

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE SIALOLÍTO DE GRANDES DIMENSÕES EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO

Fabrizio Henrique Pereira de Souza¹, acadêmico de odontologia, Universidade Paulista, Goiânia-GO, Brasil, fabriciodontounip@hotmail.com

Cristiane Gonçalves Teixeira¹, acadêmico de odontologia, Universidade Paulista, Goiânia-GO, Brasil, cristiane@gmail.com

Cláudio Maranhão Pereira³, Doutor em Estomatopatologia – FOP/UNICAMP, Professor Titular de Estomatologia da Universidade Paulista, Goiânia-GO, Brasil, Professor de Patologia Oral, Estomatologia e Farmacologia do curso de Odontologia – ICESP/Brasília. claudiomaranhao@hotmail.com.

Autor correspondente:

Claudio Maranhão Pereira
Faculdade de Odontologia – ICESP/Brasília
Coordenação de Odontologia
QS 5 - Águas Claras, Brasília - DF, 71961-540
Brasília-DF/BRASIL
e-mail: claudiomaranhao@hotmail.com;

Declaração conflito de interesse: nada a declarar

Transferência de direitos autorais: todos os autores concordam com o fornecimento de todos os direitos autorais a Revista Ciência e Odontologia

Resumo

Os sialolitos são formações calcificadas que ocorrem no parênquima das glândulas salivares ou em seus ductos. Dentre as glândulas salivares, as submandibulares são as mais acometidas e representam cerca de 80% dos casos relatados. Os sialolitos maiores do que 15 mm são mineralizações consideradas raras e poucos casos foram descritos. Essas mineralizações necessitam de remoção cirúrgica na maioria dos casos por via extraoral, sob anestesia geral. Casos de expulsão espontânea podem ser observados, no entanto, somente nos casos de mineralizações de pequenas dimensões. Mesmo a remoção cirúrgica sendo o tratamento de escolha de mineralizações de grandes dimensões, essas devem ser minuciosamente planejadas em decorrência das

sequelas que por ventura podem causar no paciente. A manutenção destas alterações no interior do sistema ductal pode acarretar em sialodentes, hipossalivação e consequente desequilíbrio da microbiota oral favorecendo a infecções fúngicas oportunistas, cárie dentária, alteração do paladar dentre outras consequências. Portanto, esse estudo relata um caso de sialolito de grandes dimensões em uma glândula submandibular direita removido cirurgicamente por via intra bucal.

Palavras-chave: Litíase, Glândula Submandibular, Técnicas de Diagnóstico por Cirurgia

Abstract

Sialolites are calcified formations that occur in the parenchyma of the salivary

Enviado: abril de 2019
Revisado: junho de 2019
Aceito: agosto de 2019

glands or in their ducts. Among the salivary glands, the submandibular glands are the most affected and represent about 80% of reported cases. Sialoliths larger than 15 mm are mineralizations considered rare and few cases have been described. These mineralizations require surgical removal in most cases through the extraoral route under general anesthesia. Cases of spontaneous expulsion can be observed, however, only in the case of small mineralizations. Even though surgical removal is the treatment of choice for large mineralizations, these should

be carefully planned due to the sequelae that they may cause to the patient. The maintenance of these alterations within the ductal system can lead to sialadenitis, hyposalivation and consequent oral microbiota imbalance favoring opportunistic fungal infections, dental caries, taste alteration among other consequences. Therefore, this study reports a case of large sialolith in a right submandibular gland surgically removed intraorally.

Key words: Lithiasis, Submandibular Gland, Surgery Diagnostic Techniques

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é caracterizada pela presença de estruturas mineralizadas no interior do sistema ductal de glândulas salivares maiores ou menores^{1,2}. A formação do cálculo não possui uma causa específica, sendo atribuída à mudanças na secreção e na composição da saliva expelida, traumas, além da disposição anatômica da glândula. O tamanho do cálculo normalmente é menor que 10mm, mas em casos raros podem ultrapassar os 15 mm sendo caracterizados como cálculos gigantes^{3,4,5}. A Incidência de cálculos salivares sintomáticos é de 59 casos por milhão por ano, sendo mais comum entre os pacientes do sexo masculino com picos de incidência entre 30 e 60 anos de idade^{6, 7,8}. A sialolitíase é responsável por mais de 50% das doenças das glândulas salivares maiores e é, portanto, a causa mais comum de infecções crônicas⁹.

Para o diagnóstico da sialolitíase o exame clínico deve ser associado ao exame radiográfico^{1, 10}. 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 cálculo¹¹.

Portanto, o objetivo desse estudo é relatar um caso clínico de um sialolito de grandes dimensões removido cirurgicamente.

RELATO DE CASO

Paciente R. L. F., sexo masculino, 48 anos e 3 meses, melanoderma, foi encaminhado para avaliação clínica em decorrência de alteração detectada por radiografia de rotina ortodôntica.

Segundo relatos do paciente, há cerca de 2 meses foi observado o surgimento de um aumento de volume em baixo da língua. A alteração era assintomática, estável e não dificultava a realização das funções estomatognáticas. Em adição, o paciente não relatou dor ou dificuldade de alimentar-se em decorrência da alteração. Durante o exame clínico foi possível observar ligeira tumefação no assoalho da cavidade oral próxima a carúncula da glândula submandibular direita. A alteração era consistente a palpação e apresentava limites imprecisos (Figura 1). No exame radiográfico panorâmico foi observada uma imagem radiopaca circunferencial em região anterior e direita de mandíbula com diâmetro de aproximadamente 35 mm (Figura 2).



Figura 1. Exame e aspecto clínico da alteração. É possível observar aumento de volume no assoalho bucal do lado direito. (Recortar essa foto apenas cavidade oral)

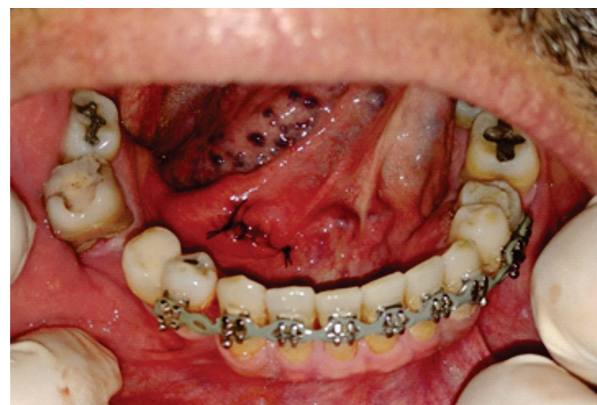


Figura 4. Aspecto clínico do local após a sutura.

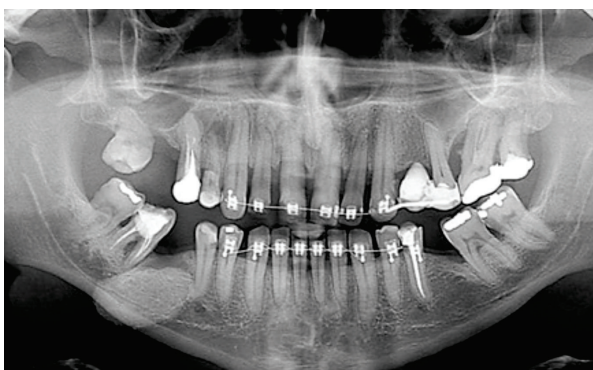


Figura 2. Radiografia Panorâmica. É possível observar imagem radiopaca, bem delimitada, com cerca de 3 cm em seu maior diâmetro.

Com base nos dados clínicos e radiográficos sugeriu-se a hipótese diagnóstica de sialólito. Em decorrência da localização e tamanho foi optado pela remoção cirúrgica da alteração, confirmando o diagnóstico de sialolitíase (Figura 3 e 4).

Atualmente, o paciente encontra-se em acompanhamento clínico e, após 2 meses, não apresentou sinais de recidiva ou outras alterações locais.

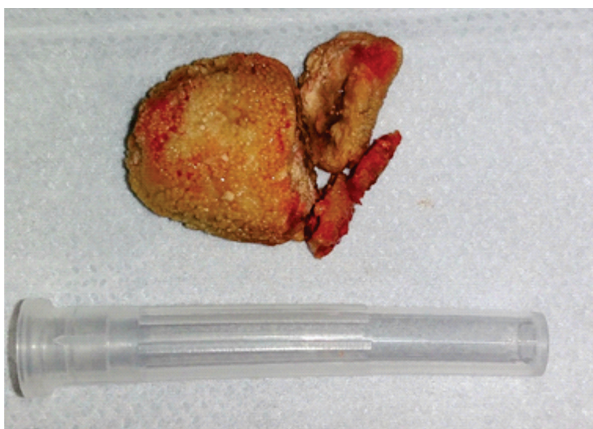


Figura 3. Aspecto macroscópico do sialólito após sua remoção.

DISCUSSÃO

Sialólitos são definidos como estruturas calcificadas, que se desenvolvem nas glândulas salivares maiores e/ou em seus ductos, podendo estar associados, ainda, às glândulas salivares menores. Em geral, são assintomáticos e de evolução lenta¹². No caso clínico apresentado foi possível observar um aumento de volume no assoalho bucal, assintomático e que não atrapalhava funcionalmente o sistema estomatognático do paciente.

Em casos de sialolitíase, é de suma importância a avaliação do exame radiográfico para complementar o exame clínico. Esse é um exame que auxilia no diagnóstico e nos orienta a forma de tratamento que será abordada. A escolha do tratamento está diretamente ligada à localização do sialólito. O tratamento de escolha, quando possível, é a remoção de sialólito via acesso intraoral. A incisão no assoalho de boca é pouco associada a complicações, como por exemplo uma fístula salivar, e permite exposição do ducto afetado e visualização do sialólito. O ducto é, então, suturado à mucosa oral, deixando-o aberto para adequada drenagem¹³. No caso descrito, procedeu-se desse modo, não havendo complicações pós-operatórias, como a fístula salivar, que é de difícil resolução e de prognóstico desfavorável.

CONCLUSÃO

O relato de caso clínico teve o intuito de demonstrar o diagnóstico, a conduta clínica e a técnica cirúrgica para a remoção de sialólitos no ducto da glândula submandibular,

sendo fundamental a interpretação do exame de imagem correlacionando com os achados clínicos, proporcionando assim um procedimento cirúrgico minimamente invasivo e que não atrapalhe as funções estomatognáticas do paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves NS, Soares GG, Azevedo RS, Camisasca DR. Sialólito de grandes dimensões no ducto da glândula submandibular. *RevAssoc Paul CirDent* 2014;68(1):49-53.
2. Azenha MR, Brentegani LG, da Silva AM, Rizoli FA, de Lacerda SA, Filho OM. Sialólito de grandes proporções localizado no ducto da glândula submandibular: diagnóstico e tratamento cirúrgico. *Odontol. Clín.-Cient. (Online)* vo12 no.1 Recife Jan./Mar. 2013.
3. Alvarenga RL, Andrade R, Amaral MBF, Galizes BF, Jaeger F. Sialólito gigante no ducto da glândula submandibular. *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.* 2013;54(1) 33-36.
4. Assis AF, Gabrielli MAC, Kluppel LE, Landgraf H. Extenso sialólito no ducto da glândula submandibular: relato e caso. *Rev. Cir. Traumatol. Bucomaxilo-fac., Camaragibe* v.6, n.2, p.29-34, 2006.
5. Miyahara GI, Silva ARS, Soares GR, Soubhia AMP. SOARES. Considerações atuais da sialolitíase de ducto de glândula submandibular. *Rev. Odontológica de Araçatuba.* , 2010;31(1): 46-50.
6. Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis. A survey on 245 patients and a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990;19:135-138.
7. Escudier MP, McGurk M. Symptomatic sialoadenitis and sialolithiasis in the English population, an estimate of the cost of hospital treatment. *Br Dent J* 1999;186:463-466.
8. Capaccio P, Torretta S, Ottavian F, Sambataro G, Pignataro L. Modern management of obstructive salivary diseases. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2007;27:161-172.
9. Zenk J, Benzel W, Iro H. New modalities in the management of human sialolithiasis. *Minimallyinvasive therapy* 1994; 3: 275-284.
10. Boynton TT, Liebllich 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.
11. 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.
12. Calabria MF. Sialolithiasis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 1959;27:31-8.
13. Rocha AM, Santos TS, Amaral MF. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.11, n.4, p. 55-58, out./dez. 2011.