

Sialólito em Ducto de Gândula Submandibular

Sialolith in Submandibular Gland Duct

MARCELO GADELHA VASCONCELOS¹
RODRIGO GADELHA VASCONCELOS¹
RODRIGO PORPINO MAFRA²
ADRIANO GERMANO ROCHA³
LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ⁴

RESUMO

Os sialólitos consistem em estruturas calcificadas que se desenvolvem no sistema ductal salivar resultantes da deposição de sais de cálcio ao redor de áreas focais de matéria orgânica. São lesões que tendem a crescer continuamente, provocando obstrução e aumento de volume do ducto afetado, redução do fluxo salivar e ocasional sintomatologia dolorosa. O sialólito apresenta um tamanho que varia de 1 a 10 mm. A glândula submandibular e seu ducto parecem ser os locais mais suscetíveis a esta doença. Os autores relatam um caso de sialolitíase em glândula submandibular em um paciente de 54 anos de idade, observado durante o exame odontológico de rotina. Após o diagnóstico confirmado por exames clínicos e radiográficos, o plano de tratamento consistiu de cirurgia para a remoção da massa calcificada. O prognóstico é favorável, com rara recorrência. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de sialólito em glândula submandibular, além de fazer uma breve revisão das informações existentes na literatura a respeito desta entidade patológica.

DESCRIPTORIOS

Sialolitíase. Glândula Submandibular. Patologia Bucal.

SUMMARY

The sialoliths consist of calcified structures that are developed in the salivary ductal system resulting from the deposition of calcium salts around focal areas of organic matter. These are lesions that tend to grow continuously, causing obstruction and swelling of the affected duct, reduced salivary flow and occasional pain symptoms. The sialolith usually measures from 1 mm to less than 10 mm. The submandibular gland and its duct appear to be the most susceptible sites for this disease. Authors report a case of sialolithiasis in submandibular gland affecting a 54-year-old man, noticed during routine dental examination. After confirming diagnosis by clinical and radiographic examinations, the treatment plan consisted of surgery for removal of the calcified mass. The prognosis is often good, and generally there is no recurrence. The present study aims at reporting a case of submandibular sialolith, and it is made a brief review of literature regarding such pathological entity.

DESCRIPTORS

Sialolithiasis. Submandibular Gland. Oral Pathology.

- 1 Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 2 Graduando em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 3 Professor-doutor em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia (UFRN), Natal/RN, Brasil.
- 4 Professora-doutora do Programa de pós-graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.

Asialolitíase representa a formação de estruturas calcificadas (sialólitos) que se desenvolvem no sistema ductal salivar (LEE, WONG, 2010). Estas estruturas provavelmente se originam da deposição de sais de cálcio ao redor de restos orgânicos acumulados no interior do ducto, que por sua vez podem resultar de fatores como infecções, traumas, presença de corpos estranhos e de células epiteliais descamadas (LEDESMA-MONTES *et al.*, 2007).

Os sialólitos acometem aproximadamente 1,2% da população (RAI, BURMAN, 2009, LEDESMA-MONTES *et al.*, 2007), com uma prevalência superior em indivíduos do sexo masculino, entre 30 e 60 anos de idade, sendo incomuns em crianças (CAPACCIO *et al.*, 2007, LEDESMA-MONTES *et al.*, 2007). Estão relacionados à glândula submandibular em 83%, à glândula parótida em 10% e à sublingual em 7% dos casos (TORRES-LAGARES *et al.*, 2006). Por serem relativamente comuns nas glândulas salivares maiores, os sialólitos raramente acometem as glândulas salivares menores, (LEE, WONG, 2010, BENLAGHA *et al.*, 2005).

Clinicamente, o paciente acometido por sialolitíase apresenta-se com um aumento volumétrico na região anatômica da glândula salivar envolvida, com possível sintomatologia dolorosa associada (BAURMASH, 2004, TORRES-LAGARES *et al.*, 2006). Apesar de sua composição essencialmente mineral, os sialólitos raramente não se manifestam como áreas radiopacas nos exames imagenológicos, em especial quando seu tamanho é reduzido (RAI, BURMAN, 2009), ou quando seu grau de calcificação é baixo (BAURMASH, 2004).

Existem diversas opções terapêuticas que podem promover a saída do sialólito como o uso de sialogogos, aplicação local de calor, o aumento da ingestão de líquidos e a litotripsia, devendo-se escolher, sempre que possível, abordagens minimamente inva-

sivas. O tratamento dos sialólitos de grandes dimensões requer a remoção cirúrgica. (TORRES-LAGARES *et al.*, 2006; CAPACCIO *et al.*, 2007).

O presente estudo tem por objetivo relatar um caso clínico de sialólito em ducto de glândula submandibular, e em seguida revisar os conhecimentos relacionados ao diagnóstico e às alternativas de manejo do paciente acometido por esta entidade patológica.

RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 54 anos de idade, feoderma, compareceu ao Serviço de Diagnóstico Oral do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, queixando-se de uma lesão no assoalho de boca com duração de 06 anos. Ao exame intra-oral observou-se a presença de um aumento de volume na região esquerda do assoalho bucal, com superfície lisa, consistência endurecida, sintomática e medindo em seu maior diâmetro 2,5 cm. (Figura 1A).

Para auxiliar o diagnóstico, foram solicitados como exames complementares as radiografias panorâmica e oclusal de mandíbula, as quais evidenciaram a presença de uma imagem radiopaca ao nível da porção terminal do ducto da glândula submandibular (Figuras 1C e 1D). Frente aos achados clínicos e radiográficos, levantou-se a hipótese de sialólito.

O tratamento de escolha foi a excisão cirúrgica (Figura 1B). O exame macroscópico da peça revelou uma massa calcificada com dimensões de 2,0 cm x 0,8 cm (Figura 2A). Posteriormente, o material foi encaminhado para análise histopatológica, cujos achados foram compatíveis com o diagnóstico de sialólito, confirmando tal hipótese clínica (Figura 2B). O paciente encontra-se em proervação há 05 meses, sem sinais de recidiva.

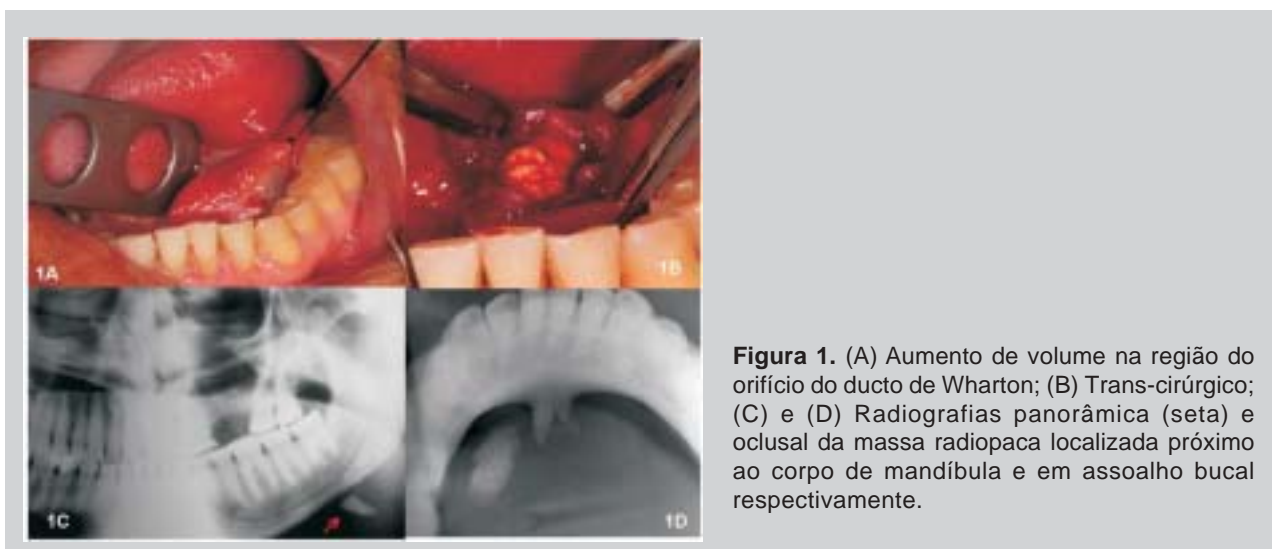


Figura 1. (A) Aumento de volume na região do orifício do ducto de Wharton; (B) Trans-cirúrgico; (C) e (D) Radiografias panorâmica (seta) e oclusal da massa radiopaca localizada próximo ao corpo de mandíbula e em assoalho bucal respectivamente.

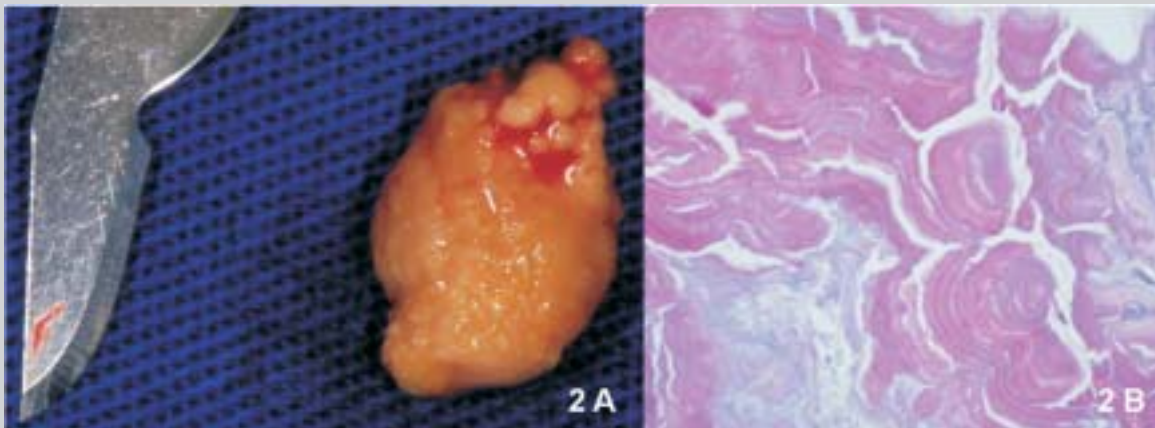


Figura 2. (A) Aspecto macroscópico da peça cirúrgica; (B) Aspecto microscópico com a presença de calcificações laminares concêntricas.

DISCUSSÃO

A formação de sialólitos é um evento obstrutivo que apresenta frequência relativa considerável, perfazendo mais de 50% dos quadros patológicos das glândulas salivares (RAI, BURMAN, 2009). Sua etiologia é desconhecida, porém se sabe que o acúmulo de minerais não está relacionado a quaisquer alterações nos níveis séricos do cálcio e do fosfato decorrentes de distúrbios metabólicos. Dessa forma, trata-se de um fenômeno de calcificação distrófica (BAURMASH, 2004, ERTAS *et al.*, 2006, LEE, WONG, 2010).

No caso relatado, verificou-se que o paciente apresentou perfil clínico similar ao tipicamente observado em indivíduos com o quadro de sialolitíase: sexo masculino, idade superior a 30 anos e queixa de tumefação e dor no assoalho bucal. A presença da lesão neste sítio consistiu em um sinal sugestivo de sialólito, uma vez que o fenômeno ocorre, com maior frequência, na glândula submandibular, cujo ducto excretor desemboca na região de assoalho bucal. Dessa forma, os achados do caso exposto estão em concordância com os dados de estudos anteriores sobre sialolitíase publicados na literatura. (CAPACCIO *et al.*, 2007, BAURMASH, 2004, LEDESMA-MONTES *et al.*, 2007, TORRES-LAGARES *et al.*, 2006)

Dentre as possíveis razões para o maior acometimento da glândula submandibular, LEDESMA-MONTES *et al.*, (2007) destacam a trajetória ascendente percorrida pela saliva no ducto de Wharton, que apresenta maior extensão e diâmetro que os ductos excretores das demais glândulas salivares. Além disso, a saliva secretada pela submandibular apresenta maior

alcalinidade e concentração de cálcio e fosfato, comparativamente à secreção produzida pelas outras glândulas.

A sialolitíase nas glândulas salivares menores é um fenômeno raramente observado. BENLAGHA *et al.*, (2005) afirmam que, quando tais glândulas são acometidas, o diagnóstico dos sialólitos torna-se mais difícil, uma vez que estes podem ser confundidos com outros tipos de lesões, tais como fibroma de irritação, tumores benignos de glândula salivar e celulite.

Os achados radiográficos do caso relatado são tipicamente observados em quadros de sialolitíase da glândula submandibular. Segundo BAURMASH *et al.*, (2006), a radiografia oclusal de mandíbula é o método de diagnóstico radiográfico mais confiável, sendo capaz de identificar áreas radiopacas com disposição ao longo do trajeto do ducto de Wharton. No presente caso, foi detectada na radiografia oclusal uma imagem radiopaca ao nível da porção terminal do ducto excretor. Este achado, em associação à radiopacidade verificada na radiografia panorâmica, reforçou a hipótese clínica de sialolitíase.

Em relação ao diagnóstico diferencial, TORRES-LAGARES *et al.*, (2006) afirmam que os sialólitos devem ser diferenciados de uma série de entidades patológicas, tais como sialoadenite, neoplasias benignas e neoplasias malignas das glândulas salivares. LEE, WONG, (2010) apontam ainda, que os sialólitos podem ser confundidos com linfonodos calcificados ou com tuberculose. As hipóteses diagnósticas variam conforme o sítio de ocorrência e o conjunto de sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

No caso em discussão, obteve-se o diagnóstico

definitivo apenas mediante a associação das informações clínicas e radiográficas aos achados da análise histopatológica. Histopatologicamente foi observado a presença de ducto salivar obstruído por diversas camadas de material mineralizado, assim confirmando a hipótese de sialólito.

Em relação às formas de tratamento, os sialólitos de pequenas dimensões podem ser expelidos juntamente com a saliva. Com esta finalidade, pode-se estimular o aumento do fluxo salivar do paciente através de recursos como medicamentos sialogogos. Em situações nas quais o tamanho da lesão é considerável, como a do caso relatado, torna-se necessária a remoção cirúrgica (TORRES-LAGARES *et al.*, 2006). Independentemente da modalidade terapêutica, o objetivo do tratamento está

em restabelecer o fluxo salivar, levando-o a níveis fisiológicos (RAI, BURMAN, 2009).

CONCLUSÃO

Os sialólitos são lesões que tendem a crescer continuamente, interferindo com a secreção salivar e provocando sintomatologia significativa no paciente, sendo relevante para o cirurgião-dentista o conhecimento das suas formas de diagnóstico e tratamento. É indispensável que seja realizada a análise histopatológica do espécime cirúrgico, considerando-se que tal exame proporciona a obtenção do diagnóstico definitivo, o qual é necessário para que se estabeleça o tipo de tratamento mais adequado.

REFERÊNCIAS

1. BAURMASH HD. Submandibular salivary stones: current management modalities. *J Oral Maxillofac Surg*, 62(3):369-78, 2004.
2. CAPACCIO P, TORRETTA S, OTTAVIAN F, SAMBATARO G, PIGNATARO L. Modern management of obstructive salivary diseases. *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 27(4):161-72, 2007.
3. ERTAS U, TOZOGLU, S, GUNDOGDU C. Idiopathic calcification associated with the submandibular salivary gland: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*, 64(11):1684-6, 2006.
4. BEN LAGHA N, ALANTAR A, SAMSON J, CHAPIREAU D, MAMAN L. Lithiasis of minor salivary glands: current data. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 100(3):345-8, 2005.
5. LEDESMA-MONTES C, GARCÉS-ORTÍZ M, SALCIDO-GARCÍA JF, HERNÁNDEZ-FLORES F, HERNÁNDEZ-GUERRERO JC. Giant sialolith: case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*, 65(1):128-30, 2007.
6. LEE LT, WONG YK. Pathogenesis and diverse histologic findings of sialolithiasis in minor salivary glands. *J Oral Maxillofac Surg*, 68(2):465-70, 2010.
7. RAI M, BURMAN R. Giant submandibular sialolith of remarkable size in the comma area of Wharton's duct: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*, 67(6): 1329-32, 2009.
8. TORRES-LAGARES D, BARRANCO-PIEDRA S, SERRERA-FIGALLO MA, HITA-IGLESIAS P, MARTÍNEZ-SAHUQUILLO-MÁRQUEZ A, Gutiérrez-Pérez JL. Parotid sialolithiasis in Stensen's duct. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 11(1):E80-4, 2006.

Correspondência

Marcelo Gadelha Vasconcelos
Avenida Praia dos Búzios, 9067, Ponta Negra
Natal – Rio Grande do Norte - Brasil
CEP: 59.092-200
Tel: (084) 3236-3366 / 99260090
E-mail: marcelo.vasconcelos@yahoo.com.br