

# SIALOLITÍASE EM DUCTO DE GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO

Sialolithiasis in submandibular gland duct: a clinical report

**Carlos Roberto Teixeira Rodrigues**  
Professor do curso de odontologia/USS  
Especialista em Dentística  
odonto-estetica@uol.com.br

**Frederico dos Reis Goyatá**  
Professor do curso de odontologia/USS  
Doutorando - Pós-graduação / UNITAU  
fredgoyata@oi.com.br

**Rodrigo Marinho de Oliveira Rezende**  
Especialista em Estomatologia  
Doutorando - Pós-graduação / SL Mandic  
drrodrigomarinho@ig.com.br

**Maria Cristina Almeida de Souza**  
Professora Pós-graduação odontologia/FOV  
Doutoranda - Pós-graduação / SL Mandic  
mcas.souza@uol.com.br

Recebido em 12/11/2009

Aceito em 09-12-2009

Trabalho realizado no Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra em Vassouras/RJ.

E-mail: odonto-estetica@uol.com.br.

## RESUMO

A sialolitíase é uma patologia que acomete as glândulas salivares maiores e menores, especialmente a submandibular. Geralmente, os cálculos salivares (sialolitos) não atingem grandes extensões, raramente ultrapassando 1 centímetro. O objetivo deste artigo é relatar um caso clínico de paciente portadora de sialolito no ducto de glândula submandibular, descrever suas características clínicas e radiográficas e fornecer informações de interesse clínico sobre o tratamento e o prognóstico.

**Palavras-chave:** sialolito, sialolitíase, glândula salivar.

## ABSTRACT

The sialolithiasis is a condition that affects the major and minor salivary glands, especially the submandibular. Generally, the calculations salivary (sialoliths) do not reach large, rarely exceeding 1 cm. This paper report a case of patient with sialolith the duct of submandibular gland, describe their clinical and radiographic features in addition to providing information of interest on clinical treatment and prognosis

**Keywords:** *sialolith, sialolithiasis, salivary gland.*

## Introdução

Estruturas calcificadas que se desenvolvem no interior dos ductos das glândulas salivares são denominados de sialolitos (NEVILLE et al., 1998). Sugere-se que sua formação se dê pela deposição de sais minerais ao redor de acúmulos de muco, bactérias e células epiteliais descamadas no interior das glândulas (BODNER, 2002).

A maior incidência ocorre nas glândulas salivares maiores, especialmente no ducto da glândula submandibular, devido à secreção salivar ser mista, muco-serosa, espessa e viscosa, apresentando um elevado conteúdo de mucina, o que favorece a aderência de partículas.

Outro fator predisponente é o trajeto do ducto de Wharton, que longo e tortuoso dificulta a ação da gravidade e facilita a obstrução (LEUNG et al., 1999; JAITT et al., 2000). Os cálculos salivares atingem aproximadamente 1,2% da população, estando relacionados à glândula submandibular em 83% dos casos, à glândula parótida em 10% e à sublingual em 7% das situações (BSOUL e FLINT, 2003).

A glândula submandibular mostra-se mais suscetível ao desenvolvimento destes cálculos por apresentar secreção mais alcalina com altas concentrações de cálcio e fosfato e maior quantidade de mucina, comparada às glândulas parótida e sublingual (MATSUMOTO, 2005).

De acordo com Bodner (2002), cerca de 88% dos sialólitos apresentam-se menores que 1 centímetro (cm), sendo considerados gigantes quando têm mais de 15 cm.

Usualmente, o diagnóstico de sialolitíase se dá por meio dos exames clínico e radiográfico. Em casos de obstruções glandulares recorrentes, onde não se detectam alterações por meio de radiografias convencionais e de sialografia, a endoscopia tem sido indicada com sucesso (YUASA et al., 1997; NAHLIELI e BARUCHIN, 1997). Um sinal clínico bastante evidente da sialolitíase é o aumento de volume da glândula afetada, principalmente nos horários das refeições (NARAYNSINGH, 1985). Os sintomas podem estar ausentes quando a saliva flui entre o cálculo salivar e a parede do ducto. Porém, dor intensa pode estar presente quando ocorre uma obstrução completa (ZAKARIA, 1981).

O tratamento depende da localização do sialólito e do seu tamanho. Quando no interior das glândulas, sua excisão cirúrgica juntamente com a glândula afetada se faz necessária. Se localizado no ducto, apenas sua remoção é suficiente (ZAKARIA, 1981; NARAYNSINGH, 1985; KARENGERA et al., 1998).

O manejo dos cálculos das glândulas salivares depende da duração dos sintomas, do número de repetições dos episódios, do seu tamanho e da sua localização. O tratamento vai desde a simples estimulação glandular com cítricos, massagens e hidratação com o objetivo de facilitar a excreção ou nos casos de cálculos maiores, a remoção cirúrgica, que normalmente é de simples execução e sem maiores problemas pós-operatórios, devendo-se apenas respeitar a anatomia e inervação local. Antibióticos são rotineiramente prescritos em função do potencial bacteriano do processo. Outros tratamentos descritos na literatura são a litotripsia (fragmentação do cálculo salivar), remoção por laser de CO<sub>2</sub> e enucleação (remoção) de toda a glândula salivar envolvida. Normalmente quando o sialólito é encontrado ao acaso durante tomada radiográfica de rotina e não possui sintomatologia, não requer tratamento (BRITES, 2009).

Uma grave consequência da permanência do sialólito na área de infecção da glândula salivar é o aparecimento de sialodente crônica. (SANTOS, MOTTA-RÊGO, RAMOS-JORGE, 2006).

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 24 anos de idade, compareceu à clínica odontológica relatando como queixa principal a presença de tumefação na região de assoalho bucal. Na anamnese, citou que a alteração havia surgido

há aproximadamente um mês, mas que sensibilidade só surgiu nos três dias anteriores à consulta odontológica sem, contudo ser necessária a ingestão de analgésicos. Não foi identificado fator predisponente para o desenvolvimento do sialólito, pois a paciente não era usuária de medicamentos que pudessem reduzir a atividade secretória glandular assim como inexistia relato de história de infecção previa na glândula salivar.

Ao exame clínico intra-bucal observou-se a presença de um nódulo de consistência dura na região de assoalho bucal, que impedia a liberação de saliva em quantidades normais, gerando aumento de volume da glândula submandibular e consequente dor em função da obstrução do ducto salivar.

Com o auxílio dos exames radiográficos oclusal e panorâmico, constatou-se a presença de sialólito, radiograficamente radiopaco, no ducto da glândula submandibular, com dimensões aproximadas de 5 cm. A remoção cirúrgica foi realizada tomando-se o cuidado de verificar o retorno à normalidade do fluxo salivar após o ato cirúrgico. Prescreveu-se como medicação pós-operatória o analgésico paracetamol 750 miligramas a cada 4 horas, caso houvesse dor.

Na consulta, 5 dias após a cirurgia, confirmou-se clinicamente a normalidade excretora da glândula submandibular, que também apresentava volume normal, revelando um prognóstico favorável.



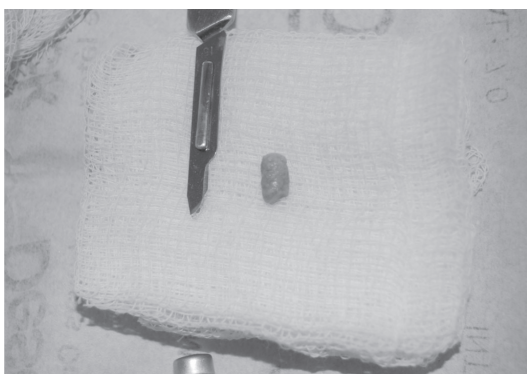
Figura 1 - Imagem radiográfica



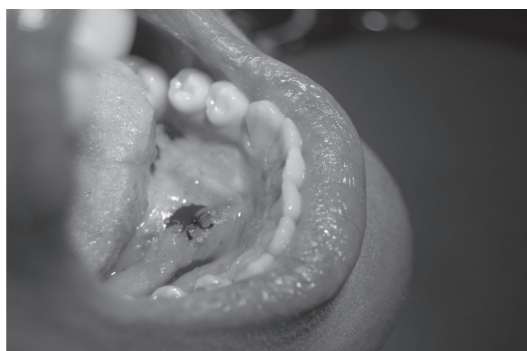
Figura 2 - Aspecto clínico



**Figura 3** - remoção cirúrgica



**Figura 4** - cálculo salivar



**Figura 5** - sutura com fio de seda 4.0.

## DISCUSSÃO

A sialolitíase ou cálculo salivar representa a obstrução do sistema excretor de uma glândula salivar por calcificações, sendo duas vezes mais comuns em homens, com incidência maior na faixa dos 30 aos 50 anos. (BRITES, 2009).

A ocorrência de sialólitos é mais prevalente nas glândulas salivares maiores, com destaque para a glândula submandibular. Sua ocorrência pode se limitar ao ducto glandular ou se estender para toda a glândula. A etiologia dos sialólitos é desconhecida, mas sua formação pode ser provocada por sialodente crônica e obstrução parcial (NEVILLE et al., 1998)

Radiograficamente, os cálculos aparecem como imagens radiopacas, muitas das vezes visíveis nas radiografias oclusais, periapicais ou panorâmicas. Importan-

te realizar o diagnóstico diferencial entre os sialólitos e alterações como lesão intra-óssea e neoplasmas das glândulas salivares.

A sialografia, ressonância magnética, radiografia convencional, ultrassom e a tomografia computadorizada são exames úteis à pesquisa por imagens de sialolitíase (ANDRETTA et al., 2005).

Constatada a presença do cálculo salivar, deve-se selecionar uma das opções terapêuticas: massagem (como tentativa de ordenhar o cálculo para o orifício do ducto), remoção cirúrgica; uso de sialogogo e calor úmido também podem promover a eliminação do cálculo; a endoscopia e litotripsia intracorpórea também têm se revelado excelentes opções terapêuticas.

## CONCLUSÕES

O correto diagnóstico de sialolitíase é essencial para estabelecer o tratamento, cirúrgico ou não. Quando a opção terapêutica selecionada for a cirurgia para a remoção do sialólito, técnicas menos invasivas deverão ser utilizadas, tomando-se o cuidado de preservar a inervação e vascularização da região.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
2. Bodner L. Giant salivary calculi: diagnostic imaging and surgical management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94:320-323.
3. Leung AKC, Choi MCK, Wagner GAL. Multiple sialoliths and a sialolith of unusual size in the submandibular duct: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999; 87:331-334.
4. Jaitt JA, Bejarano JP, Anso P et al. Litiasis de glândulas salivares: diagnóstico y tratamiento. Rev Assoc Odontol Argent 2000; 88:573-577.
5. Bsoul AS, Flint DJ. Clinical images in oral medicine and maxillofacial radiology: sialolithiasis. Quintessence Int 2003; 34(4): 316-7.
6. Matsumoto MA. Sialólito gigante em ducto submandibular. Revista Brasileira de Patologia Oral 2005; 4(3), jul./ago./set.
7. Yuasa K, Nakhyama E, Ban S et al. Submandibular gland duct endoscopy Diagnostic value for salivary duct disorders in comparison to conventional radiography, sialography, and ultrasonography. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1997; 84:578-585.

8. Nahlieli O & Baruchin AM. Sialoendoscopy: Three years' experience as a diagnostic and treatment modality. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55:912-918.
9. Naraynsingh V. Giant submandibular gland calculi. *J Oral Maxillofac Surg* 1958; 43: 384-385.
10. Zakaria MAK. Giant calculi of the submandibular salivary gland. *Brit J Oral Surg* 1981; 19:230-232.
11. Karengera D, Yousefpour A, Reychler H. Unusual elimination of a salivary calculus. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 27:224-225.
12. Brites FC. Pedras nas glândulas salivares. <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?696>. Acesso em 23/04/2009.
13. Santos CRR, Motta-Rêgo T, Ramos-Jorge J. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. *Arq. Odontol.* 42 (2):84-94, 2006.
14. Andretta M, Tregnashi A, Proseklijev V, Staffieri A. Current opinions in sialolithiasis diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngor Ital.* 2005; 25:145:149.