

Tratamento cirúrgico de sialolito de grandes proporções no ducto da glândula submandibular: relato de caso

Surgical treatment of sialolito of large proportions in the duct of the submandibular gland: a case report

JOSÉ CARLOS GARCIA DE MENDONÇA¹, DAMIANE MUNHOZ BONDIA CRIVELLI², ELLEN CRISTINA GAETTI JARDIM², TAMIRES TAINARA MARCONDES PEREIRA²

RESUMO

Introdução: Sialolitos são definidos como estruturas calcificadas que se desenvolvem nas glândulas salivares ou em seus ductos. Em geral, são assintomáticos e de evolução lenta. Métodos de diagnóstico incluem a inspeção e a palpação, além da verificação da quantidade e qualidade da saliva secretada. O exame radiográfico é um método complementar e útil na confirmação da sialolitíase. **Relato do caso:** O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de sialolito assintomático localizado na glândula submandibular, identificado por exame radiográfico, além de discutir aspectos relacionados ao diagnóstico, à etiologia e ao tratamento dessa alteração.

Descritores: Cálculos das glândulas salivares. Cálculos dos ductos salivares. Doenças da glândula submandibular.

ABSTRACT

Background: Sialolitos are defined as calcified structures that develop inside the salivary gland or its ducts. They are usually asymptomatic and slow evolution. Diagnostic methods include inspection and palpation, and checking the quantity and quality of saliva secreted. Radiographic examination is a useful complementary method in confirming sialolithiasis. **Case report:** This paper attempts to report a case of asymptomatic sialolito located in the submandibular gland identified by radiographic examination, and discuss aspects related to diagnosis, etiology and treatment of this alteration.

Keywords: Salivary gland calculi. Salivary duct calculi. Submandibular gland diseases.

1. Professor Adjunto de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) da FAODO-UFMS/ Coordenador do Programa de Residência em CTBMF do Núcleo de Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian" – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Especialista em CTBMF; Mestre e Doutor em Ciências da Saúde (CTBMF) pela Faculdade de Medicina da UFMS, Campo Grande, MS, Brasil.
2. Residente do Programa de Residência em CTBMF do Núcleo de Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian" – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil.

Correspondência: Damiane Munhoz Bondia Crivelli
Av. Senador Filinto Müller, S/N – Campo Grande, MS, Brasil – CEP: 79080-190
E-mail: damiodonto@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Sialolitíase representa a obstrução do sistema secretor de uma glândula salivar por elementos chamados sialolitos ou cálculos, que podem ocorrer no interior do ducto ou da glândula. Os sialolitos são formados pela precipitação de sais de cálcio ao redor de tampões mucosos, células epiteliais ou micro-organismos no lúmen do ducto^{1,2}. Seu desenvolvimento não está relacionado a nenhum transtorno sistêmico do cálcio ou do metabolismo do fósforo². A glândula submandibular é afetada em 63% a 80% dos casos, a parótida em 15% a 20% e a sublingual e as menores são raramente afetadas, em torno de 3% a 5% dos casos³. O longo, tortuoso e ascendente ducto da glândula submandibular (Wharton), bem como a sua secreção mucoide e espessa, pode ser responsável pela maior tendência de formação de cálculo salivar^{2,3}.

Sialolitíase tem predileção pelo sexo masculino, e ocorre principalmente em pacientes de meia idade, cujos sialolitos apresentam entre 10 mm e 15 mm em sua maior extensão⁴⁻⁶.

Usualmente, o diagnóstico de sialolitíase se dá por meio dos exames clínico e radiográfico. Em casos de obstruções glandulares recorrentes, onde não se detectam alterações por meio de radiografias convencionais e de sialografia, a endoscopia tem sido indicada com sucesso. Um sinal clínico bastante evidente da sialolitíase é o aumento de volume da glândula afetada, principalmente nos horários das refeições.

O tratamento vai desde a simples estimulação glandular com cítricos, massagens e hidratação, com o objetivo de facilitar a excreção, ou nos casos de cálculos maiores, a remoção cirúrgica, que normalmente é de simples execução e sem maiores problemas pós-operatórios, devendo-se apenas respeitar a anatomia e inervação local. Antibióticos são rotineiramente prescritos, em função do potencial bacteriano do processo^{7,8}.

Nesse contexto, o propósito deste artigo é relatar um caso clínico de paciente com presença de sialolito de grandes dimensões em ducto de glândula submandibular esquerda e discutir o tratamento cirúrgico.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero masculino, 54 anos, foi encaminhado ao Serviço de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) com queixa de dor associada a aumento de volume em região submandibular esquerda e assoalho bucal, com exacerbação dos sintomas durante as refeições.

Ao exame físico extraoral, observou-se aumento de volume em região submandibular esquerda, doloroso à palpação, sem alteração de cor e temperatura. Ao exame intraoral, apresentava edema em região de assoalho bucal esquerdo e, por meio da palpação, foi identificada massa calcificada submucosa correspondente ao ducto de Wharton (Figura 1).

Foi realizada manobra de ordenha da glândula submandibular, sendo notada ausência de secreção salivar. Com o auxílio dos exames radiográficos oclusal e panorâmico, constatou-se a presença de sialolito radiograficamente radiopaco, no ducto da glândula submandibular (Figuras 2 e 3).

Com base nos achados clínicos e imaginológicos, o diagnóstico de sialolitíase foi confirmado. A remoção cirúrgica por via

intrabucal foi indicada, em decorrência das grandes proporções do sialolito e de toda sintomatologia mencionada.

Figura 1 – Aspecto clínico intraoral evidenciando nódulo endurecido e palpável no assoalho da boca.



Figura 2 – Incidência radiográfica panorâmica, evidenciando estrutura radiopaca no assoalho bucal, lado esquerdo.

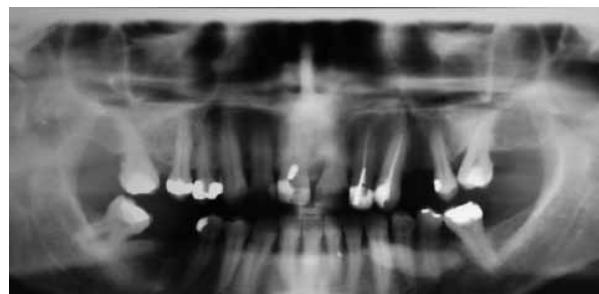


Figura 3 – Incidência radiográfica oclusão, evidenciando estrutura radiopaca no assoalho bucal, lado esquerdo.



O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico em ambiente hospitalar, sob anestesia geral, com entubação orotraqueal. Foi infiltrada lidocaína diluída em solução de adrenalina (1:100.000) em mucosa na região do assoalho bucal, com finalidade hemostática. Realizou-se sutura com fio de algodão 3-0 em profundidade na região posterior ao cálculo, para impedir possível deslocamento do mesmo para o interior da glândula salivar durante sua remoção (Figura 4). Em seguida, foi realizada cateterização do ducto com cateter intravenoso, facilitando assim a localização e manipulação ductal (Figura 5).

Realizou-se incisão em mucosa, divulsão e exposição do sialólito, que foi removido com auxílio de uma pinça Kelly curva (Figuras 6 e 7), apresentando dimensões aproximadas de 21 mm (Figura 8).

Em sequência, foi introduzido um pequeno segmento de sonda nasogástrica no interior do ducto, com finalidade de prevenir estenose do ducto salivar. Por fim, foi realizada sutura do assoalho bucal com fio reabsorvível vicryl 4.0 (Figura 9).

No pós-operatório de 7 dias, o paciente apresentava-se sem queixas, com normalidade do fluxo salivar e das estruturas anatômicas do assoalho bucal. O segmento da sonda nasogástrica e a sutura encontravam-se em posição (Figura 10), os quais foram removidos. No seguimento pós-operatório, comprovou-se a normalidade do fluxo salivar, como também dos aspectos anatômicos do assoalho bucal. O paciente está atualmente em acompanhamento pós-operatório.

Figura 4 – Sutura em profundidade na região posterior ao cálculo.



Figura 5 – Cateterização do ducto com cateter intravenoso.



Figura 6 – Cateterização do ducto com cateter intravenoso.



Figura 7 – Exposição e remoção do sialólito.



Figura 8 – Sialólito com 21 mm.



Figura 9 – Segmento de sonda nasogástrica no interior do ducto.



Figura 10 – Pós-operatório de 7 dias com o segmento da sonda nasogástrica e sutura em posição.



DISCUSSÃO

A etiologia do cálculo salivar ainda é desconhecida, e algumas hipóteses tentam explicá-la. Uma delas é o aparecimento de um microcálculo intracelular secretado que se torna um foco de calcificação. Outra hipótese sugere que restos alimentares e bactérias presentes na cavidade bucal migrem para o ducto salivar e iniciem um foco de calcificação³.

A sialolitíase é a doença mais comum das glândulas salivares e afeta um em cada 1000 indivíduos adultos. Alguns autores afirmam haver incidência maior no sexo masculino, ao passo que outros afirmam não haver predileção de gênero^{2,8-11}.

Os sialólitos podem ser diagnosticados com base na história do paciente, no exame físico e por exames de imagens, que incluem tomografia computadorizada, ultrassonografia, ressonância

magnética, sialografia, sialoendoscopia e radiografias convencionais, como radiografia oclusal e panorâmica^{3,7}. As radiografias oclusais são muito utilizadas, pela facilidade de realização, baixo custo e confiáveis na visualização de sialólitos submandibulares^{3,6}, fato corroborado pelo paciente apresentado.

O objetivo do tratamento para sialólitos de tamanho padrão a gigantes é a restauração da secreção salivar normal³. O tratamento do cálculo salivar é determinado pelos sintomas apresentados pelo paciente, pelo seu tamanho e posição². Para os sialólitos de grande proporção localizados na metade anterior do ducto, há indicação de remoção cirúrgica por acesso intraoral, como apresentado, tendo baixa morbidade^{4,5}. Uma vez que o cálculo é removido, a maioria das glândulas salivares recupera a sua função⁴. Em decorrência da grande proporção do sialólito, sua localização na metade anterior do ducto e por ser facilmente palpável no assoalho de boca preferiu-se a abordagem cirúrgica intraoral, com preservação do ducto e da glândula, no caso clínico apresentado.

CONCLUSÃO

O conhecimento das características clínicas e radiográficas da sialolitíase é fundamental para o diagnóstico e tratamento adequado, a fim de minimizar o desconforto do paciente por longo período. A escolha do acesso intraoral para remoção do sialólito, no caso apresentado, foi satisfatório, com preservação das estruturas nobres associadas e rápida recuperação funcional do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Miloro M, Galhi GE, Larsen PE, Waite PD. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2009.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
3. Freitas R. Tratado de cirurgia bucomaxilofacial. 1ª ed. São Paulo: Santos; 2008.
4. McGurk M, Makdissi J, Brown JE. Intra-oral removal of stones from the hilum of the submandibular gland: report of technique and morbidity. Int J Oral Maxillofac Surg. 2004;33(7):683-6.
5. Araújo FAC, Farias Junior ON, Landim FS, Fernandes AV, Caubil AF. Tratamento cirúrgico de sialólito em glândula submandibular: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2011;11(4):13-8.
6. Boffano P, Gallesio C. Surgical treatment of a giant sialolith of the Wharton duct. J Craniofac Surg. 2010;21(1):134-5.
7. Guimarães MAA, Pinto LAPF, Carvalho SB, Soares HA, Costa C. Sialólito gigante de glândula submandibular: achados na tomografia computadorizada. J Health Sci Inst. 2010;28(1):84-6.
8. Landgraf H, Assis AF, Klüppel LE, Oliveira CF, Gabrielli MAC. Extenso sialólito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2006;6(2):29-34.
9. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. Br Dent J. 2002;193(2):89-91.
10. Teymoortash A, Buck P, Jepsen H, Werner JA. Sialolith crystals localized intraglandularly and in the Wharton's duct of the human submandibular gland: an X-ray diffraction analysis. Arch Oral Biol. 2003;48(3):233-6.
11. Alves CA. Sialolitíase: relato de caso. Rev Odontol Universidade Santo Amaro. 2000;5(2):62-4.