

SIALOLITÍASE EM DUCTO DE GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

SIALOLITHIASIS IN SUBMANDIBULAR GLAND DUCT: TWO CASES REPORT

Leandro Toyoji **KAWATA**¹
Renato Costa Franco **BALDAN**²
Norberto Perri **MORAES**³
Eder Ricardo **BIAZOLLA**⁴

RESUMO

Sialólitos são estruturas calcificadas que se desenvolvem no interior dos ductos das glândulas salivares e estão relacionados principalmente com a glândula submandibular. Neste trabalho são apresentados dois casos clínicos de pacientes portadores de sialolitíase em ducto de glândula submandibular. Os pacientes eram um do sexo feminino e o outro do sexo masculino, com idade de 59 e 71 anos respectivamente. Os dois casos foram tratados cirurgicamente, embora os sialólitos apresentassem tamanho e localização intraductal diferentes. São enfatizados, para o diagnóstico, suas características clínicas e exames complementares. Na discussão procurou-se abordar a etiologia da lesão e fatores que devem ser considerados para o tratamento adequado e um melhor prognóstico.

UNITERMOS: Sialolitíase; Glândula submandibular; Diagnóstico bucal

INTRODUÇÃO

Sialólitos são estruturas calcificadas que se desenvolvem no interior dos ductos das glândulas salivares.¹⁴ Acometem aproximadamente 1,2% da população, estando relacionado à glândula submandibular em 83%, à glândula parótida em 10% e a sublingual em 7% dos casos.¹

O quadro clínico, do paciente com sialolitíase, pode apresentar aumento volumétrico na região anatômica da glândula salivar envolvida, com possível dor associada. Em alguns casos, a obstrução causada pelo sialólito pode causar processo infeccioso e/ou sialoadenite.^{1,2,14,17}

Ao exame radiográfico, apresenta-se como imagem radiopaca, sendo que o diagnóstico é clínico. O tratamento é remoção do sialólito, com prognóstico favorável.³

Neste trabalho, os autores apresentam dois casos de sialolitíase em ducto de glândula submandibular, tratados cirurgicamente.

CASO CLÍNICO I

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 59 anos de idade, compareceu a Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP com

queixa principal de “dor na boca do lado direito”. Na anamnese relatou que há 10 anos submeteu-se a “adenectomia parcial da glândula submandibular direita”. Na história médica relatou síndrome do pânico e alergia a penicilinas e uso regular de ácido valpróico, clonazepam e clomipramina. Quanto aos hábitos, disse que era tabagista há 20 anos.

No exame físico extrabucal, foi observado aumento de volume em região submandibular direita, endurecido a palpação. No exame físico intrabucal, foi observada a presença de secreção purulenta drenando através da carúncula direita (Figura 1) e à palpação, ao longo do trajeto do ducto salivar, massa endurecida submucosa, medindo aproximadamente 2 cm no maior diâmetro.

Foi observada, em radiografia oclusal, uma imagem radiopaca com aproximadamente 2,5 cm de comprimento, compatível com sialólito (Figura 2). A paciente foi medicada com cefalexina 500mg de 8 em 8 horas por 10 dias e orientada a realizar bochechos com água morna e clorexidina 0,12% 3 vezes ao dia. Foram solicitados exames laboratoriais pré-operatórios que se apresentavam dentro dos padrões de normalidade. Após 4 dias foi realizado a remoção cirúrgica do sialólito (Figuras 3 e 4) sob anestesia local. Após a remoção do

1- Doutorando em Odontologia, área de concentração Estomatologia - Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP

2- Mestre em Odontologia, área de concentração Estomatologia - Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP

3- Prof. Titular do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica - Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP

4- Prof. Livre Docente do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica - Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP

sialolito, as bordas foram suturadas em justaposição à mucosa possibilitando a drenagem da glândula submandibular direita. A paciente não apresentou alterações no pós-operatório sendo que está em acompanhamento há 2 anos.

CASO CLÍNICO II

Paciente do sexo masculino, feoderma, 71 anos de idade, foi encaminhado por médico à Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP para remoção de sialolito.

Queixava-se do incômodo na região de assoalho bucal e queria realizar a cirurgia imediatamente. Ao exame físico intrabucal foi observado nódulo submucoso de aproximadamente 0,5 cm de diâmetro, no lado esquerdo do assoalho bucal (Figura 5), duro à palpação. O paciente portava uma radiografia lateral oblíqua de mandíbula (Figura 6) e ultra-sonografia (Figura 7).

Relatava ser hipertenso fazendo uso regular de clorana 50mg. Foi realizada a remoção cirúrgica (Figura 9), sob anestesia local. Foi prescrito para o pós-operatório paracetamol 750mg de 6/6 horas se necessário e bochechos com clorexidina 0,12%, 3 vezes ao dia. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Shafer et al.¹⁸ e Nahlieli et al.¹² relatam que a sialolitíase acomete principalmente o sexo masculino, porém Castro² afirma a predileção pelo sexo feminino e raça branca.

A sialolitíase em glândulas salivares menores é uma entidade patológica pouco freqüente.^{3,15} Castro² relata que a sialolitíase ocorre principalmente entre 41 e 60 anos idade. No entanto, na literatura há diversos casos descritos em crianças.^{5,10}

Sherman e Mcgurk¹⁹ realizaram estudo para verificar se havia relação do tipo de água bebida e desenvolvimento de sialolitos. Porém concluíram que a ingestão de água que tem mais carbonato de cálcio (296-303mg/l) não está associada com maior incidência de sialolitos.

Laforgia et al.⁸ reportaram a associação da sialolitíase com a diabete (25%), hipertensão (20%) e doenças crônicas do fígado. Lustman et al.⁹ relacionaram os sialolitos com pacientes com nefrolitíase. No segundo caso apresentado neste trabalho, o paciente era hipertenso, porém concordamos com Sherman e Mcgurk¹⁹ esses fatores exercem pequena influência no geral ou são coincidências, possivelmente devido aos altos índices dessas doenças sistêmicas e prova disto é a baixa

incidência de cálculos nas múltiplas glândulas do corpo. Estes dados indicam que os fatores anatômicos são mais importantes no desenvolvimento de uma sialolitíase. Entretanto outros fatores como calcificação ao redor de corpos-estranhos também podem ser relacionados a etiologia dos sialolitos.^{12,16}

A sialolitíase é mais comum na glândula submandibular devido às características anatômicas e concentração de cálcio e alto pH da saliva.^{1,2}

A severidade dos sintomas depende do grau de obstrução, relacionado ao tamanho e localização do cálculo, sendo que, quando localizado no interior da glândula, tende a causar sintomas menos graves. Se o ducto for ocluído, ocorre sialoadenite com infecção.¹

Aproximadamente 80% dos sialolitos são radiopacos sendo que o grau de radiopacidade depende de sua composição mineral, e 20% são radiolúcidos, não sendo visualizados em exames radiográficos. Estes casos ocorrem comumente na glândula parótida. Sialolitíase na glândula submandibular pode ser observada em radiografia oclusal de mandíbula. Exames como tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultra-sonografia, sialoendoscopia e sialografia podem auxiliar o diagnóstico.^{1,6,17,20}

Quando os sialolitos são diagnosticados em radiografia panorâmica de rotina, em que a imagem sobrepõe a mandíbula, é importante realizar uma radiografia oclusal para excluir possibilidade de outras lesões radiopacas.

O mais importante no diagnóstico é a história e a apresentação clínica. A maioria dos pacientes terá dor e aumento de volume, devido à obstrução do ducto e conseqüente sialoadenite e infecção. Na palpação extra-bucal poderá ser notado endurecimento na região submandibular. Durante a ordenha da glândula pode ser observada a diminuição do fluxo salivar ou presença de secreção purulenta.¹

O tratamento é a remoção dos sialolitos que pode ser através da forma conservadora ou cirúrgica. Menezes Filho et al.¹¹ descreveram importante técnica conservadora através de fisioterapia com fontes de calor externo e interno, bochechos com clorexidina e água com limão e massagens.

A escolha do tratamento deve ser em função do tamanho e posição de sialolito.^{1,2,4,7,17} Porém Menezes Filho et al.¹¹ apontam o tratamento fisioterápico e medicamentoso com analgésico e antibiótico como a primeira escolha.

De maneira geral, os sialolitos menores e localizados no ducto da glândula merecem uma abordagem conservadora, através do estímulo salivar, manipulação e cateterismo do ducto. A



FIGURA 1 - Aspecto intrabucal: drenagem de secreção purulenta através da carúncula. (Caso Clínico I)

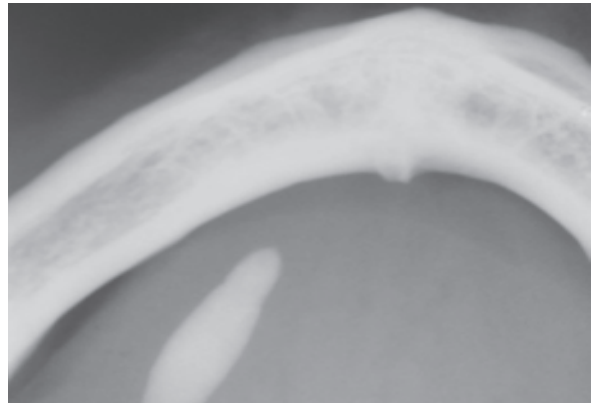


FIGURA 2 - Radiografia oclusal lateral de mandíbula mostrando sialolito. (Caso Clínico I)



FIGURA 3 - Trans-operatório (Caso Clínico I)



FIGURA 4 - Sialolito (Caso Clínico I)



FIGURA 5 - Aspecto intrabucal: nódulo em assoalho bucal. (Caso Clínico II)

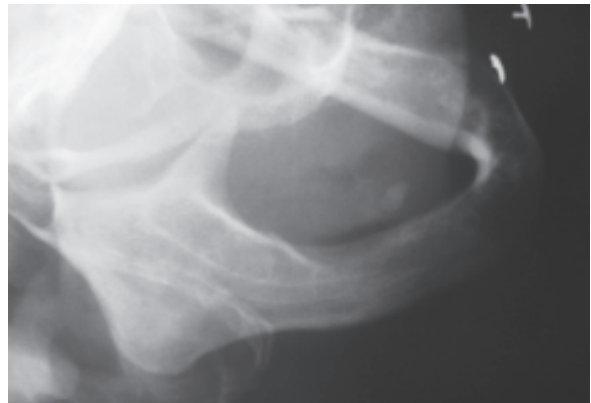


FIGURA 6 - Radiografia lateral oblíqua de mandíbula mostrando o sialolito. (Caso Clínico II)



FIGURA 7 - Ultra-sonografia mostrando dilatação do ducto da glândula submandibular. (Caso Clínico II)



FIGURA 8 - Sialolito (Caso Clínico II)

exposição cirúrgica dos sialólitos é necessária quando não se obtém sucesso com os tratamentos conservadores e naqueles casos nos quais os cálculos são maiores e estão localizados no início do ducto ou interior da glândula.⁷

O tratamento cirúrgico pelo acesso intra-bucal é possível quando o sialólito está localizado na região anterior do ducto.¹⁷ Sialólitos anteriores à linha transversa entre os primeiros molares que podem ser palpados bidigitalmente podem ser tratados através da remoção cirúrgica do mesmo.¹

Em casos de localização posterior (abaixo do músculo milohioideo), a remoção cirúrgica intrabucal é contra-indicada, devendo ser utilizado o acesso submandibular. Remoção da glândula somente é indicada quando o sialólito está muito próximo à glândula.^{1,17}

Nahlieli et al.¹² também citam a sialotomia através do laser de dióxido de carbono. Alguns autores defendem a técnica da sialoendoscopia.^{6,13,20} Nahlieli et al.¹² recomendam que os pacientes pediátricos que têm sialolitíase devam ser tratados através da sialoendoscopia.

A recorrência da sialolitíase parece estar relacionada à própria susceptibilidade individual à formação dessas concreções. O cirurgião dentista deve conhecer os métodos de diagnóstico, para que possa estabelecê-lo precocemente, possibilitando um tratamento simplificado e um prognóstico mais favorável.⁷

ABSTRACT

Sialoliths are calcified structures that develop within the salivary glands ducts. They are mainly related with the submandibular gland. This paper present two clinical cases of sialolithiasis in the submandibular gland duct, being one in female patient with 59 years old and another in male with 71 years old. Two cases were treated through surgical removal, although the sialoliths had different size and site in the itinerary of salivary gland duct. Clinical characteristics and complementary exams are emphasized for the diagnosis. In discussion tried to approach the etiology of the lesion and factors that should be considered for an appropriate treatment and favorable prognostic.

UNITERMS: *Salivary gland calculi; submandibular gland; diagnosis, oral*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Bsoul AS, Flint DJ. Clinical images in oral medicine and maxillofacial radiology: sialolithiasis. Quintessence Int 2003; 34(4): 316-7.
- 2 - Castro AL. Estomatologia. 2.ed. São Paulo: Santos; 1995.
- 3 - Costa LJ, Sampaio MCC, Carvalho AAT, Lucena LB, Rockenback MI. Sialolitíase de glândulas salivares menores: relato de um caso. Rev ABO Nac 2001; 9(5): 307-9.
- 4 - Ferreira ETT, Costa CO, Oliveira JX, Saade R. Sialolitíase de glândula submandibular: relato de um caso. Rev Inst Ciênc Saúde 2001; 19(2): 141-3,.
- 5 - Hackett JF. A case of sialolithiasis in a young female patient. Dent Update 2000; 27(8): 395-6.
- 6 - Hasson O, Nahlieli O. Endoscopia das glândulas salivares (sialoendoscopia): nova técnica para remoção da sialolitíase. Rev Assoc Paul Cir Dent 1998; 52(4) 277-9.
- 7 - Kawakami RY, Padovan LEM, Matsumoto MA, Ribeiro Junior PD, Fraga SC. Sialolitíase recorrente. Rev Fac Odontol Lins 1997; 10(1): 33-9.
- 8 - Laforgia PD, Favia GF, Chiaravelle N, Lacaita MG, Laforgia A. Clinico-statistical analysis of 400 cases of sialolithiasis. Minerva Stomatol 1989; 38(12): 1329-36.
- 9 - Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis: a survey on 245 patients and review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg 1990; 19(3):135-8.
- 10 - Lima EB, Costa JH, Giro EMA. Cálculo salivar. RGO 1995; 43(2): 87-8.
- 11 - Menezes Filho JF, Alencar Menezes AG, Gorisch MR, Oliveira AJ. Tratamento clínico das sialadenites e sialodolquites obstrutivas da glândula submandibular. BCI 2001; 8(31):211-5.
- 12 - Nahlieli O, Eliav E, Hasson O, Zagury A, Baruchin AM. Pediatric sialolithiasis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod 2000; 90(6): 709-12.
- 13 - Nahlieli O, Shacham R, Bar T, Eliav E. Endoscopic mechanical retrieval of sialoliths. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod 2003; 95(4): 396-402.
- 14 - Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- 15 - Ng S, Pinto P. Ultrasound-guided retrieval of labial minor salivary gland sialoliths. Dentomaxillofac Radiol 2000; 29(5): 319-22.

- 16 - Quellele AL, Slack CL. Shrapnel-induced sialolith- a rare etiology for saladenitis: case report. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61(5): 636-7.
- 17 - Schön R, Düker J, Schmelzein R. Ultrasonographic imaging of head and neck pathology. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2002; 10(2):213-41.
- 18 - Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. Rio de Janeiro: Interamericana; 1987.
- 19 - Sherman JA, Mcgurk M. Lack of correlation between water hardness and salivary calculi in England. Br J Oral Maxillofac Surg 2000; 38(1): 50-3.
- 20 - Ziegler CM, Steveling H, Seubert M, Mühling J. Endoscopy: a minimally invasive procedure for diagnosis and treatment of diseases of the salivary glands. Six years of practical experience. Br J Oral Maxillofac Surg 2004; 42(1):1-7.

Endereço para correspondência

Leandro Toyoji Kawata
Rua José Bonifácio, 1193
Centro de Oncologia Bucal - UNESP
Vila Mendonça - CEP 16015-050
Araçatuba - SP
Fone: (18) 3636-3245
E-mail: leandrokawata@hotmail.com

Recebido para publicação em 27/09/2005
Enviado para análise em 01/11/2005
Aprovado para publicação em 19/01/2006