

**Tratamento cirúrgico de sialolito localizado em região submandibular
direita – Relato de caso****Surgical treatment of sialolith located in the right submandibular region –
Case report**

DOI:10.34119/bjhrv3n3-136

Recebimento dos originais: 01/05/2019

Aceitação para publicação: 03/06/2020

Alexandre Martins Seixas

Preceptor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da
UFBA / OSID
Universidade Federal da Bahia
Rua Araujo pinho nº 62
Salvador. Ba
amseixas@hotmail.com

Cesar Feitoza Bassi Costa

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da
UFBA / OSID
Avenida oceânica, n2400, ap340, Ondina apart hotel
Ondina, Salvador - Bahia
Universidade Federal da Bahia
Email: cesar_bassi@hotmail.com

Eduardo Francisco de Deus Borges

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da
UFBA / OSID
Universidade Federal da Bahia
Rua dr esmeraldio bandeira nº 46
Salvador. Ba. Brasil
dreduardodedeus@gmail.com

Diego Maia de Oliveira Barbosa

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da
UFBA / OSID
Universidade Federal da Bahia
Rua Plinio Moscoso, 793, Apto 301, Jardim Apipema
Salvador, Ba, Brasil
E-mail: diegomobarbosa@gmail.com

Tainá Burgos Gusmão

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da
UFBA / OSID
Universidade Federal da Bahia
Rua Jayme Sapolnik, n1100, torre 1, apt 1104, imbui
tainaburgos@outlook.com

Lorran de Andrade Pereira

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da UFBA / OSID
Universidade Federal da Bahia
lorran_pereira15@hotmail.com

Marcelo Oldack Silva dos Santos

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da UFBA / OSID
Universidade Federal da Bahia
Rua Dr Genésio Sales, ap 201, n 437, Ed Jacarandá, Vila Laura, Salvador-Bahia- Brasil
marcelooldack@gmail.com

Débora Sophia Rios do Vale

Cirurgiã Dentista
Escola Bahiana de Medicina de Saúde Pública
Rua Jogos Olímpicos, nº 59, Bairro Gamboa, Senhor do Bonfim- BA
sophia-vaes@hotmail.com

RESUMO

Os sialólitos são caracterizados por uma massa calcificada localizada dentro do ducto salivar resultando em diminuição do seu fluxo. O tamanho dos cálculos é variado e está relacionado com a sintomatologia do paciente. O exame físico sistematizado seguido do exame radiográfico asseguram correto diagnóstico e prognóstico da lesão. O tratamento varia de conservador a excisão cirúrgica de acordo com o tamanho do sialólito. Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de um sialólito presente no ducto de Wharton tratado por excisão cirúrgica, discutindo as opções de tratamento e prognóstico. Paciente com queixa de dor constante na região submandibular direita, onde foi constatado no exame físico um aumento de volume endurecido, liso e móvel nessa região. No exame de imagem foi observado uma condensação radiopaca ovalada intimamente relacionada à porção proximal do ducto de Warthon sendo a suspeita diagnóstica um sialólito em ducto de glândula submandibular direita. O tratamento de escolha foi a remoção cirúrgica total da lesão devido ao tamanho da lesão, e sua localização, necessitando de um tratamento mais agressivo. Tratamento agressivo para cálculos maiores constitui a opção de tratamento mais viável e resolutiva.

Palavras chave: Sialólito, submandibular, exérese, cirurgia Buco-Maxilo-Facial

ABSTRACT

Sialoliths are characterized by a calcified mass located inside the salivary duct resulting in a decrease in its flow. The size of the stones is varied and is related to the patient's symptoms. The systematic physical examination followed by the radiographic examination ensures correct diagnosis and prognosis of the lesion. Treatment varies from conservative to surgical excision according to the size of the sialolith. This work aims to report a clinical case of a sialolith present in the Wharton's duct treated by surgical excision, discussing the treatment and prognostic options. Patient complaining of constant pain in the right submandibular region, where an increase in hard, smooth and mobile volume in that region was found in the physical examination. In the image examination, an oval radiopaque condensation was observed, closely related to the proximal portion of the Warthon duct, the diagnostic suspicion being a sialolith in the right submandibular gland duct. The treatment of choice was total surgical removal of

the lesion due to the size of the lesion and its location, requiring more aggressive treatment. Aggressive treatment for larger stones is the most viable and resolving treatment option.

Keywords: Sialolith, submandibular, excision, Buccomaxillofacial surgery

1 INTRODUÇÃO

Os sialólitos são alterações que se originam através da precipitação de sais de cálcios ao redor de um componente orgânico dentro do ducto salivar (TORRES, 2006), formando uma massa calcificada que resulta em um fluxo salivar diminuído (LEE, 2010 e MAZZI 2010). Os sialólitos podem ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum em adultos acima dos 40 anos, com predileção pelo gênero masculino (NEVILLE 2008).

A presença de sintomatologia é diretamente proporcional ao tamanho do sialólito. Pacientes que apresentam cálculos de pequenas dimensões geralmente não apresentam grandes queixas sintomatológicas, além disso, o fluxo salivar permanece preservado. Entretanto, pacientes com sialólitos de grandes dimensões podem apresentar aumento de volume súbito próximo às glândulas e carúnculas sublinguais, com queixas algícas durante as refeições que reduzem quando estimuladas pela salivação (MAZZI 2010, FREITAS 2004).

Segundo MAZZI (2010), NAHLIELI (1997), é de extrema importância realizar um exame físico sistematizado e criterioso para o correto diagnóstico da lesão. Deve ser realizado a palpação para verificar sua localização, consistência, podendo este ser endurecido ou macio, sua forma, ovalados ou arredondados e seu aspecto clínico que, a depender da sua profundidade no interior dos tecidos, pode apresentar uma coloração amarelada vista pela mucosa sobrejacente.

Nesse contexto, existem variados métodos que auxiliam na localização dessa patologia. Podem ser utilizadas radiografias convencionas oclusais, panorâmica, ultrassonografia, tomografia computadorizada e sialografia, que permite visualização do sistema do ducto. Essa alteração apresenta como característica radiográfica uma massa hiperdensa em proximidade das glândulas salivares maiores (MAZZI 2010).

Por fim, salienta-se que a forma de tratamento ideal depende da dimensão e localização do sialólito. Geralmente, utiliza-se condutas conservadoras para cálculos de pequena dimensão, entre elas, massagem na região da glândula e hidratação. Em adição, costuma-se usar alimentos e líquidos que estimulam a excreção de saliva, a exemplo de frutas ácidas. Procedimentos invasivos, como remoção cirúrgica, estão indicados a silaólitos de tamanho maior (GABRIELLI 2008).

Neste trabalho, tem-se como objetivo relatar um caso clínico de um paciente submetido a exérese, através de um acesso submandibular, de um sialolito de grande dimensão presente no ducto Warthon direito e discutir os aspectos imaginológicos, métodos diagnósticos e alternativas terapêuticas para essa lesão.

2 RELATO DE CASO

Paciente J.R.S, 70 anos, sexo masculino, faioderma, compareceu para avaliação no ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital do Oeste de Barreiras, relatando como queixa principal dor constante e aumento de volume na região submandibular direita, com evolução de crescimento há 20 anos.

Conforme a anamnese realizada, o paciente apresentava bom estado de saúde geral, negando doenças sistêmicas, além de não estar fazendo uso crônico de medicamentos. No que tange o exame físico extra-oral, realizou-se a palpação e inspeção notando aumento de volume endurecido, liso e móvel da região submandibular direita. Sem limitações funcionais dos movimentos mandibulares ou presença de linfadenopatias, conforme mostra (Imagem 1).

Durante exame intra-oral, observou-se edentulismo parcial da arcada superior e inferior, além disso, o paciente apresentou elevação do soalho bucal direito e patência ductal através da carúncula sublingual direita preservada.

Não obstante, realizou-se como ferramenta auxiliar para o diagnóstico da patologia, radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de face. Conforme análise dos aspectos imaginológicos, foi possível observar condensação radiopaca ovalada intimamente relacionada à porção proximal do ducto de Warthon. Através da história clínica pregressa e aos achados radiográficos e tomográficos, apresentou-se como suspeita diagnóstica sialolito em ducto de glândula submandibular direita.

O tratamento proposto foi a remoção cirúrgica total da lesão sob anestesia geral, optando pelo acesso extra-oral submandibular de Risdon. O ducto de Warthon foi localizado, dissecado e feito a remoção completada do sialolito de dimensão 33 mm x 20 mm (Imagem 2), realizando a sutura com fio absorvível 4-0 do ducto.

O paciente do presente relato foi acompanhado ambulatorialmente por 6 meses não sendo evidenciada alterações nervosas em face, patência ductal submandibular à direita preservada, ausência de sintomatologia dolorosa e regressão do aumento de volume submandibular direito. Durante o pós-operatório foi solicitado radiografia panorâmica de

controle onde nota-se ausência de qualquer vestígio da lesão prévia, como pode ser observado através das Figura 3,4 e 5.

Figura 1 : Exame clínico extraoral evidenciando aumento de volume em região submandibular direita.



Figura 2 : Sialolito de dimensão 33 mm x 20 mm, após sua completa remoção.



Figura 3 : Radiografia panorâmica pré-operatória com estrutura circunscrita radiopaca em região submandibular direita, equivalente ao sialolito.

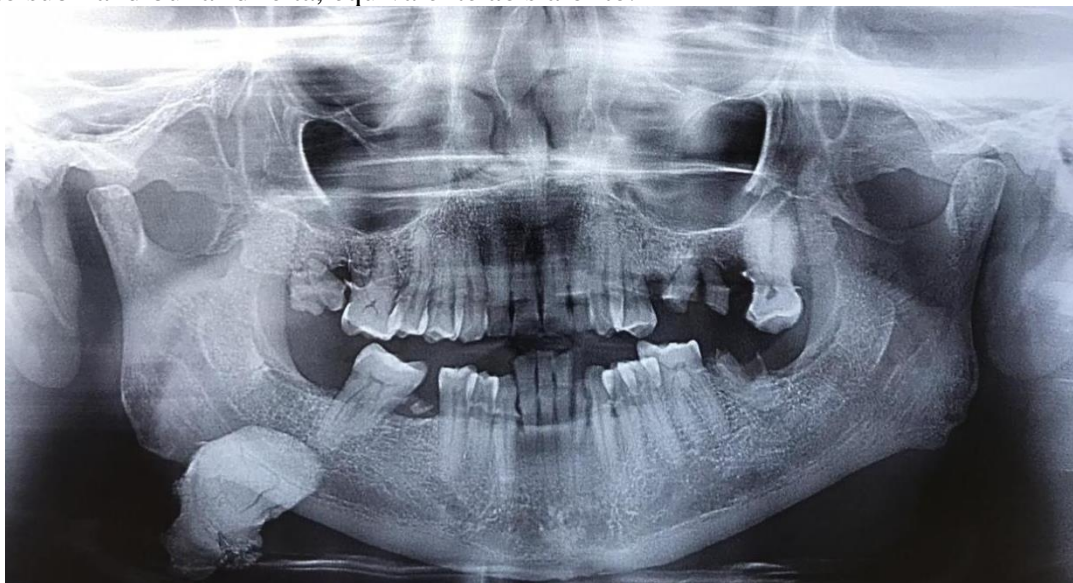


Figura 4: Radiografia panorâmica pós-operatória demonstrando ausência total de lesão após sua remoção completa.



Figura 5 : Aspecto clínico em pós operatório de 6 meses, nota-se ausência de volume em região submandibular.



3 DISCUSSÃO

Segundo Neville *et al.* (2008), os sialolitos são estruturas calcificadas que, na maioria das vezes, se desenvolve dentro do sistema ductal da glândula submandibular como um aumento de volume de formato arredondado, ovóide ou cilíndrico, sem preferência por sexo em pacientes de meia-idade. Entretanto, através de pesquisa realizada por Bodner, os cálculos salivares apresentam-se com mais frequência de forma irregular, no sexo masculino e em pacientes com idade mais avançada, o que pode ser comprovado nesse caso clínico. Devido ao seu longo, tortuoso e ascendente ducto, além da sua secreção ser mais alcalina com altas concentrações de cálcio de fósforo, comparada às outras glândulas, a glândula submandibular é a mais acometida (80%).

Existem 3 teorias que justificam a formação dos cálculos salivares: estagnação salivar, ninho de debris e precipitações de sais salivares (NEVILLE 2008, BODNER 2002). Isso pode ser justificado pelo aparecimento dessa alteração em pacientes mais velhos, os quais apresentam um maior consumo de medicações que podem induzir a redução da secreção salivar, alterações nas concentrações de eletrólitos, comprometimento da síntese de glicoproteínas, deterioração estrutural das glândulas salivares e aumento da viscosidade salivar. Além disso, segundo

Azenha (2013), pode-se associar o depósito de bactérias e restos de alimentos na luz do ducto, sendo estes os fatores mais prováveis e comuns para a formação dos cálculos salivares. Outros fatores também foram associados, como infecção, inflamação da glândula ou trauma físico no ducto ou no seu orifício (MAZZI 2010).

A sintomatologia está diretamente relacionada ao tamanho do sialolito; quando estes são pequenos, o fluxo salivar permanece normal sem causar sintomas e sinais. Entretanto, em casos de tamanhos maiores, pode-se observar o aumento da glândula envolvida, acompanhada de dor, principalmente na hora das refeições, sendo cessada após a excreção salivar. Em casos mais graves, como o caso relatado, as tumefações persistem por um período mais longo de tempo em decorrência de infecção com secreções purulentas, tecidos edemaciados sensíveis a palpação, hiperemia e dor. Isso ocorre devido a não capacidade do ducto salivar de dilatar e promover uma excreção normal da saliva (NEVILLE 2008, MAZZI 2010).

Geralmente, os sialolitos apresentam menos de 10mm de diâmetro, e casos de cálculos maiores de 15mm, como o caso relatado, são raros. Todos os cálculos gigantes são facilmente identificados em exames diagnósticos, como na radiografia panorâmica e tomografia computadorizada, o que contrasta com os casos de menor tamanho, onde 20% a 30% dos cálculos são insuficientemente radiopacos para serem retratados nas radiografias (BODNER 2002). Os métodos diagnósticos também incluem a palpação, inspeção, medição de quantidade de excreção salivar, além da ultra-sonografia, sialografia e sialoendoscopia (AZENHA 2013).

Por fim, ressalta-se que o tratamento dos sialolitos tem como objetivo a restauração da secreção salivar normal (NEVILLE 2008, BODNER 2002). Porém, ela está intimamente relacionada ao tamanho dos cálculos (MAZZI 2010). Os sialolitos pequenos podem ser tratados de forma conservadora com massagens das glândulas, uso de sialogogos, calor úmido e ingestão de frutas cítricas e líquidos onde o próprio aumento da produção salivar vai expulsar o sialolito. Cálculos pequenos próximos ao orifício de saída podem ser removido através de um cateter dilatador de canal. Em casos de sialolitos maiores, como o caso em questão, o tratamento de escolha é a remoção cirúrgica, sendo muitas vezes necessário a excisão da glândula afetada, caso esta seja acometida por um dano inflamatório significativo (NEVILLE 2008, MAZZI 2010, BODNER 2002). Entretanto, cirurgias maiores devem ser evitadas devido ao risco de fibrose e estenose na área e formação de rânulas. Além disso, técnicas cirúrgicas menos invasivas, como litotripsia de ondas de choque, endoscopia da glândula salivar e remoção guiada cirurgicamente têm se mostrado eficientes.

4 CONCLUSÃO

Após o resultado dos exames físico e imaginológico e considerar o tamanho da lesão e idade do paciente, optou-se por realizar a cirurgia sob anestesia geral pelo acesso extra-oral submandibular de Risdon. Não houve a necessidade de remoção da glândula envolvida. Verificou-se a resolução dos sinais e sintomas com nenhum sinal de infecção e recidiva. Pode-se concluir que a excisão cirurgia extra-bucal constitui-se de uma técnica segura e resolutiva como tratamento de sialolitíase de grandes dimensões.

REFERÊNCIAS

- Torres LD, Barranco PS, Serrera FMA, Hita IP, Martinez SMA, Gutierrez PJL. Parotid sialolithiasis in Stensen's duct. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11; E80-84.
- 2-Lee LT, Wong YK. Pathogenesis and diverse histologic findings of sialolithiasis in minor salivary glands. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 68: 465-70.
- 3-Neville BW, Damm D, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial.* 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008
- 4 -Manzi FR, Silva aIV, Dias FG, Ferreira EF. Sialólito na glândula submandibular: Relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central.* 2010;19(50):270-4
- Nahlieli O, Baruchin AM. Sialoendoscopy: three years' experience as a diagnostic and treatment modality. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997; 55: 9128
- 6-Freitas A, Rosa E, Souza F. *Radiologia Odontológica.* 6ª Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004
- 7- Gabrielli M, Paleari A, Conte Neto N, Silva L, Dantas J. Tratamento de sialolitíase em glândulas submandibulares: relato de dois casos. *Robrac* 2008;17(44):110-16.
- 8- Bodner L. Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and sugical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 94:320- 3
- 9- Azenha MR et. al. Sialolito de grandes proporções localizado no ducto da glândula submandibular: diagnóstico e tratamento cirúrgico. *Odontol. Clín.-Cient* 2013, vol.12, n.1, pp. 87-89. ISSN 1677-3888.