

Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

www.elsevier.pt/spemd



Caso clínico

Contribuição ao estudo dos sialólitos – relato de caso

Giovanni Augusto^a, Marcia A. Pontes^b, Jani M. Coletti^c,
Artur O. Ribeiro^{d,*} e Liane M.A. Souza^e

^a Mestre em Patologia Bucodental pela Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Professora de Radiologia Bucal da UNIFESO e UNIGRANRIO, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^c Graduanda em Odontologia pela UNIFESO, Teresópolis, RJ, Brasil

^d Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil

^e Professora assistente de Cirurgia e Anestesia do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 15 de abril de 2011

Aceite a 12 de julho de 2011

On-line a 8 de setembro de 2011

Palavras-chave:

Sialólitos

Glândula submandibular

Sialolitíase

Keywords:

Salivary calculi

Submandibular gland

Salivary gland diseases

R E S U M O

Sialólitos são calcificações que se desenvolvem nas glândulas salivares maiores ou nos seus ductos acometendo principalmente a glândula submandibular. O objetivo deste trabalho é contribuir para o estudo dos sialólitos através do relato de um caso de sialolitíase submandibular que foi abordado cirurgicamente com preservação da glândula respetiva.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Contribution to the study of sialoliths – case report

A B S T R A C T

Sialoliths are calcified masses that develop in salivary glands in their ducts affecting mainly the submandibular gland. The objective of this article is to contribute to the study of sialolithiasis through a case report treated by surgery preserving the submandibular gland.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

Sialólitos são definidos como calcificações que se desenvolvem nas glândulas salivares maiores ou nos seus ductos¹. Quando obstruem a secreção salivar desenvolve-se a

sialolitíase associada a edema e dor, e em alguns casos, à infecção glandular².

Ocorre principalmente na glândula submandibular (80% - 90%), seguida da glândula parótida (5 - 20%), e da sublingual (1 - 2%), raramente afetando as glândulas salivares menores³. As glândulas submandibulares são mais afetadas por terem

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: osabiochines@hotmail.com (A.O. Ribeiro).



Figura 1 – Imagem intraoral mostrando abaulamento no pavimento bucal esquerdo.

uma secreção mais alcalina, viscosa e mais rica em cálcio. Embora possam ocorrer em qualquer idade, são mais comuns em jovens e adultos de meia idade e do sexo masculino¹.

Sialólitos localizados nos 2/3 anteriores do ducto de Wharton são facilmente palpados intraoralmente e detetados na radiografia oclusal⁴. Mas, nem sempre é possível a visualização do cálculo através de radiografia convencional, o que está relacionado com o grau de mineralização. Nestes casos preconiza-se o uso da ultrassonografia que é mais precisa na identificação do cálculo e diagnóstico da condição mórbida que compromete a glândula envolvida⁵ ou a sialografia de grande utilidade na localização⁶. A última não é porém indicada em casos de infecção ou quando o sialólito é muito pequeno devido ao risco de deslocação no interior do ducto⁷. A espregação digital também pode ajudar a estabelecer o diagnóstico⁸.

O uso de calor externo, calor interno e bochechos com suco de limão podem deslocar sialólitos submandibulares proporcionando a expulsão espontânea. Os sialólitos que não são expelidos espontaneamente necessitam de intervenção



Figura 2 – Radiografia oclusal de mandíbula mostrando imagem radiopaca sugestiva de sialólito na glândula mandibular esquerda.

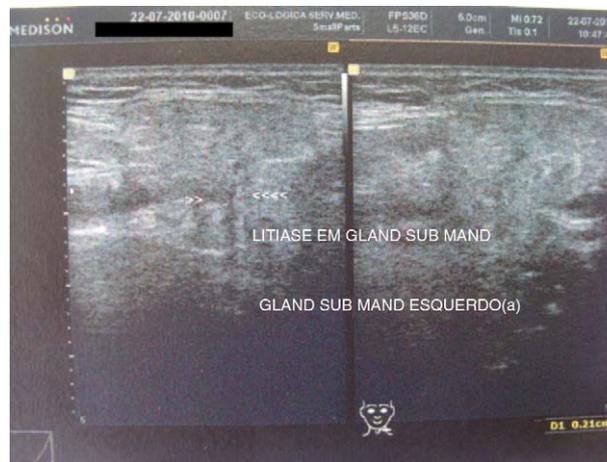


Figura 3 – Ultrassonografia apontando a presença de uma lesão focal ecogénica sugestiva de sialólito na mesma região indicada pela radiografia oclusal.

cirúrgica por via intraoral⁸. Para Ferreira et al. (2001)⁹, a terapêutica utilizada, cirúrgica ou fisioterápica, depende do tamanho do sialólito e do comprometimento funcional.

Caso clínico

Paciente do gênero masculino, leucoderma, 34 anos de idade, fumador, compareceu na clínica odontológica da UNIFESO encaminhado pelo otorrinolaringologista. Na anamnese, o paciente relatou que sentia dor há oito meses na região submandibular esquerda e que havia percebido um aumento de volume nesta região.

Após minucioso exame clínico, constatou-se abaulamento no lado esquerdo do pavimento da boca (fig. 1). O exame radiográfico oclusal da mandíbula revelou imagem radiopaca de sialólito em glândula salivar submandibular esquerda (fig. 2). A ultrassonografia mostrou uma lesão focal ecogénica sugestiva de sialólito na mesma região indicada pela radiografia oclusal medindo 11 mm (fig. 3). O cálculo foi removido integralmente por via intraoral (figs. 4 e 5).



Figura 4 – Remoção cirúrgica de sialólito.



Figura 5 – Sialolito removido medindo aproximadamente 11 mm de comprimento.

Discussão

Os sialólitos são lesões comuns das glândulas salivares caracterizados pela obstrução da secreção salivar por um cálculo. São devidos à deposição de sais de cálcio ao redor de um nódulo central de material orgânico, possuindo uma coloração geralmente amarelada. O cálculo salivar quando localizado num ducto tem forma oval ou esférica, podendo causar obstrução salivar. Quando intraglandulares, os cálculos são aglomerados irregulares, requerendo de uma abordagem cirúrgica mais radical^{8,10}. O tamanho do cálculo salivar pode ser inferior milímetro até alguns centímetros de comprimento. A maioria dos cálculos tem tamanho inferior a 10 milímetros e apenas 7% ultrapassam os 15 milímetros. Estes cálculos salivares glandulares gigantes são relativamente raros¹¹. Neste caso clínico, o sialólito apresentava forma cilíndrica com aproximadamente 11 milímetros de diâmetro.

A sialolitíase é a doença mais comum das glândulas salivares e afeta 12 em cada 1000 indivíduos adultos¹². Alguns autores (1-5) afirmam haver incidência maior no sexo masculino ao passo que outros¹³ afirmam não haver predileção de gênero.

A sintomatologia da sialolitíase é variada, dependendo do tamanho do cálculo. Quando estes são pequenos, o fluxo salivar é normal, não causando sinais e sintomas; se maiores, pode-se observar aumento repentino das glândulas, principalmente durante as refeições, acompanhado de dor. Os tecidos que recobrem a glândula aparecem edemaciados, sensíveis à palpação, principalmente no local onde está localizado o cálculo¹. No presente caso, o paciente relatou dor persistente e aumento de volume associado a um sialólito relativamente grande, semelhante ao descrito por Neville et al. (2004)¹.

A fisioterapia com calor tem sido indicada no tratamento conservador, bem como os bochechos com soluções cítricas. Outras formas de tratamento são a hidratação, o calor local, a massagem da glândula e o uso de sialogogos para estimular a produção de saliva, o que pode gerar a eliminação espontânea

do cálculo, se ele for de pequeno tamanho^{14,15}. A escolha do tratamento está muito relacionada com a localização do sialólito. Para aqueles próximos ao óstio, o cateterismo e a dilatação de conduto facilitam e permitem a sua remoção; os localizados na metade anterior do ducto necessitam intervenção cirúrgica; e os que estão na porção posterior do ducto ou são intraglandulares obrigam geralmente à remoção total da glândula envolvida^{16,17}. No presente caso clínico, a radiografia oclusal e a ultrassonografia revelaram a localização do sialólito na metade anterior do ducto, por isso preferiu-se a abordagem cirúrgica local com preservação do ducto e da glândula.

Conclusão

Conclui-se que uma cuidadosa e minuciosa avaliação clínica sustentada por bons exames de imagem são fundamentais para o diagnóstico correto e a solução terapêutica.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. Neville BW, Damm DD, Allan CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. 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;6:29-34.
3. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. Br Dent J. 2002;193:89-91.
4. 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;48:233-6.
5. Alves CA. Sialolitíase: relato de caso. Revista de Odontologia da Universidade de Santo Amaro. 2000;5:62-4.
6. Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 2ª ed. São Paulo: Pancast; 1997.
7. Ramirez J, Lira LA, Freitas C, Panella J, Varolli OJ. Interpretação radiográfica dos processos obstrutivos das glândulas salivares maiores. Rev Paul Odontol. 1998;20:32-4.
8. Pretto JLB, Machado RA, Silveira RL, Borges HOI, Pagnoncelli RM. Sialólito em glândula submandibular – relato de caso. RFO. 2007;12:61-4.
9. Ferreira ETT, Costa C, Oliveira JX, Saade R. Sialolitíase da glândula submandibular – relato de um caso. Rev Inst Ciênc Saúde. 2001;19:141-3.
10. Branco BLC, Cardoso AB, Caubi AF, Pena GN. Sialolitíase: relato de um caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2003;3:9-14.
11. Bradner L, Sheva B. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management. Oral surgery oral medicine oral pathology. 2002;94:320-3.
12. Jácome AMSC, Abdo EN. Aspectos radiográficos das calcificações em tecidos moles da região bucomaxilofacial. Odontol Clín -Cient. 2010;9:25-32.

13. Yamane GM, Scharlock SE, Jain R, SunderRaj M, Chaudhry AP. Intraoral minor salivary gland sialolithiasis. *J Oral Med.* 1984;39:85-90.
14. Austin T, Davis J, Chan T. Sialolithiasis of submandibular gland. *J Emer Med.* 2004;26:221-3.
15. Silveira RL, Machado RA, Borges HOI, Oliveira RB. Múltiplos sialólitos em glândula submandibular direita: relato de caso. *Rev Fac Odontol Lins.* 2005;17:39-42.
16. Filho MAO, Almeida LE, Pereira JA. Sialólito Gigante Associado à Fístula Cutânea. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac.* 2008;8:35-8.
17. Gabrielli MAC, Gabrielli MFR, Paleari AG, Neto NC, Silva LMC, Dantas JFC. Tratamento de sialolitíase em glândulas submandibulares: relato de dois casos. *Robrac.* 2008;17:110-6.