa com dissecação cuidadosa, permitiu a remoção sem fragmentação do cálculo salivar, preservando-se estruturalmente o ducto; sutura com pontos simples com seda 4.0mm foi realizada e a paciente liberada com antibioticoterapia e analgesia, bem como bochechos diários com clorexidina 0,12% (Figura.3).



Figura 3. A - aspecto intra bucal de saída de ducto de Wharton direito com drenagem ativa de secreção purulenta, B - alargamento do ducto com pinça hemostática para remoção conservadora do sialolito. C - sutura e D - Aspecto macroscópico da peça, medindo aproximadamente. 2.5cm.

A paciente retornou após 10 dias para remoção de suturas, sem queixas, e não apresentando após 2 meses de acompanhamento, evidência de recidiva do quadro.

3. DISCUSSÃO

Os sialolitos gigantes na glândula submandibular são considerados casos raros, uma pesquisa realizada por Ledesma-Monte *et al* (2007)¹⁵ sobre sialolitos com medição maior ou igual 35mm, relataram apenas 16 casos e, dentre estes, apenas um foi encontrado no ducto de Stensen da glândula parótida e o restante no ducto ou no parênquima da glândula submandibular. Estes sialolitos variam de tamanhos, formas e podem chegar até 70mm de comprimento¹⁵.

A sialolitíase na glândula submandibular geralmente tem um curso assintomático, mas a sintomatologia dolorosa pode vir quando ocorre a obstrução do lúmen do ducto Wharton pelo sialolito, com consequentemente, acumulação de saliva resultando em dor e inchaço da glândula, além disso, se a obstrução persistir por um longo período, pode ocorrer a infecção recorrente da glândula (sialadenite) por migração retrógrada bacteriana pelo ducto salivar e a estase da secreção salivar, resultando em uma atrofia da glândula com perda de função secretora até chegar finalmente no estado de fibrose^{5,11}.

O diagnóstico de sialólitos no ducto da glândula submandibular é baseado na história clínica e nos exames físicos, e com a utilização de exames complementares de imagem⁹. Além destes, a palpação manual e a sondagem do canal do ducto podem ser utilizadas para a investigação⁶. Os exames de imagem mais utilizado é a radiografia oclusal e panorâmica pois apresentam vantagens como precisão, acurácia satisfatória na detecção de sialólitos, acessibilidade e o custo ser relativamente baixo¹⁶.

À abordagem terapêutica de sialólitos gigantes tem o objetivo de remover o fator causal da obstrução da glândula, reestabelecendo a secreção salivar e preservando a sua função^{6,11}. Os exames de imagem pré-operatória são exames de diagnóstico inicial válido e dentre elas a tomografia computadorizada é o padrão ouro. A escolha do tratamento depende do local, tamanho, forma e de quantidades de sialólitos⁵. Além disso, outros fatores como a proximidade do nervo lingual ao ducto da glândula submandibular e dos sialólitos de serem mais aderentes ao tecido circundante da glândula submandibular, torna-o menos móveis e mais difícil de remover⁶.

4. CONCLUSÃO

Existem vários métodos disponíveis para o tratamento de sialolitíase, dependendo da glândula afetada e da localização do sialólito. Dentre os tratamentos, devem sempre verificar as vantagens e as desvantagens de cada procedimento, e também as possíveis complicações pós-operatórias como a lesão do nervo lingual e a estenose da secreção salivar.

No presente caso, o tratamento proposto através da cirúrgica por meio de acesso direto intrabucal possibilitou benefício à paciente por ser menos oneroso, com baixos riscos e uma recuperação mais rápida.

REFERÊNCIAS

- [1] Capaccio P, Clemente IA, McGurk M, *et al.* Transoral removal of hiloparenchymal submandibular calculi: a long-term clinical experience. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2011; 268:1081-1086.
- [2] Witt RL, Iro H, Koch M, *et al.* Minimally invasive options for salivary calculi. *Laryngoscope.* 2012; 122:1306.
- [3] Oliveira T de P, Oliveira IN, Pinheiro EC, *et al.* Giant sialolith of submandibular gland duct treated by excision and ductal repair: a case report. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016; 82(1):112-5.
- [4] Matsunobu T, Kurioka T, Miyagawa Y, *et al.* Minimally invasive surgery of sialolithiasis using sialendoscopy. *Auris Nasus Larynx.* 2014; 41:528.
- [5] Iqbal A, Gupta AK, Natu SS, *et al.* Unusually large sialolith of Wharton's duct. *Ann Maxillofac Surg.* 2012; 2(1):70-3.
- [6] Zenk J, Constantinidis J, Kydles S, *et al.* Clinical and diagnostic findings of sialolithiasis [in German]. *HNO.* 1999; 47:963-969.
- [7] Bodner L. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94:320
- [8] Batori M, Mariotta G, Chatelou H, *et al.* Diagnostic and surgical management of submandibular gland sialolithiasis: report of a stone of unusual size. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2005;9(1):67-8.
- [9] Jardim EC, Ponzoni D, de Carvalho OS, *et al.* Sialolithiasis of the submandibular gland. *J Craniofac Surg.* 2011; 22(3):1128-31
- [10] Nahieli O, Nakar LH, Nazarian Y, *et al.* Sialoendoscopy: a new approach to salivary gland obstructive pathology. *J Am. Dent Assoc.* 2006; 137:1394.
- [11] Arslan S, Vuralkan E, Çobanoğlu B, *et al.* Giant sialolith of submandibular gland: report of a case. *Journal of Surgical Case Reports.* 2015; 4, 1–3.
- [12] Yiu AJ, Kalejaiye A, Amdur RL, *et al.* Association of serum electrolytes and smoking with salivary gland stone formation. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 45(6):764-8.
- [13] Baumash HD. Submandibular salivary stones: current management modalities. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62(3):369-78.
- [14] McGurk M, Escudier MP, Brown JE. Modern management of salivary calculi. *Br J Surg.* 2005; 92:107.
- [15] Ledesma-Montes C, Garcés-Ortiz M, Salcido-García JF, *et al.* Giant sialolith: case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(1):128-30.
- [16] Kim JH, Aoki EM, Cortes AR, *et al.* Comparison of the diagnostic performance of panoramic and occlusal radiographs in detecting submandibular sialoliths. *Imaging Sci Dent* 2016; 46(2):87-92.