

Sialolitíase em região sublingual direita: relato de caso

Sialolithiasis en la región sublingual derecha: reporte de caso

Sialolithiasis in right sublingual region: case report

Camila Barbosa da **SILVA**¹

Lioney Nobre **CABRAL**²

Tiago Novaes **PINHEIRO**³

Antonio Jorge Araújo de **VASCONCELOS II**⁴

¹Curso de graduação em Odontologia, Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil

²Professor da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil

Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Amazonas-UFAM

³Professor da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil

Mestre e Doutor em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo-USP

⁴Professor da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil

Mestre em Patologia Bucal pela Universidade do Federal do Amazonas-UFAM

Resumo

Sialolitíases de pequenas proporções localizadas na porção terminal do ducto podem ser difíceis de serem eliminadas de forma passiva, causando problemas ao paciente como episódios de dor e desconforto, podendo evoluir para complicações como infecção ou retenção mucosa. O presente trabalho relata um caso de sialolitíase de uma paciente de 35 anos. Ao exame clínico constatou-se a presença de uma elevação nodular na região de carúncula sublingual, formato cilíndrico, indolor e móvel à palpação, endurecida, coloração amarelada, aumento de volume sensível no pescoço durante algumas refeições, e evolução de sete meses. Ao exame tomográfico, foi possível observar a presença de uma massa hiperdensa na região de assoalho bucal. Inicialmente foi realizado uma ordenha associada a colocação de cone de guta percha, mas não se obteve sucesso. O tratamento realizado foi a remoção cirúrgica do sialólito sem necessidade de síntese associado ao uso tópico de Mud Oral juntamente com a orientação da ordenha para estimulação do fluxo salivar. A hipótese diagnóstica para esta lesão foi de sialolitíase e a mesma foi confirmada através da análise histopatológica. A paciente, continuou em acompanhamento pós-operatório durante 3 semanas, durante este período, a mesma não desenvolveu nenhuma sintomatologia relevante, sendo dispensada após 21 dias. Portanto, diante das possibilidades clínicas e situação da paciente optou-se por métodos mais conservadores e menos invasivos associados a orientações de cuidados pós-operatórios para que se obtivesse uma rápida recuperação e um bom prognóstico.

Descritores: Cálculos das Glândulas Salivares; Glândula Sublingual; Cirurgia Bucal.

Abstract

Small sialolithiasis located in the terminal portion of the duct can be difficult to passively eliminate, causing problems to the patient such as episodes of pain and discomfort, and may progress to complications such as infection or mucous retention. The present work reports a case of sialolithiasis from a 35-year-old patient. Clinical examination revealed the presence of a nodular elevation in the region of the sublingual caruncle, cylindrical, painless and movable on palpation, hardened, yellowish in color, an increase in the sensitive volume in the neck during some meals, and an evolution of seven months. Upon tomographic examination, it was possible to observe the presence of a hyperdense mass in the region of the oral floor. Initially, milking associated with placing a gutta percha cone was performed, but it was not successful. The treatment performed was the surgical removal of the sialolith without the need for synthesis associated with the topical use of Oral Mud together with the orientation of milking to stimulate the salivary flow. The diagnostic hypothesis for this lesion was Sialolithiasis and it was confirmed through histopathological analysis. The patient, continued in postoperative follow-up for 3 weeks, during this period, she did not develop any relevant symptoms, being discharged after 21 days. Therefore, given the possibilities clinical conditions and the patient's situation, more conservative and less invasive procedures associated with postoperative care guidelines to obtain a quick recovery and a good prognosis.

Descriptors: Salivary Gland Calculi; Sublingual Gland; Surgery, Oral.

Resumen

La pequeña sialolithiasis ubicada en la porción terminal del conducto puede ser difícil de eliminar pasivamente, causando problemas al paciente, como episodios de dolor e incomodidad, y puede progresar a complicaciones como infección o retención mucosa. El presente trabajo reporta un caso de sialolithiasis de una paciente de 35 años. El examen clínico reveló la presencia de una elevación nodular en la región del carúnculo sublingual, cilíndrica, indolora y móvil a la palpación, endurecida, de color amarillento, un aumento del volumen sensible en el cuello durante algunas comidas y una evolución de siete meses. Tras el examen tomográfico, fue posible observar la presencia de una masa hiperdensa en la región del piso oral. Inicialmente, se realizó el ordeño asociado con la colocación de un cono de gutapercha, pero no tuvo éxito. El tratamiento realizado fue la extracción quirúrgica del sialólito sin la necesidad de síntesis asociada con el uso tópico de Mud oral junto con la orientación del ordeño para estimular el flujo salival. La hipótesis diagnóstica para esta lesión fue la Sialolithiasis y se confirmó mediante análisis histopatológico. La paciente, continuó en el seguimiento postoperatorio durante 3 semanas, durante este periodo, no desarrolló ningún síntoma relevante, siendo dada de alta después de 21 días. Por lo tanto, en vista de las posibilidades clínicas y la situación del paciente, se eligieron métodos más conservadores y menos invasivos asociados con las pautas de atención postoperatoria para obtener una recuperación rápida y un buen pronóstico.

Descriptores: Cálculos de las Glándulas Salivales; Glándula Sublingual; Cirugía Bucal.

INTRODUÇÃO

Sialólitos são estruturas calcificadas que se desenvolvem no interior das glândulas salivares ou em seus ductos que se formam pela precipitação e acúmulo de componentes orgânicos e inorgânicos da saliva¹, ao redor de um ninho de debris que podem incluir um muco espesso, bactérias, células do epitélio do ducto ou corpos estranhos².

Os cálculos salivares, são frequentemente localizados nos ductos das glândulas salivares maiores, sendo a submandibular a mais acometida (72-95%)³ devido as características químicas da saliva e anatômicas como: comprimento do ducto, trajeto ascendente e tortuoso⁴, seguida da parótida (4-28%)³, sublingual (1-2%) e

raramente acometendo as glândulas salivares menores⁵.

É considerada a alteração glandular mais comum, sendo que cerca de 50% dos casos de patologias das glândulas salivares são sialolitíases⁶. A sialolitíase das glândulas salivares pode ocorrer em qualquer faixa etária², porém, ocorre mais comumente em adultos do sexo masculino⁶ entre 30 e 40 anos de idade¹ e raramente acomete crianças⁶. Sua estimativa é que 12 a cada 1000 adultos da população são afetados⁷, e não apresenta predileção por raça⁸.

Os sialólitos normalmente são unilaterais ocorrendo em apenas uma glândula⁹, podendo ser simples (75,3%)⁸ ou múltiplos⁹. O formato dos cálculos pode fornecer informações importantes para definir sua localização de origem¹⁰. Geralmente, os sialólitos alongados ou de formato cilíndrico encontram-se nos ductos e os arredondados ou de forma ovóide no interior da glândula. Na maioria dos casos, os cálculos salivares são pequenos, podendo medir de 1 a 10mm, sendo que os maiores de 10mm são considerados raros e classificados como gigantes⁴. Clinicamente, os cálculos salivares são consistentes e apresentam coloração geralmente amarelada, dependendo da sua constituição⁶.

A sintomatologia pode variar de acordo com o tamanho e a localização do cálculo¹¹, bem como o grau de obstrução e a quantidade de pressão produzida no interior da glândula², podendo ser encontrado um aumento de volume da glândula afetada principalmente durante as refeições, sinais de infecção e longos episódios de dor¹¹.

Na maioria dos casos, os métodos de diagnóstico clínico incluem inspeção, palpação, verificação da quantidade e da qualidade da saliva secretada e exames radiográficos convencionais¹², mas, em alguns casos, pode-se utilizar técnicas mais avançadas, como sialografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, cintilografia, ressonância magnética e endoscopia, que possibilitam uma melhor localização, mensuração do tamanho do sialólito e consequente planejamento cirúrgico¹³.

As formas de tratamento variam de acordo com o tamanho, formato e localização do sialólito na glândula afetada¹⁴, podendo ser utilizados desde métodos conservadores como à ordenha e uso de sialogogos, resultando em expulsão instantânea, até tratamentos mais invasivos como remoção cirúrgica intra ou extra-oral¹⁵.

Deste modo, este trabalho irá relatar um caso clínico de sialolitíase em região sublingual

que foi tratado da forma mais conservadora possível, com a devida orientação de cuidados pré e pós-operatórios para que se tivesse uma rápida recuperação e um bom prognóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente, gênero feminino, 35 anos de idade, melanoderma, foi encaminhada à Clínica de Estomatologia da Universidade do Estado do Amazonas-UEA, queixando-se de elevação nodular em região de assoalho bucal. Durante a anamnese, relatou que o tempo de evolução era de sete meses, acompanhada de sintomatologia dolorosa com aumento de volume sensível na região submandibular direita durante algumas refeições, sendo mais intensa durante a ingestão de frutas e bebidas cítricas.

Ao exame clínico intraoral, observou-se a presença de aumento de volume de coloração amarelada na carúncula sublingual direita, esta localização impossibilitou definir a origem glandular do cálculo. Durante a palpação, constatou-se um nódulo de consistência endurecida e móvel que obstruía a passagem de saliva. Foi utilizada a manobra semiotécnica de ordenha associada a colocação de um cone de guta percha para dilatar o óstio do ducto na tentativa de expelir o sialólito, durante várias tentativas, mas este mostrou-se bastante aderido, inviabilizando a saída de forma passiva e conservadora (Figura 1).



Figura 1: Aspecto inicial da lesão e realização de ordenha.

Foi solicitada, como exame complementar, a tomografia computadorizada na tentativa de se descartar ou confirmar a presença de outros cálculos, esta hipótese foi descartada e verificou-se apenas a presença de uma estrutura hiperdensa na região de carúncula sublingual direita, compatível com apenas um sialólito (Figura 2). Com base nas informações colhidas na anamnese e no achado radiográfico, concluiu-se o diagnóstico clínico de sialolitíase. O tratamento proposto foi a remoção cirúrgica, através de acesso intraoral sob anestesia de bloqueio de nervo lingual bilateral. Uma pequena incisão de aproximadamente 3mm foi realizada de forma linear sobre o

cálculo, e as paredes do ducto foram divulsionadas cuidadosamente, o que facilitou a visualização e remoção da estrutura calcificada, sem necessidade de síntese (Figura 3). A forma de tratamento estabelecida foi a mais conservadora possível, utilizando incisão simples e exérese por pinça, descartando técnicas traumáticas e mutiladoras à glândula salivar e ao ducto.

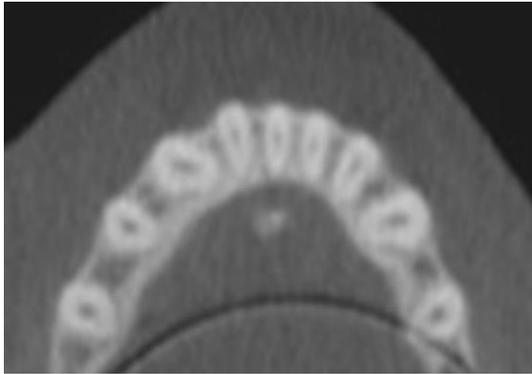


Figura 2: Estrutura hiperdensa no assoalho bucal.



Figura 3: Local da incisão após biópsia excisional.

O material calcificado coletado na biópsia excisional apresentou formato cilíndrico e tamanho de aproximadamente 4mm em seu comprimento (Figura 4). O mesmo foi incluído em solução formalina a 10% e encaminhado ao exame histopatológico.

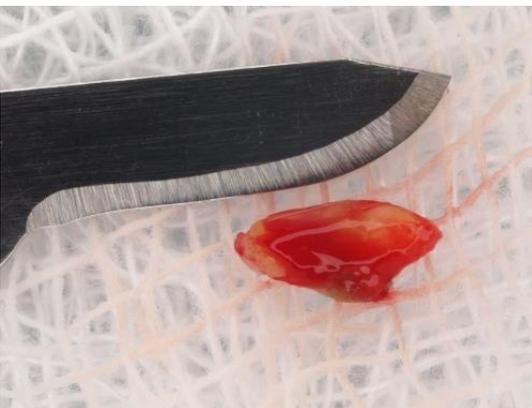


Figura 4: Material calcificado coletado na biópsia excisional.

Foi constatado microscopicamente um fragmento de material mineralizado formado pela deposição apositiva de matéria orgânica

tomando aspecto concêntrico e multifocal, e presença de material mucinoso eosinofílico amorfo (Figura 5), que ao ser submetido à microscopia de fluorescência apresentou propriedades fluorescentes, absorvendo e emitindo luz azul (Figura 6).

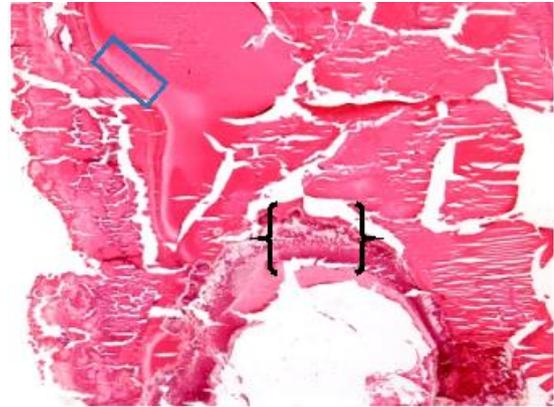


Figura 5: Matéria orgânica concêntrica (em azul) e material mucinoso eosinofílico amorfo (em preto).

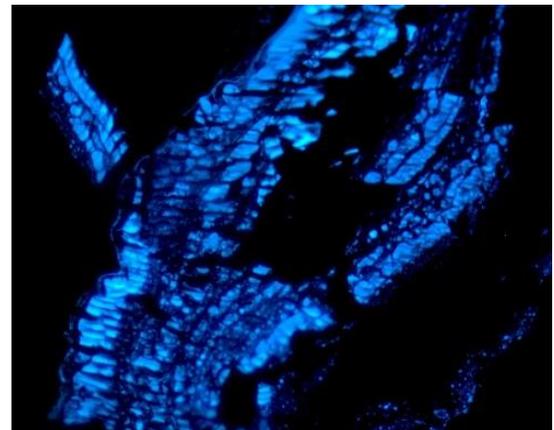


Figura 6: Propriedades fluorescentes do material mucinoso.

A paciente retornou depois de três semanas de pós-operatório, relatando ausência de sintomatologia dolorosa e reorganização das características anatômicas normais da carúncula sublingual, além da retomada do fluxo salivar que estava obstruído antes da cirurgia (Figura 7). No momento encontra-se com sete meses de proervação, estando com salivação normal e sem aumento volumétrico em assoalho bucal (Figura 8).



Figura 7: Pós-operatório de três semanas de proervação.



Figura 8: Pós-operatório de sete meses de preservação.

Portanto, diante das possibilidades clínicas e situação da paciente optou-se por métodos mais conservadores e menos invasivos associados a orientações de cuidados pós-operatórios para que se obtivesse uma rápida recuperação e um bom prognóstico.

DISCUSSÃO

A sialolitíase é uma condição patológica comum das glândulas salivares que consiste na formação de concreções calcificadas nos sistemas de ductos ou no interior de uma glândula¹⁶. A etiologia exata ainda é desconhecida, podendo suas causas serem mecânicas, traumáticas, infecciosas, químicas, neurogênicas ou resultantes da presença de corpo estranho¹⁴. Quanto ao gênero, há uma incidência maior em homens de 30 a 40 anos de idade¹⁰, o que difere do caso clínico aqui apresentado.

A glândula submandibular é a mais acometida (80%), o que pode ser explicado pelo pH alcalino, secreção mucosa e alta concentração de cálcio desta glândula¹⁷, haja vista que seu ducto longo e tortuoso, que circunda o músculo milo-hióideo e a secreção no sentido antigravitacional também podem contribuir para a sua predileção¹⁸. A glândula parótida tem menor prevalência (4-10%) devido ao auxílio dos músculos da expressão facial no fluxo salivar associado a disposição horizontal do ducto de Stenon¹⁹, seguida da rara prevalência na glândula sublingual (1-2%) que deve-se ao menor comprimento dos ductos e ao fato de possuir várias aberturas que favorecem a drenagem da saliva²⁰.

Geralmente, os sialólitos são unilaterais⁹ e apresentam coloração amarelada⁶, conforme o do caso clínico em questão. Seu formato está relacionado a sua localização de origem¹⁰, uma vez que os cálculos de forma arredondada ou ovóide encontram-se no interior da glândula e os de formato cilíndrico ou alongado no interior do ducto⁴, exatamente como o cálculo encontrado na paciente.

A sintomatologia está relacionada com o grau de obstrução, podendo ser assintomática quando a obstrução é parcial e permite a passagem de saliva^{21,22}. No entanto, a obstrução completa causa dores e inchaços da glândula durante os períodos de refeições ou quando há estímulos salivatórios⁶, o que corrobora com a sintomatologia descrita pela paciente.

A associação de um exame clínico cuidadoso com informações colhidas na anamnese é importante para o diagnóstico desta condição¹⁸, bem como a palpação bimanual na direção anterior e posterior do assoalho bucal⁶, além de exames radiográficos diversos para detectar essas estruturas calcificadas¹⁶. Em casos onde não foi possível o diagnóstico através de exames radiográficos, torna-se necessário a utilização de métodos imagenológicos mais precisos como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, apesar de seu alto custo²³. Nesse caso, optou-se pela tomografia computadorizada disponibilizada na policlínica da UEA sem gerar custos à paciente, uma vez que o sialólito não foi evidenciado na radiografia oclusal.

Para os sialólitos de pequeno tamanho e localizados próximos aos óstios do ducto, o tratamento pode ser conservador, através da ordenha ou pelo cateterismo e a dilatação do ducto¹, além do aumento na ingestão de líquidos e bebidas cítricas para expulsar o sialólito¹⁴. Entretanto, esses métodos não foram efetivos no caso clínico em questão, uma vez que o sialólito mostrou-se bastante aderido ao ducto, e assim, optou-se por remoção cirúrgica com uma mínima incisão linear sobre o cálculo para remoção do sialólito, sem utilização de síntese para preservar a integridade do ducto e recuperar o fluxo salivar que estava obstruído.

CONCLUSÃO

Portanto, diante das possibilidades clínicas e situação da paciente, optou-se por métodos de tratamentos os mais conservadores possíveis e menos invasivos associados a orientações de cuidados pós-operatórios para que se obtivesse uma rápida recuperação e um bom prognóstico. Durante sete meses de acompanhamento pós-operatório, a paciente relata ausência de sintomatologia dolorosa, e o local da remoção cirúrgica apresenta reorganização das características anatômicas normais da carúncula sublingual, além da retomada do fluxo salivar.

REFERÊNCIAS

1. Silveira RL, Machado R, Borges H, Oliveira R.

- Múltiplos sialólitos em glândula submandibular direita: relato de caso. Rev Fac Oontol Lins. 2005;17(1):39-42.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. ed., Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
 - Kraaij S, Karagozoglu KH, Forouzanfar T, Veerman EC, Brand HS. Salivary stones: symptoms, aetiology, biochemical composition and treatment. Br Dent J. 2014;217(11):E23.
 - Parkar MI, Vora MM, Bhanushali DH. A Large Sialolith Perforating the Wharton's Duct: Review of Literature and a Case Report. J Maxillofac Oral Surg. 2012;11(4):477-82.
 - Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis. A survey on 245 patients and a review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg. 1990;19(3):135-38.
 - Landgraf H, Assis AFD, Klüppel LE, Oliveira CFD, Gabrielli MAC. Extenso sialólito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2006;6(2):29-34.
 - Iqbal A, Gupta AK, Natu SS, Gupta AK. Unusually large sialolith of Wharton's duct. Ann Maxillofac Surg. 2012;2(1):70-3.
 - Hazarika P, Punnoose SE, Singh R, Arora S. Deep and unusual sialolithiasis of submandibular duct and gland: a surgical dilemma. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;65(4):309-13.
 - Choi J, Kim IK, Oh NS. Multiple sialoliths in sublingual gland: report of a case. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002;31(5):562-63.
 - Jaeger F, Andrade R, Alvarenga RL, Galizes BF, Amaral MBF. Sialólito gigante no ducto da glândula submandibular. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxillofac. 2013;54(1):33-6.
 - Sobrino-Guijarro B, Cascarini L, Lingam RK. Advances in imaging of obstructed salivary glands can improve diagnostic outcomes. Oral Maxillofac Surg. 2013;17(1):11-9.
 - Austin T, Davis J, Chan T. Sialolithiasis of submandibular gland. J Emerg Med. 2004;26(2):221-23.
 - Mandel L, Alfi D. Diagnostic imaging for submandibular duct atresia: literature review and case report. J Oral Maxillofac Surg. 2012;70(12):2819-22.
 - Manzi FR, Silva AIV, Dias FG, de Fátima Ferreira E. Sialólito na glândula submandibular: Relato de caso clínico. ROBRAC. 2010;19(50):270-74.
 - Singh Gill MP, SINGH AP. Spontaneous expulsion of an asymptomatic large submandibular salivary gland calculus: a case report. JCDR. 2012; 6(5):908-9.
 - Farenzena KP, da Rocha Vieira R, Mallmann CT, De Carli JP, da Silva SO. Sialolitíase: revisão de literatura e levantamento de casos. Odonto. 2012;20(40):31-9.
 - Graziani F, Vano M, Cei S, Tartaro G, Mario G. Unusual asymptomatic giant sialolith of the submandibular gland: a clinical report. J Craniofac Surg. 2006;17(3):549-52.
 - Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. Br Dent J. 2002;193(2):89-91.
 - Arunkumar KV, Garg N, Kumar V. Oversized submandibular gland sialolith: a report of two cases. J Maxillofac Oral Surg. 2015; 14(Suppl 1):116-19.
 - Su YX, Zhang K, Ke ZF, Zheng GS, Chu M, Liao GQ. Increased calcium and decreased magnesium and citrate concentrations of submandibular/sublingual saliva in sialolithiasis. Arch oral biol. 2010;55(1):15-20.
 - Magnabosco Neto AE. Sialólito na região de glândula parótica: relato de um caso clínico. BCI. 2002;9(35):210-14.
 - Pereira RS, Bonardi JP, Silva JR, Mourão CFAB, Souza FI, Pimentel RM. Remoção cirúrgica de sialólito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. Arch Health Invest (2017);6(4):185-88.
 - Silva ARS, Soares GR, Soubhia AMP, Miyahara GI. Considerações atuais da sialolitíase de ducto de glândula submandibular. Rev Odontol Araçatuba. 2010;46-50.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Camila Barbosa da Silva

Rua do Oriente, nº 10, Bairro Parque Mauá
69075-722 Manaus-AM, Brasil
E-mail: cbs.odo16@uea.edu.br

Submetido em 03/09/2020

Aceito em 02/03/2020