

SIALOLITÍASE EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO

SIALOLITHIASIS IN THE SUBMANDIBULAR GLAND: A CLINICAL REPORT

Joana Ramos-Jorge¹
Thiago Motta-Rêgo¹
Cássio Roberto Rocha dos Santos²

RESUMO

Os sialólitos 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 isso se deve, em 80% dos casos, à anatomia da glândula e de seu ducto, sendo que a presença do sialólito é mais comum no ducto. Os sialólitos maiores do que 15mm são considerados raros e poucos casos foram descritos. Essas mineralizações necessitam de remoção cirúrgica, muitas vezes por via extrabucal, sob anestesia geral. Foram relatados casos da coexistência de sialolitíase e patologias malignas; por isso, um diagnóstico precoce é de extrema importância bem como a preservação, por um longo período. Este estudo apresenta um caso de sialólito maior do que 15mm, supostamente situado no parênquima da glândula submandibular e que foi removido cirurgicamente por via intrabucal.

Descritores: sialolitíase; glândula submandibular; sialoadenite.

INTRODUÇÃO

As litíases das glândulas salivares são condições caracterizadas pela obstrução de uma glândula salivar ou de seu ducto excretor, devido à formação de uma massa calcificada ou sialólito, que resulta em ectasia salivar, podendo até provocar dilatação do ducto da glândula¹. Quimicamente, os sialólitos são condensações de sais de cálcio, como fosfato de cálcio e carbonato de cálcio².

Dentre as doenças das glândulas salivares, 30% dos casos se referem à sialolitíase. A glândula submandibular é a mais comumente acometida (83 a 94%), seguida pelas glândulas parótida (4 a 10%) e sublingual (1 a 7%)¹. Alguns autores acreditam que as razões para a glândula submandibular ser a mais acometida se devem ao fato de que a saliva, produzida por essa glândula, é rica em muco e mais viscosa, e também pelo fato de a trajetória ascendente do ducto ser longa e sinuosa³.

A sialolitíase ocorre com uma frequência aproximada de 1,2% na população, sendo mais comum em adultos (\pm 40 anos) do gênero masculino, embora possa aparecer em jovens, idosos^{1,4} e, mais raramente, em crianças⁵.

Os sintomas da sialolitíase são bastante sugestivos do diagnóstico, sendo que a dor pode ser somente um dos sintomas, podendo ocorrer em 83% dos casos⁶. Recentemente, Graziani et al. (2006)⁷ relataram um caso assintomático de sialolitíase. O sialólito estava situado no ducto da glândula submandibular e media 22mm. A confirmação do diagnóstico foi feita por meio da ultra-sonografia.

1- Graduação Odontologia - UFVJM.

2- Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Bucal - UFVJM.

Diversas técnicas de imagiologia são usadas para confirmação do diagnóstico clínico de sialolitíase; dentre elas, a radiografia convencional, a ultra-sonografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a sialografia. A radiografia é o método mais comum para o diagnóstico de sialolitos e ainda é bastante útil nos casos em que recursos mais complexos não estão disponíveis. Mas, atualmente, o método mais eficaz para confirmação do diagnóstico de sialolitíase é a ultra-sonografia, que substituiu a sialografia⁸. Há alguns anos, a sialografia foi uma técnica de diagnóstico amplamente utilizada, mas, por ser invasiva, não era indicada em casos de infecções agudas ou em casos de pacientes que apresentavam sensibilidade às substâncias que contêm iodo⁹.

As dimensões de um sialolito podem variar bastante, mas, na maioria dos casos, são menores do que 10mm¹⁰. No caso de pequenos sialolitos, é aconselhável tentar um tratamento não-cirúrgico, como, por exemplo, tratamentos espasmolíticos, por meio da ordenha, dietéticos, através do consumo de substâncias sialogogas e também com antibióticos¹¹. Apenas 7% dos sialolitos são maiores do que 15mm, sendo que poucos casos foram relatados¹². Nesses casos de sialolitos de grandes dimensões, devem ser realizadas intervenções cirúrgicas¹³.

Nos últimos dez anos, modalidades de tratamentos conservadores têm sido desenvolvidas, como a litotripsia, que promove a fragmentação dos sialolitos¹⁴. De acordo com Andretta et al. (2005)¹⁵, a maior eficiência desse tratamento encontra-se na glândula parótida em comparação com a glândula submandibular (57% versus 33%), sendo que, em 68% dos 15 pacientes estudados, a litotripsia foi eficiente após 10 anos.

Uma grave consequência da permanência do sialolito é a infecção da glândula salivar, levando ao aparecimento da sialoadenite crônica¹.

CASO CLÍNICO

Paciente R.J.S., sexo masculino, feoderma, 46 anos e dois meses de idade, procurou a Clínica de Cirurgia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, queixando-se de sintomatologia dolorosa e de uma tumefação na região basilar do lado direito da mandíbula e assoalho bucal. Durante a anamnese, o paciente relatou que a tumefação apareceu há um ano e, há uma semana, tinha começado a doer. Não foi identificado um fator predisponente para

o desenvolvimento do sialolito, pois o paciente não fazia uso de medicamentos que pudessem reduzir a atividade secretória, e também não relatou história de infecção da glândula salivar. Ao exame clínico extrabucal, a assimetria facial foi evidente e o nódulo, de consistência dura, firme, estava situado na região abaixo do corpo da mandíbula, próximo ao ângulo (Figura 1).



Figura 1. Assimetria facial - aumento de volume na região submandibular direita.

Ao exame intrabucal, constatou-se excreção de pus através da carúncula sublingual (Figura 2) e a palpação intrabucal do nódulo também foi possível. A hipótese diagnóstica era de sialolitíase, que foi confirmada por meio de tomadas radiográficas panorâmica e oclusal lateralizada (Figuras 3 e 4), não sendo possível sua visualização na radiografia oclusal convencional (Figura 5). Através da radiografia panorâmica, foi feita uma estimativa da dimensão do cálculo, que era de 20 mm em seu maior diâmetro, e as radiografias sugeriram que o cálculo, por estar na região basilar da mandíbula, podia não estar situado no ducto e, sim, no parênquima da glândula, uma situação mais rara. Apresentando tal medida, a remoção por técnica não-cirúrgica seria inviável e o fato de a palpação intrabucal do sialolito ter sido possível indicou que a remoção cirúrgica podia ser realizada por via intrabucal.



Figura 2. *Eliminação de pus pela carúncula sublingual*

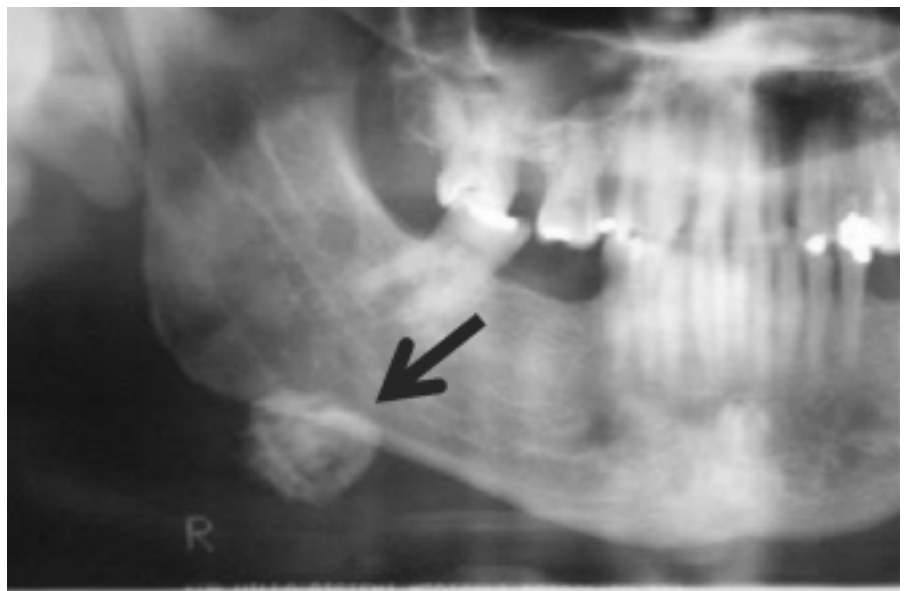


Figura 3. *Radiografia panorâmica evidenciando o posicionamento do sialólito*

A primeira decisão foi tratar a dor e a infecção. A dor foi tratada com medicação analgésica (Paracetamol 750mg), e a infecção bacteriana foi tratada com antibiótico (Amoxicilina 500mg.).



Figura 4. Tomada radiográfica oclusal lateralizada mostrando a posição do sialolito.



Figura 5. A visualização do sialolito não foi possível por meio da radiografia oclusal convencional.

Após o término do tratamento medicamentoso, foi realizada a remoção cirúrgica do sialolito. Inicialmente, realizou-se a anestesia por bloqueio regional; em seguida, a incisão, a divulsão e, após a visualização do cálculo (Figura 6), foi feita a sua remoção (Figura 7 e 8). Neste caso, não foi realizada a sialoadenectomia e, após quatro meses de preservação, a glândula salivar apresentava sinais e sintomas de normalidade (Figuras 9 e 10). Diante disso, este paciente deverá ser preservado por um longo período.



Figura 6. *Visualização do sialolito*



Figura 7. *Remoção do sialolito*

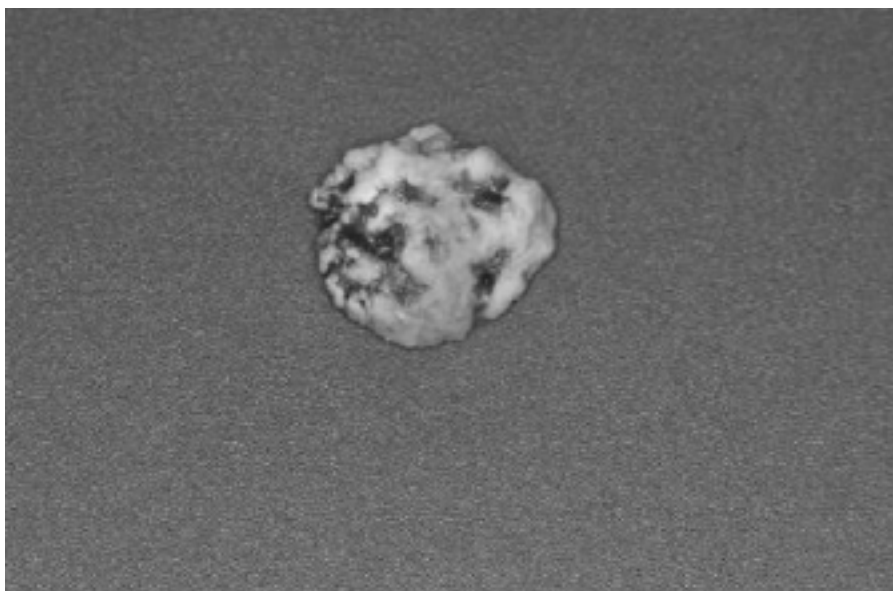


Figura 8. *Sialolito*



Figura 9. *Simetria facial – quatro meses após*

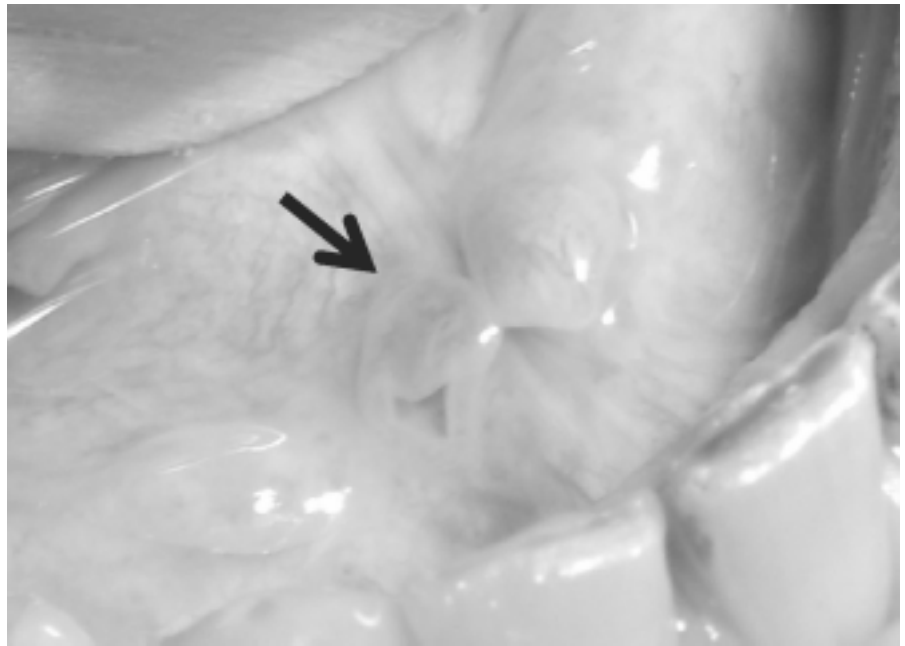


Figura 10. *Eliminação de saliva pela carúncula sublingual*

DISCUSSÃO

A sialolitíase é a doença mais comum das glândulas salivares e é a maior causa de disfunção dessas glândulas¹⁶, podendo ser assintomática por um longo período^{17, 18}. Entretanto, alguns autores relataram que a sialolitíase pode ser sintomática^{19,20,21}. Para a formação do cálculo salivar, são necessárias a estagnação salivar e a precipitação de sais salivares. Neste estudo, relatamos um caso de sialolitíase, em que o paciente não apresentava histórias de trauma, uso de medicamentos que inibissem a atividade secretória da glândula ou infecção, tendo relatado o aparecimento de sintomatologia dolorosa apenas uma semana antes da consulta. Assim, supõe-se que a sialolitíase estava assintomática por um longo período.

A confirmação do diagnóstico clínico de sialolitíase pode ser feita por diversas técnicas como tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia, sialografia e radiografia convencional⁹. Apesar de alguns autores acreditarem que a sialografia é a técnica mais adequada para essa confirmação, a injeção retrógrada de contraste pode exacerbar a inflamação e disseminar a infecção, sendo contra-indicada em casos de sialoadenites^{9,22}. Além disso, a injeção de contraste pode deslocar o sialolito para regiões mais profundas, dificultando sua remoção²³. Devido a essas adversidades, a sialografia foi, recentemente, substituída pela ultra-

sonografia¹². Andretta et al. (2005)¹⁵ afirmaram que a ultrasonografia deve ser o exame de primeira escolha no diagnóstico de sialolitíase.

A maioria dos cálculos é encontrada em pacientes do gênero masculino e de meia-idade. Usualmente, os cálculos são menores do que 10mm e situam-se, mais frequentemente, no ducto da glândula submandibular. Os sialólitos maiores do que 15mm são considerados raros¹. Neste estudo de caso, o paciente era do gênero masculino, de meia-idade, e o sialólito tinha um tamanho aproximado de 20mm e estava supostamente situado no parênquima da glândula submandibular, uma vez que sua aparência radiográfica sugeria tal situação.

De acordo com Tommasi²⁴, a remoção cirúrgica de sialólitos é feita na maioria dos casos e, somente quando o cálculo é pequeno e situa-se perto da abertura do ducto excretor, o cateterismo e a dilatação do canal apresentam êxito. Já os cálculos maiores devem ser removidos cirurgicamente, como foi realizado no caso exposto.

A coexistência de sialólitos e patologias malignas tem sido relatada atualmente. O mieloma múltiplo²⁴ e o linfoma²⁵ foram encontrados em associação com o sialólito na glândula parótida. Recentemente, Batzakakis et al.¹⁷ relataram um caso de sialolitíase associada ao carcinoma adenóide cístico na glândula submandibular. Além dessa coexistência, é importante realizar o diagnóstico diferencial da sialolitíase com os neoplasmas das glândulas salivares. Diante disso, a elaboração de um diagnóstico preciso é essencial para planejar o tratamento e também para o bom prognóstico e bem-estar do indivíduo.

CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce de sialolitíase é fundamental para evitar o desconforto de uma cirurgia para o paciente. Entretanto, quando esta é necessária, deve-se utilizar de técnicas menos invasivas como a utilizada neste caso clínico, já que as técnicas mais invasivas necessitam de um acesso extrabucal, sob anestesia geral.

ABSTRACT

The sialoliths are calcified masses that develop in the parenchyma of the salivary glands or in their ducts. Sialolithiasis may occur in any major salivary gland, but it is most common in the submandibular gland. 80% of sialolith in the submandibular gland is due to the anatomy of this gland and its duct; and, the presence of sialolith is most frequent in the duct. The giant calculi (>15mm) are considered rare and few cases have been reported. These calculi need surgical removal. Usually, it is performed extraorally, under general anesthesia. Sialolithiasis and malignancies coexistence was reported. This is the reason why a precocious diagnosis is very important, as well as patient's preservation for a long time. This study shows a case of sialolith bigger than 15mm, supposedly located in the parenchyma of the submandibular gland, surgically and intraorally removed.

Key words: sialolithiasis; submandibular gland; sialoadenitis.

REFERÊNCIAS

1. Lustman J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis: a survey on 245 patients and review of the literatura. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 19: 135-138.
2. Anneroth G, Eneroth CM, Isacson G. et al. Ultrastructure of salivary calculi. *Scand J Dent Res.* 1978b; 86:182.
3. Takeda Y, Oikawa Y, Satoh M et al. Sialolith of the submandibular gland with bone formation. *Path International.* 2003; 53: 309.
4. McGurk M, Escudier M, Brown J. Modern management of salivary calculi. *Br J Surg.* 2005; 92:107-112.
5. Nahlieli O, Eliav E, Hasson O, Zagury A, Baruchin AM. Pediatric sialolithiasis. *Oral Surg Oral Méd Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000; 90:709-712.
6. Bodner L. Parotid Sialolithiasis. *J Laryngol Otol.* 1999;113:266-267.
7. Graziani F, Vano M, Cei S, Tartaro G, Mario G. Unusual asymptomatic giant sialolith of the submandibular gland: a clinical report. *J Craniofac Surg.* 2006; 17: 549-552.
8. Bourjat P. What's useful in maxillo-facial surgery imaging : advantages and disadvantages of examination modalities (first part). *Rev. Stomatol Chir Maxillofac.* 2006; 107:86-92.
9. Hong KH, Yang YS. Sialolithiasis in the sublingual gland. *J Laryngol Otol.* 2003; 117:905-907.
10. Ottaviani F, Galli A, Lucia MB, Ventura G. Bilateral parotid sialolithiasis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome and immunoglobulin G multiple myeloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997; 83:552-554.
11. Dulguerov P, Marchal F, Lehmann W. Postparotidectomy facial nerve paralysis: possible etiologic factors and results with routine facial nerve monitoring. *Laryngoscope.* 1999;109:754-762.
12. Bodner L. Giant salivary gland calculi: Diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 2002; 94: 320-323.
13. Torres-Lagares D, Barranco-Piedras S, Serrera-Figallo MA, Hita-Iglesias P, Martinez-Sahuquillo-Márquez A, Gutiérrez-Pérez JL. Parotid Sialolithiasis in Stensen's duct. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006; 11:80-84.
14. Mc Gurk M, Escudier MP, Thomas BL, Brown JE. A revolution in the management of obstructive salivary gland disease. *Dent Up date.* 2006; 33: 28-30.
15. Andretta M, Tregnaghi A, Prosenikliev V, Staffieri A. Current opinions in sialolithiasis diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngor Ital.* 2005; 25: 145-149.
16. Williams MF. Sialolithiasis. *Otolaryngol Clin North Am.* 1999; 32: 819-834.
17. Batzakakis D, Apostolopoulos K, Bardanis I. A case report of coexistence of a sialolith and an adenoid cystic carcinoma in the submandibular gland. *Med Oral Patol Cir Bucal.* 2006; 11:286-288.

18. Ferreira ETT. Sialolitíase da glândula submandibular – relato de um caso. Rev. Inst. Ciên Saúde. 2001; 2:141-143.
19. Som M, Brandwein M. Salivary glands. In: Som PM, Curtin HD. Head and neck imaging. 3ed. St Luis, Mosby-Year Book. 1996; 823-914.
20. Haring JJ. Diagnosing salivary stones. JADA. 1991; 122:75-6.
21. Alves CA. et al. Sialolitíase: relato de caso. Revista de Odontologia da Universidade de Santo Amaro. 2000; 2:62-4.
22. Jager L. Sialolithiasis: MR sialography of the submandibular duct-na alternative to conventional sialography and US? Radiology. 2000; 216:665-671.
23. Becker M. Sialolithiasis and salivary ductal stenosis: diagnostic accuracy of MR sialography with a three-dimensional extended-phase conjugate-symmetry rapid spin-echo sequence. Radiology. 2000; 217: 347-358.
24. Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo: Pancast, 3 ed., 600p.2002.
25. Neville BW. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ed., 820p. 2004.