Tratamento cirúrgico de sialolito gigante: relato de caso

Surgical Treatment of Giant Sialolith: Case Report

ELMA MARIANA VERÇOSA DE MELO SILVA *

TIBURTINO JOSÉ DE LIMA NETO *

NATÁLIA LINS DE SOUZA *

DAVI FELIPE NEVES DA COSTA **

SIRIUS DAN INAOKA **

RESUMO

Introdução: A sialolitíase é uma das doenças mais comuns das glândulas salivares, sendo um fenômeno caracterizado pela obstrução do ducto excretor devido a um cálculo. Entretanto, a presença de cálculos gigantes é extremamente rara, pois a maioria dos sialólitos não excede 1,5cm³.

Objetivo: Apresentar um caso de cálculo gigante localizado no ducto da glândula submandibular direita, com tamanho aproximado de 18 mm em uma paciente do gênero feminino, com 56 anos de idade, cujo tratamento realizado foi sua remoção cirúrgica, tendo em vista a glândula afetada, o tamanho do sialólito e sua localização.

Conclusão: O diagnóstico do sialólito foi por meio da tomografia computadorizada e seu tratamento cirúrgico, com restabelecimento da drenagem de saliva, prevenindo recidivas e melhorando o estado de saúde oral do paciente, levando-se em conta os critérios adotados para determinar a melhor conduta.

Palavras-chave: Glândulas Salivares. Cálculos das Glândulas Salivares. Patologia.

ABSTRACT

Introduction: Sialolithiasis is one of the most common diseases of the salivary glands, being a phenomenon characterized by obstruction of the excretory duct due to a calculation. However, the presence of giant stones is extremely rare because most sialoliths do not exceed 1.5cm³.

Objective: To present a giant calculus case located in the duct of the right submandibular gland, with an approximate size of 18mm in a 56 years old female patient of age, whose treatment was its surgical removal, considering the affected gland, the size of the sialolite and its location.

Conclusion: The diagnosis of sialolith was through computed tomography and its surgical treatment, with restoration of saliva drainage, preventing relapses and improving the patient's oral health status, taking into account the criteria adopted to determine the best conduct.

Key-words: Salivary Glands. Salivary Gland Calculi. Pathology.

*Residente do Serviço de Cirurgia Buco Maxilo Facial do Hospital Universitário Lauro Wanderley

**Cirurgião Buco Maxilo Facial do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

INTRODUÇÃO

A doença mais comum das glândulas salivares é a sialolitíase. Esse fenômeno é caracterizado pela obstrução do ducto excretor da glândula salivar devido a um cálculo. As características desse tipo de condição são: inchaço local, dor, infecção da área afetada e dilatação do ducto salivar.¹ É uma condição que afeta na maioria das vezes pacientes adultos, entre a terceira e quarta décadas de vida, com uma frequência de 12:1000. O gênero masculino é duas vezes mais afetado. Existe uma estimativa de que 80% a 90% dos casos ocorram na glândula submandibular e 10% a 20% na parótida.²

As dimensões do cálculo são variáveis, podendo ir de menos de 1 mm a poucos centímetros e a frequência de sialólitos é relativamente alta, porém a ocorrência de sialólitos maiores que 1,5 cm é rara.¹

O objetivo deste trabalho é relatar o diagnóstico, características clínicas e o procedimento cirúrgico de reparo do ducto e o restabelecimento do fluxo salivar em uma paciente do gênero feminino com 56 anos de idade.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 58 anos de idade, melanoderma, hipertensa, foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB) com hipótese diagnóstica de sialólito em glândula submandibular. A mesma apresentava como queixa dor cervical havia aproximadamente três meses e aumento de volume esporádico no rosto, associado a secreção purulenta, dor e xerostomia (Figura 1).

FIGURA 1: Avaliação inicial, alterações estéticas não são identificadas.

Ao exame clínico e intraoral não foi possível observar a presença do sialólito, apesar da palpção mostrar-se dolorosa na região e ausência de drenagem espontânea de saliva na região do ducto da glândula submandibular direita. Ao exame tomográfico, observou-se uma imagem hiperdensa, com contornos precisos, de tamanho aproximado 18 mm em sua maior extensão, considerado um sialólito gigante, localizado posteriormente no assoalho da boca, próximo ao corpo mandibular, compatível com cálculo salivar no ducto da glândula submandibular direita. O exame tomográfico teve a intenção de inicialmente auxiliar no diagnóstico da alteração e, após a confirmação deste, facilitar o planejamento cirúrgico (Figura 2 e 3).

FIGURA 2: Ordenha negativa da glândula submandibular direita (com aparição do sialólito).

FIGURA 3: Reconstrução em 3D (TC) e corte axial demonstrando presença e localização do sialólito no assoalho bucal.

A paciente não foi submetida a outro tipo de tratamento, como bioestimulação para liberação do cálculo, tendo em vista o histórico do mesmo. Foi realizado o tratamento cirúrgico sob anestesia geral visando a remoção do sialólito por acesso intrabucal. A escolha pelo tratamento com anestesia geral teve como objetivo promover segurança no procedimento e estabilidade das condições de saúde, melhorando o campo operatório e desse modo aumentando a previsibilidade do tratamento. Foi efetuada uma incisão superficial na mucosa do assoalho bucal, o mais próximo possível da área do cálculo, sem que houvesse danos às estruturas nobres adjacentes como a glândula sublingual e o nervo lingual, seguido de divulsão. Em seguida, foi feita uma pequena incisão na região mais anterior do ducto, com a exposição inicial do cálculo, associada à sutura da parede do ducto com a

mucosa do assoalho bucal, de forma a garantir o trajeto do ducto de excreção e colocação de dreno. A paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte, com prescrição de analgésico, anti-inflamatório e antibiótico e permaneceu em acompanhamento durante o período de 15 dias, quando optou-se por fazer a remoção do dreno. Após 30 dias do procedimento, a paciente apresentou ordenha normal da glândula submandibular, ausência de parestesia do nervo lingual, ausência de sintomatologia dolorosa e completa cicatrização da mucosa do assoalho bucal (Figuras 4 e 5).

Discussão

A sialolitíase é uma das alterações mais comuns das glândulas salivares, sendo entretanto, a glândula submandibular com frequência a mais afetada por apresentar algumas particularidades que facilitam a sua formação: o trajeto longo e tortuoso do ducto de Wharton, associado à secreção mucoide mais espessa e alcalina, além do fluxo contra a gravidade.^{1,3,4}

É uma doença que pode afetar qualquer faixa etária, porém a sua incidência é maior em jovens e adultos de meia-idade com uma prevalência em homens.^{3,5} Os sintomas relatados geralmente são dor e tumefação

FIGURA 4: Exposição do sialólito, sutura da parede do ducto no assoalho bucal e instalação do dreno e sutura.

FIGURA 5: Pós-operatório de 30 dias com a mucosa do assoalho bucal cicatrizada e restabelecimento da patência do ducto de Wharton.

da glândula, que podem ser intermitentes, agravando-se especialmente durante a ingestão de alimentos. Podendo ainda apresentar-se assintomáticos em alguns casos.^{1,2,6,3}

A patofisiologia da formação do cálculo salivar ainda é pobremente compreendida.² Acredita-se que a estagnação salivar, associada à alcalinidade da saliva, infecção, inflamação ou trauma físico do ducto ou da glândula salivar possam predispor à formação de cálculo.⁷

Apesar da frequente alteração glandular, a presença de cálculos gigantes é extremamente rara, pois a maioria dos sialólitos não excede 1,5cm³ e se acredita que possa aumentar cerca de 1mm por ano.⁴ Neste caso, com as dimensões de aproximadamente 18 mm em sua maior extensão, pode ser considerado gigante.

Dos casos que comprometem a glândula submandibular, a maioria se localiza no ducto, com repercussões clínicas mais intensas do que os cálculos localizados no interior da glândula.⁴ No caso apresentado, o cálculo foi localizado posteriormente no assoalho bucal próximo ao corpo mandibular, no ducto da glândula submandibular direita, justificando-se assim sua sintomatologia, e até a exsudação relatada.

A respeito do tratamento, um procedimento menos invasivo é de máxima importância na preservação da função da glândula.^{3,6} A literatura indica alguns procedimentos cirúrgicos como a sialolitotomia transoral, sialoendoscopia, choque com litotripsia extracorpórea e ressecção da glândula.^{3,2} A abordagem intraoral é a mais comumente realizada pelos cirurgiões.⁴ Nesse relato de caso, a paciente foi submetida a procedimento para remoção do sialólito por acesso intraoral com incisão superficial na mucosa do assoalho bucal evitando danos às estruturas nobres adjacentes. Devido à sintomatologia dolorosa apresentada pela paciente, ausência de dispositivos adequados no Hospital Universitário e ao posicionamento posterior

do cálculo em relação ao corpo mandibular, optou-se por tratamento cirúrgico.

Entre as possíveis complicações pós-operatórias da abordagem intraoral estão injúria do nervo lingual e estenose do ducto de Wharton. Durante a excisão da glândula, há risco acima de 8% de paralisia permanente ou temporária do nervo marginal mandibular.³ Há apenas alguns estudos sobre a correlação entre os fatores de risco e características específicas do cálculo, sendo que sialólitos proximais causam mais complicações que os distais.⁸ Nesse caso, após 30 dias de pós-operatório, há patência do ducto de Wharton, ausência de parestesia do nervo lingual e de sintomatologia dolorosa, com completa cicatrização da mucosa do assoalho bucal, não se observando complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico do sialólito é clínico e por meio de exames imaginológicos, nesse caso com a tomografia computadorizada. O seu tratamento pode ser complexo, dependendo de sua localização, tamanho e estruturas anexas. A remoção cirúrgica com acesso intraoral é de eleição para o cirurgião dentista e deve restabelecer as funções glandulares, sem outros danos à saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1- Gupta A., Rattan D., Gupta R. Giant sialoliths of submandibular gland duct: report of two cases with unusual shape. **Contemp Clin Dent.** 2013, jan./mar. 4 (1): 78-80.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3703701/>
- 2- Iqbal A., Gupta AK, Natu SS, Gupta AK. Unusually large sialolithof Wharton's duct. **Ann Maxillofac Surg.** 2012, jan./jun. 2 (1): 70-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23483770>

- 3- Fowell C., Macbean A. Giant Salivary calculi of the submandibular gland. **J Surg Case Rep.** 2012, sep. 9 (6): 1-4.
doi: 10.1093/jscr/2012.9.6.
- 4- Filho MAO, Almeida LE, Pereira JA. Sialolito gigante associado à fístula cutânea. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.** 2008, jan. 8 (2): 35-8.
- 5- Lim EH, Nadarajah S., Mohamad I. Giant Submandibular Calculus Eroding Oral Cavity Mucosa. **Oman Med J.** 2017, sep. 32 (5): 432-<http://www.omjournal.org/articleDetails.aspx?coType=1&ald=2044>
- 6- Dalal S., Jain S., Agarwal S., Vyas N. Surgical management of an unusually large sialolith of Wharton's duct: a case report. **King Saud Univ J Dent Sci.** 2013, jan. 4 (1): 33-5.[https://](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210815712000364)
- www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210815712000364
- 7- Leite TC, Blei V., de Oliveira DP, Robaina TF, Rangel Janini ME, Meirelles Jr V. Giant asymptomatic Sialolithiasis. **Int J Oral Med Sci.** 2011, jan. 10 (3): 175-8.
<https://doi.org/10.5466/ijoms.10.175>
- 8- Dong SH, Kim SH, Doo JG, Jung AR, Lee YC, Eun Y-G. Risk factors for complications of intraoral removal of submandibular sialoliths. **J Oral Maxillofac Surg.** 2018, apr. 76 (4): 793-798.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29035699>

Submetido em: 19-11-2017

Aceito em: 17-4-2018