

TRATAMENTO DE SIALOLITÍASE EM GLÂNDULAS SUBMANDIBULARES: RELATO DE DOIS CASOS.

Treatment of sialolithiasis in submandibular glands: report of two cases.

Marisa Aparecida Cabrini **GABRIELLI***, Mario Francisco Real **GABRIELLI****, André Gustavo **PALEARI*****, Nicolau Conte **NETO******, Lucas Martins Castro e **SILVA******, João Frank Carvalho **DANTAS*******.

* Professor Assistente Doutor da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP. (macg@foar.unesp.br)

** Professor Titular da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP.

*** Aluno do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Oral, nível de mestrado, da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP.

**** Residente do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP.

***** Aluno de Doutorado em Estomatologia – Universidade Federal da Bahia -UFBA/Universidade Federal da Paraíba-UEPB.

Autor para correspondência: Marisa Aparecida Cabrini Gabrielli (macg@foar.unesp.br).

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia

Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

Rua Humaitá, 1680 CEP 14801-903 – Centro – Araraquara – SP

Fone/ Fax: (16) 3301-6406

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A sialolitíase corresponde a cerca de 30% das patologias que acometem as glândulas salivares. O diagnóstico preciso e a escolha do tratamento adequado são fundamentais para promover o restabelecimento funcional do paciente.

RESUMO

Sialolitíase é uma patologia comum que afeta as glândulas salivares sendo caracterizada pela presença de estruturas calcificadas no interior do sistema ductal ou em regiões do ácino da glândula, dificultando ou impedindo o fluxo normal de saliva. Pacientes com cálculos salivares são normalmente tratados pela remoção cirúrgica do cálculo e às vezes torna-se necessária também a remoção da glândula salivar afetada. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de sialolitíases em glândulas submandibulares tratadas através de acesso cirúrgico transcervical submandibular.

PALAVRAS-CHAVE: sialolitíase, cirurgia, glândula submandibular

ABSTRACT

Sialolithiasis is a common disease that affects salivary glands and is characterized by the presence of mineralized structures inside ductal system, blocking physiologic salivary flow. Patients with salivary calculi are normally managed by surgical removal of the calculi or, if necessary, the entire affected gland. The aim of this article is to report two cases of sialolithiasis located in the submandibular gland treated by a transcervical submandibular approach.

KEYWORDS: sialolithiasis, surgery, submandibular gland

INTRODUÇÃO

Os sialólitos são estruturas calcificadas que se desenvolvem no interior do sistema ductal ou ácino de glândulas salivares, impedindo ou limitando o fluxo de saliva^{1,2}. Esta patologia corresponde a cerca de 30% das alterações salivares, sendo também a causa mais comum de obstrução dessas glândulas³.

Várias teorias tentam explicar a formação dos cálculos salivares, no entanto, a etiologia ainda não é bem definida. Podem se originar a partir da deposição de sais de cálcio ao redor de um nicho central de células epiteliais descamadas, bactérias, corpos estranhos ou produtos de decomposição bacteriana⁴, ou estar relacionados à retenção salivar devido a fatores morfoanatômicos (ducto salivar estreito e tortuoso) e à composição da própria saliva, como por exemplo, àquelas com altas concentrações de sais minerais e com deficiência de inibidores de cristalização¹.

A sialolitíase pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em jovens e adultos de meia-idade. O local mais acometido é o sistema ductal da glândula submandibular, perfazendo um percentual de 80 a 90% dos casos^{1,2,4,5}. O trajeto longo, tortuoso e ascendente do ducto submandibular e a secreção mucosa e espessa podem ser os fatores responsáveis pela maior tendência à formação de cálculos nestas glândulas, podendo ainda ser agravado pelo tabagismo⁶. Outras regiões de incidência são as glândulas parótidas (cerca de 20%) e as glândulas salivares menores, porém, com pouca frequência⁴.

O diagnóstico diferencial pode ser feito com sialoadenite obstrutiva, parotidite epidêmica e tumores de glândulas salivares⁷. Porém, na maioria dos casos, a história clínica, o exame físico do paciente e o exame radiográfico são suficientes para se chegar ao diagnóstico, devendo ser confirmado por meio da análise histopatológica².

Clinicamente, os pacientes com sialólitos de glândulas salivares maiores apresentam-se com dor ou tumefação da glândula afetada, princi-

palmente no momento das refeições. A intensidade dos sintomas varia de acordo com o grau de obstrução e a quantidade de pressão produzida no interior da glândula^{2,5-7}. Pequenos sialólitos que permitem a passagem da saliva através do ducto podem ser assintomáticos, enquanto que aqueles de tamanhos maiores podem obstruir a passagem da saliva causando dor, inchaço e infecção da glândula salivar envolvida⁸. A palpação da estrutura glandular é fundamental para o diagnóstico, possibilitando por vezes a localização do cálculo no interior do ducto e, em alguns casos, até a sua dissolução por manipulação².

O exame radiográfico serve para auxiliar o diagnóstico. As radiografias mais utilizadas são a oclusal e a panorâmica, onde os sialólitos aparecem como massas radiopacas². Entretanto, talvez em função do grau de calcificação de algumas lesões, nem todos os cálculos são visíveis nas radiografias convencionais, necessitando de outros exames de imagens tais como a sialografia, a ultra-sonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética^{2,7,9,10}.

Microscopicamente, as massas calcificadas apresentam laminações concêntricas que podem circundar um nicho de restos orgânicos amorfos. O tecido glandular em associação ao cálculo exibe um processo inflamatório crônico, com metaplasia de células mucosas e escamosas².

Macroscopicamente, o cálculo salivar apresenta-se como uma massa de coloração amarelada, dura, podendo ser redonda, oval ou cilíndrica. É composto basicamente por cristais de hidroxapatita, havendo grandes concentrações de cálcio e fósforo^{2,4}.

Se os sialólitos de glândulas salivares maiores forem de tamanho pequeno, podem algumas vezes ser tratados de forma conservadora por meio de compressas mornas, de fisioterapia com massagens leves na glândula e ordenha, na tentativa de direcionar o cálculo para o orifício do ducto.

Além disso, podem ser adicionados outros meios de tratamento como o uso de alimentos ácidos ou sialogogos com a finalidade de estimular a produção salivar na tentativa de expulsar ou desobstruir o fluxo normal da saliva. Como exemplo de sialogogo podemos citar a Pilocarpina que foi o primeiro antagonista muscarínico aprovado pelo FDA (EUA), indicado principalmente para o tratamento da Síndrome de Sjögren; outra substância bastante conhecida é a Cevimelina^{11,12}. No entanto, nos casos de tentativa frustrada por meio do tratamento conservador ou no caso de cálculos maiores, o tratamento cirúrgico torna-se o mais indicado⁶. O acesso cirúrgico intra-oral para a remoção de cálculos salivares é indicado para aqueles que são palpáveis na boca e localizados na distal do ducto ou não mais que 2cm do óstio do ducto submandibular¹⁰. Essa técnica tem sido utilizada com sucesso, embora apresente maiores dificuldades para ser realizada devido a um campo cirúrgico restrito e com maiores riscos de lesar o nervo lingual⁸, porém, é pouco invasiva e promove maiores chances de preservação da função da glândula após a cirurgia¹⁰.

A remoção da glândula associada se torna necessária quando o cálculo se localiza na proximal do ducto, no parênquima glandular ou quando houver alguma alteração inflamatória ou infecciosa no interior da mesma^{2,4,13}. Torroni et al.⁶ (2007), preconizam o acesso cirúrgico transcervical para o tratamento de sialoadenites e neoplasmas de glândulas submandibulares, pois é um procedimento relativamente simples, envolve poucos riscos às estruturas nervosas ao redor da glândula, permite larga margem de ressecção em caso de neoplasmas e causa poucos prejuízos estéticos ao paciente.

O prognóstico do tratamento dos sialólitos pequenos é satisfatório e geralmente não recidivam⁴, desde que o paciente não apresente alguma alteração sistêmica ou de consistência salivar que favoreçam a formação de novos sialólitos¹³. Na maioria dos pacientes a função da glândula melhora após a remoção do cálculo, exceto nos casos em que tenha sido necessária a exérese da glândula salivar envolvida⁸.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar dois casos de sialolitíases em glândulas submandibulares tratadas através de acesso cirúrgico transcervical submandibular.

Relato de casos

Caso Clínico 1

A paciente A.F.B. compareceu ao ambulatório da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara–UNESP, com queixa de aumento volumétrico e sintomatologia dolorosa na região submandibular esquerda há aproximadamente 21 dias, com histórico de várias recorrências do caso. Ao exame físico evidenciou-se tumefação nesta área, com limites bem definidos, endurecida à palpação e discreto eritema local (Figura 1). Ao exame clínico intra-oral, observou-se eritema na carúncula submandibular e ausência de drenagem de saliva pelo óstio do ducto submandibular esquerdo. Após ordenha da glândula, foi notada a drenagem de secreção purulenta. Ao exame radiográfico panorâmico observou-se uma massa radiopaca localizada abaixo do bordo inferior da mandíbula e acima do osso hióide. Diante de tais evidências, o diagnóstico suposto foi de cálculo salivar no ducto submandibular com sialoadenite associada.

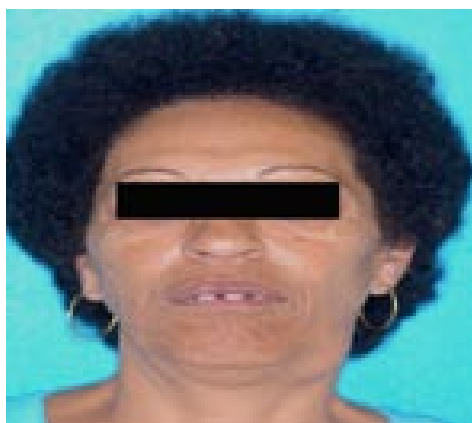


Figura 1. Aspecto clínico inicial da paciente com aumento volumétrico em região submandibular esquerda.

O tratamento proposto foi remoção do cálculo e da glândula salivar envolvida.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e através de acesso cirúrgico transcervical submandibular a glândula submandibular esquerda foi evidenciada e posteriormente removida juntamente com o sialolito (Figuras 2 e 3). O ducto da glândula foi

removido por acesso intra-oral e o espécime foi enviado para exame histopatológico, o qual confirmou tratar-se de sialoadenite crônica ativa inespecífica associada à sialolitíase. No pós-operatório foi receitado antibiótico por 07 dias, analgésico (se necessário) e antiinflamatório por 04 dias, obedecendo às posologias recomendadas.

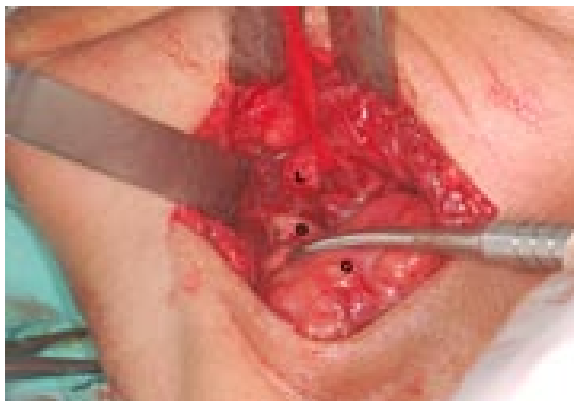


Figura 2. Cirurgia realizada através de acesso cirúrgico transcervical submandibular. Evidenciação da glândula submandibular esquerda (G), nervo lingual (L) e ducto da glândula (D).

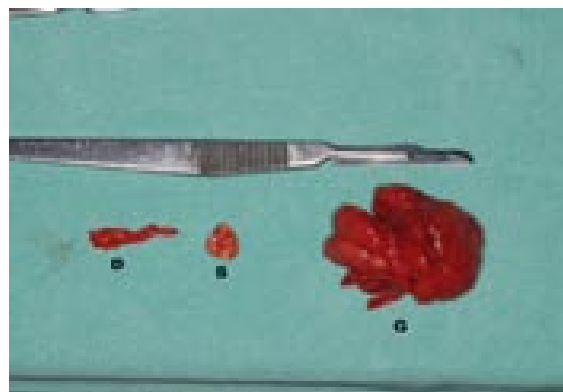


Figura 3. Ducto da glândula submandibular (D), sialolito (S) e glândula submandibular (G) após remoção.

Em um pós-operatório de 07 dias notava-se diminuição do edema na região submandibular esquerda, bordos das incisões sem deiscência e sem sinais ou sintomas de infecção. No pós-ope-

ratório de 06 meses a paciente apresentava bom estado cicatricial da incisão cutânea e ausência de sinais ou sintomas de infecção (Figura 4).

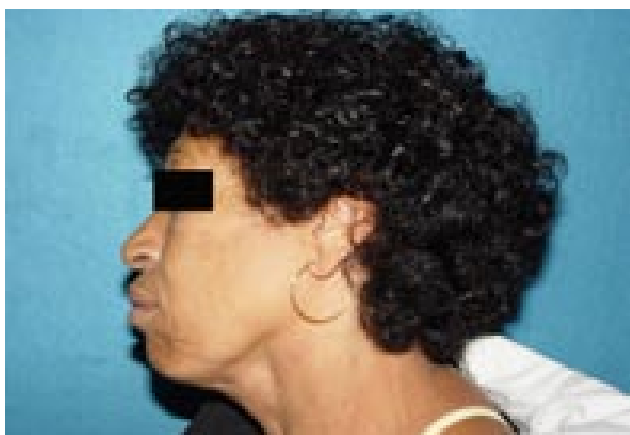


Figura 4. Aspecto cicatricial após 6 meses de pós-operatório. Ausência de edema na região submandibular esquerda, incisão com aparência discreta, sem sinais ou sintomas de infecção.



Figura 5. Radiografia panorâmica evidenciando massa radiopaca de contornos definidos em região submandibular esquerda.

Caso Clínico 2

A paciente I.S.S. compareceu ao ambulatório da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP, com histórico de aumento volumétrico na região submandibular esquerda com evolução de 12 dias, com drenagem de coleção purulenta pelo ducto da glândula, relatando histórico febril nas últimas 24 horas. A paciente estava fazendo uso de ampicilina e diclofenaco sódico, prescritos pelo médico do posto de saúde, que suspeitava de infecção odontogênica.

Ao exame físico a paciente apresentava trismo mandibular e após palpação da região submandibular esquerda evidenciou-se uma massa de consistência firme com limites definidos. Ao exame intra-oral notou-se ausência de fluxo salivar pelo óstio da glândula submandibular esquerda e drenagem de secreção purulenta. Na radiografia panorâmica evidenciou-se uma massa radiopaca de contornos bem definidos, localizada em região submandibular esquerda (Figura 5), o que sugeriu o diagnóstico de sialólito do ducto da glândula sub-

mandibular com sialoadenite associada. Diante disso, foi realizada cirurgia sob anestesia geral para exérese da glândula submandibular e do sialólito. Através de acesso cirúrgico transcervical submandibular, a glândula envolvida e o sialólito foram removidos e, por um acesso em soalho de boca, o ducto da glândula foi retirado (Figuras 6). Os espécimes foram enviados para análise histopatológica, a qual confirmou diagnóstico de sialoadenite crônica ativa inespecífica associada à sialolitíase. Medicações pós-operatórias foram prescritas da mesma forma que o caso anterior.

Em um pós-operatório de 07 dias a paciente apresentou-se com bom estado cicatricial das incisões cutâneas e mucosas, sem sinais ou sintomas de infecção e com trismo mandibular moderado (27mm de abertura bucal), sendo instituída fisioterapia para melhora da abertura bucal. Aos 15 dias de pós-operatório a abertura registrada era de 46mm. Após 05 meses da realização da cirurgia, a paciente apresentava bom aspecto cicatricial em áreas de incisões, ausência de sinais ou sintomas de infecção e abertura bucal de 47mm. (Figura 7)

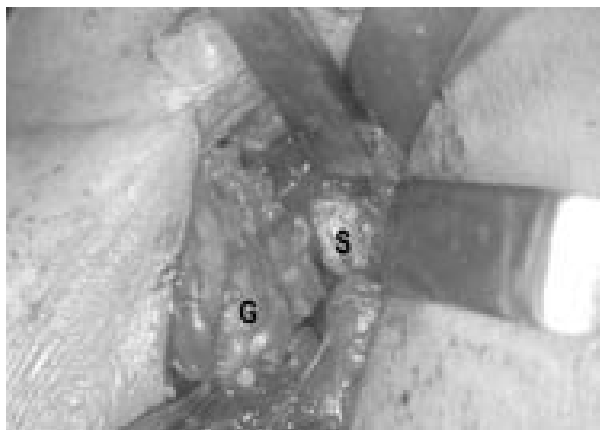


Figura 6. Cirurgia realizada através de acesso cirúrgico transcervical submandibular. Visualização de glândula submandibular (G) e sialólito (S).



Figura 7. Aspecto cicatricial após 5 meses de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Os sialólitos são patologias comuns das glândulas salivares caracterizados pela obstrução da secreção salivar por um cálculo^{1,2,10-16}.

Nos casos clínicos apresentados, os sialólitos localizavam-se no hilo da glândula submandibular das pacientes, concordando com a literatura, que afirma ser o sistema ductal da glândula submandibular o local de maior ocorrência (80 a 90%)^{1,2,5,14,16}. Os sintomas apresentados assemelham-se aos relatados pela maioria dos autores, ou seja, tumefação em região submandibular, eritema, dor e secreção purulenta quando a glândula estiver ocasionalmente infectada^{1,2,5}.

Exames clínicos cuidadosos e história médica e odontológica bem realizada são imprescindíveis para o diagnóstico da sialolitíase. O diagnóstico dos casos citados foi obtido por meio da história clínica e exame físico das pacientes, sendo auxiliado pelo exame radiográfico e posteriormente confirmado pela análise histopatológica.

Park et al.¹⁰ (2006) preconizam a remoção de cálculos submandibulares por acesso intra-oral, preservando a glândula associada, na condição de que o sialólito seja palpável ou esteja próximo ao estroma ductal. Quando os sialólitos forem pequenos, poderão ser removidos através de hidratação do paciente e massagem glandular ou, quando muito próximos ao orifício ductal, através da dilatação do mesmo por meio de um catéter⁹. Entretanto, nos casos clínicos apresentados, os cálculos eram de grande tamanho, de consistência endurecida e estavam muito próximos ao parênquima glandular. As glândulas encontravam-se infeccionadas e com secreção purulenta. Diante disso, o tratamento proposto foi a exérese do cálculo e da glândula envolvida por acesso cirúrgico transcervical submandibular. Segundo Torroni et al.⁶ (2007), esta técnica é um procedimento relativamente simples, envolve poucos riscos às estruturas nervosas ao redor da glândula e promove poucos danos estéticos. Da mesma forma, Baek et al.⁹ (2006) afirmam que este método convencional para exérese da glândula submandibular é um procedimento seguro e previsível, com poucos riscos associados. No entanto, esses autores destacam que se a dissecação não for cuidadosa, poderá resultar em cicatriz cervical insatisfatória e injúrias aos nervos facial e lingual.

Recentemente, técnicas minimamente invasivas como a litotripsia, remoção do cálculo com sondas guiadas por ultra-som ou associadas à endoscopia e a sialitomia feita com CO₂ e laser têm sido utilizadas com eficácia, porém apresentam algumas limitações em cálculos grandes, prin-

cipalmente se a glândula estiver infectada^{2,3,8,10-15}.

Assim, percebemos que literatura apresenta diversas formas para o tratamento de sialolitíases. De um modo geral, técnicas conservadoras são preconizadas para sialólitos pequenos localizados próximos ao orifício ductal e técnicas mais invasivas àqueles de maiores diâmetros e/ou localizados nas proximidades do parênquima glandular.

CONCLUSÃO

Dessa forma, é lícito concluir que:

- A escolha da técnica adequada para o tratamento de sialolitíases depende do tamanho e localização do cálculo, da presença de infecção na glândula associada e da experiência do profissional;

- O acesso cirúrgico transcervical submandibular é um procedimento seguro, com poucos riscos associados e com bom prognóstico.

REFERÊNCIAS

- 1- Grases F, Santiago C, Simonet BM., Costa-Bauza A. Sialolithiasis: mechanism of calculi formation and etiologic factors. *Clin Chim Acta*. 2003;334(1-2):131-6.
- 2- Neville BW, Damm DD, Allan CM, Bouquet JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. 705 p.
- 3- Azaz B, Regev E, Casap N, Chicin R. Sialolithectomy done with a CO₂ laser: clinical and scintigraphic results. *J Oral Maxillofac Surg*. 1996; 54(6):685-8.
- 4- Shafer WG, Maynard KH, Barnett ML, Tomich CE. *Tratado de Patologia Bucal*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987. 837p.
- 5- Kasaboglu O, Er N, Tumer C, Akkocaoglu M. Micromorphology of sialoliths in submandibular salivary gland: a scanning electron microscope and X-ray diffraction analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004;62(10):1253-8.
- 6- Torroni AA, Muztazza MC, Bartoli DD, Iannetti GG. Transcervical submandibular sialadenectomy. *J Craniofac Surg*. 2007;18(3):613-21.
- 7- Uluc ME, Vidinli BD, Erdogan N, Gelal F. Giant cystic dilatation that includes multiple sialolithiasis of submandibular gland. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;134(3):533-4.

8- Makdissi J, Escudier MP, Brown JE, Osailan S, Drage N, McGurk M. Glandular function after intraoral removal of salivary calculi from the hilum of the submandibular gland. *Br J Oral and Maxillofac Surg.* 2004;42(6):538-41.

9- Baek CH, Jeong HS. Endoscope-assisted submandibular sialadenectomy: a new minimally invasive approach to the submandibular gland. *Am J of Otolaryngol.* 2006;27(5):306-9.

10-Park JS, Sohn JH, Kim JK. Factors influencing intraoral removal of submandibular calculi. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;135(5):704-9.

11- Papas AS, Sherrer YS, Chamey M, Golden HE, Thomas AJr, Walsh BT, Trivedi M, Goldlust B, Gallego SC. Successful treatment of dry mouth and dry eye symptoms in Sjögren's Syndrome patients with oral pilocarpine: a randomized placebo-controlled, dose adjustment study. *J Clin Rheumatol.* 2004;10:169-77.

12- Fife RS, Chase WF, Dore RK, Wisenhutter GW, Lockhart PB, Tindall E, Suen JY. Cevimeline for the treatment of xerostomia in patients with Sjögren's Syndrome. *Arch Intern Med.* 2002; 162:1.293-300.

13-Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1982. 308p.

14-Drage NA, Brown JE, Makdissi J, Townend J. Migrating salivary stones: report of three cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2005;43(2):180-2.

15- Drage NA, McAuliffe NJ. Ultrasound-guided basket retrieval of salivary stones: a new technique. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005;43(3):246-8.

16-Mandel L. Tuberculous cervical node calcifications mimicking sialolithiasis: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(9):1439-42.