

Sialolito Gigante em Ducto de Warton: Relato de Caso Clínico

Giant Sialolith in Warton's Duct: A Clinical Report

ANDREIA MEDEIROS RODRIGUES CARDOSO¹
OLAVO HOSTON²

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso clínico de um sialolito gigante localizado no ducto de warton da glândula submandibular. *Relato de caso:* Paciente 59 anos, leucoderma com estado de saúde geral regular, compareceu ao serviço de cirurgia Buco-Maxilo do Hospital Santa Isabel/João Pessoa-PB com queixa de "inchaço abaixo da língua e dor quando maior salivação". Ao exame clínico intra-oral foi observado aumento de volume no trajeto do ducto de Warton no segmento de assoalho de boca e após realização de exame de imagem do tipo oclusal de mandíbula observou-se extensa imagem radiopaca em área ductal, concluindo-se assim o diagnóstico de sialolitíase do ducto de Warton. Foi realizado remoção cirúrgica sob anestesia local, com o restabelecimento da patência do ducto e normalidade do fluxo salivar. *Conclusão:* O diagnóstico e tratamento efetuado no relato de caso clínico descrito foram embasados na literatura e obtiveram eficácia clínica.

DESCRIPTORIOS

Glândula Submandibular. Cálculos dos Ductos Salivares. Cirurgia Bucal.

SUMMARY

Objective: to report a clinical case of a giant sialolith found in the Warton's duct of the submandibular gland. *Case Report:* Patient 59 years, Caucasian with regular general state of health, attended the Oral and Maxillofacial Surgery service at the Santa Isabel Hospital, Joao Pessoa – PB complaining of "swelling under the tongue and pain when salivating. On intraoral clinical examination, we observed swelling in the path of Warton's duct in the mouth floor segment. After radiographical examination (mandibular occlusal radiograph), we found extensive radiopaque image in the ductal area, establishing therefore a diagnosis of sialolithiasis of Warton's duct. Surgical removal was performed under local anesthesia, with restoration of patency of the ducts and normal salivary flow. *Conclusion:* The diagnosis and surgical treatment described in this case report were supported by the literature and achieved clinical efficacy.

DESCRIPTORS: Submandibular Gland. Salivary Duct Calculi. Surgery, Oral.

1 Mestranda em Clínica Odontológica do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil.

2 Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Santa Isabel (HSI), João Pessoa/PB, Brasil.

Asialolitíase é uma doença das glândulas salivares caracterizada pela formação de cálculos ou sialolitos no interior dos ductos ou do próprio parênquima da glândula. Dentre as doenças das glândulas salivares, 30% dos casos se referem à sialolitíase (OLIVEIRA *et al.*, 2008). A glândula submandibular é a mais acometida (83 a 94%), seguida pela glândula parótida (4 a 10%). A glândula sublingual e as glândulas salivares menores são

raramente (1% a 2%) afetadas (JORGE, REGO, SANTOS, 2006).

Segundo BRANCO *et al.*, (2003), os sialolitos acometem com mais frequência as glândulas submandibulares devido as suas características anatômicas (comprimento e trajeto longo, tortuoso e ascendente do ducto de Wharton), sua saliva ser mais alcalina e por apresentar uma maior concentração de cálcio. FREITAS, ROSA, SOUZA, (2004) enfatizaram que a glândula submandibular está localizada numa posição topográfica inferior ao seu canal excretor e apresenta maior viscosidade salivar, quando comparada a outras glândulas.

A sialolitíase acontece geralmente entre a idade de 30 e 60 anos, e é incomum em crianças, a mesma, apresenta predileção por pacientes do sexo masculino (BODNER, 2002). Os cálculos são massas duras, podendo ser redondos, ovais ou cilíndricos, predominantemente de coloração amarela e geralmente solitários (NEVILLE *et al.*, 2004). O tamanho do cálculo salivar pode variar de valores inferiores a 1 milímetro até poucos centímetros de diâmetro. Com maior frequência, os cálculos têm tamanho inferior a 10 milímetros, sendo 7% maiores que 15 milímetros, estes são considerados cálculos salivares glandulares gigantes e pouco relatados na literatura (BODNER, 2002).

O aumento de volume é o sinal mais frequente do paciente com essa alteração. Geralmente, o paciente relata dor e inchaço da glândula afetada durante as refeições ou quando há estímulos salivatórios. Algumas vezes, essa alteração permanece assintomática, geralmente, quando a obstrução não é completa. Assim, parte da saliva consegue ultrapassar o cálculo e ser eliminada. Entretanto a obstrução completa causa dores e inchaços constantes, podendo estar presentes a drenagem purulenta e os sinais sistêmicos de infecção. São comuns as obstruções por períodos longos resultarem em infecções que levam a atrofia glandular com alterações na função de secreção salivar e, por último, à fibrose da glandular (LANDGRAF *et al.*, 2006).

É importante o correto diagnóstico que envolve exame clínico, inspeção, palpação, manipulação da

glândula (para verificar a quantidade de saliva excretada), além dos métodos por imagens convencionais como as radiografias oclusal, panorâmica, telerradiografia lateral, lateral oblíqua de mandíbula. Radiograficamente, os cálculos salivares se apresentam como imagens radiopacas nas regiões das glândulas ou de seus condutos. Há outros métodos de imagens que são valiosos no diagnóstico do sialolito, como a tomografia computadorizada, ultra-som, ressonância magnética, sialografia ou mesmo endoscopia do ducto (NEVILLE *et al.*, 2004). Cada um dos métodos possui sua indicação, dependendo da glândula afetada e o tamanho do cálculo.

O tratamento adequado vai depender da glândula afetada, tamanho e localização do cálculo. De um modo geral, técnicas conservadoras são preconizadas para os sialolitos pequenos, como hidratação do paciente, ordenha e massagem da glândula com gotas de fruta ácida (limão), além disso, os cálculos pequenos localizados próximos ao orifício do ducto poderão ser removidos através da dilatação por meio de um cateter. Técnicas mais invasivas, como remoção cirúrgica, serão indicadas para cálculos salivares maiores e/ou localizados no parênquima glandular (GABRIELLI *et al.*, 2008).

Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo relatar o caso clínico de um sialolito gigante localizado no ducto de warton da glândula submandibular.

RELATO DE CASO

Paciente com 59 anos de idade, gênero feminino, oriunda da zona rural, leucoderma, estado de saúde geral regular, sem hábitos deletérios, compareceu ao serviço de cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Santa Isabel/ João Pessoa-PB para atendimento odontológico. Durante a anamnese, relatou como queixa principal um “aumento de volume abaixo da língua e dor durante as refeições”. Ao exame físico intra-oral foi observado aumento de volume no trajeto do ducto de Warton no segmento de assoalho da boca, após inspeção e palpação da glândula. Radiograficamente, após realização de exame do tipo oclusal de mandíbula, observou-se extensa imagem radiopaca em área ductal, permitindo o diagnóstico conclusivo de sialolitíase do ducto de Warton (Figuras 1 e 2). No tratamento foi realizada remoção cirúrgica sob anestesia local do sialolito, um procedimento efetuado sem intercorrências que permitiu o restabelecimento da patência do ducto e a normalidade do fluxo salivar (Figuras 3 e 4).



Figura 1: Aspecto clínico da lesão



Figura 2: Radiografia oclusal da mandíbula



Figura 3: Remoção do Sialolito.



Figura 4: Sialolito removido com o tamanho de 3,8 cm

DISCUSSÃO

A sialolitíase intraductal geralmente causa repercussões clínicas de um modo mais intenso do que aqueles casos, nos quais o cálculo se localiza no interior da glândula (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2008). No caso clínico apresentado foi possível observar um aumento de volume do assoalho bucal e dor, justamente pela obstrução do ducto da glândula submandibular. A estrutura calcificada impedia a liberação do fluxo salivar normal no local, fato verificado por meio da estimulação glandular.

O tamanho do sialolito pode determinar a sintomatologia. Quando estes são pequenos, o fluxo salivar é normal, não causando sinais e sintomas; se maiores, pode se observar aumento repentino das glândulas, principalmente durante as refeições, acompanhada de tensão e dor que diminui progressi-

vamente com o escoamento salivar, assim como no caso relatado (MANZI *et al.*, 2010). Os cálculos gigantes são considerados extremamente raros. LEDESMA-MONTES *et al.*, (2007) revisaram 16 casos com tamanhos que variaram entre 3,5 e 7cm, 15 casos acometeram a glândula submandibular e um, a parótida. Os casos que comprometeram a glândula submandibular estavam localizados no ducto, com maior frequência.

Um diagnóstico de sialolitíase é o resultado de uma consideração cuidadosa da história do paciente, de sintomas típicos e achados de exames clínicos e imaginológicos. O papel da radiografia no diagnóstico apresenta uma taxa de sucesso em 90% dos casos (BODNER, 2002). Diante das incidências radiográficas mais indicadas, as periapicais e panorâmicas são contraindicadas devido apresentar sobreposição óssea com falso diagnóstico de lesão intraóssea (SILVEIRA *et al.*, 2005). Uma simples radiografia oclusal pode mostrar o

cálculo quando localizado no assoalho da boca, enquanto que radiografias panorâmicas, pôsterio-anterior de crânio e lateral oblíqua de mandíbula, além da tangencial para exames dos tecidos moles da bochecha, estão indicadas para a pesquisa nas glândulas parótidas (MANZI *et al.*, 2007).

A escolha do tratamento está diretamente ligada à localização do cálculo salivar. Para os sialólitos localizados próximo ao óstio, o cateterismo e a dilatação de conduto facilitam e permitem a sua remoção. Os sialólitos localizados na metade anterior do ducto necessitam de uma intervenção cirúrgica e os localizados na porção posterior do ducto ou intraglandulares, por vezes, obrigam a remoção total da glândula envolvida. Em casos de sialólitos maiores, o tratamento de escolha

será a remoção cirúrgica e muitas vezes há a necessidade de excisão da glândula afetada. Deve-se sempre tentar o tratamento conservador para a sialolitíase. Quando não se obtém êxito, o cálculo deverá ser removido cirurgicamente, evitando atingir o nervo facial, como citado no caso clínico relatado (MANZI *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico e tratamento efetuado no relato de caso clínico descrito foram embasados na literatura e obtiveram eficácia clínica que resultou na eliminação dos sinais e sintomas do paciente e restabelecimento funcional do ducto e glândula mandibular.

REFERÊNCIAS

- BODNER L. *Giant salivary gland calculi: Diagnostic imaging and surgical management*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 94(3): 320-323, 2002.
- BRANCO B, CARDOSO A, CAUBIA, PENAG. *Sialolitíase: relato de um caso*. BCl. 3(3):9-14, 2003.
- FREITAS A, ROSAE, SOUZA F. *Radiologia Odontológica*. 6. ed., São Paulo: Artes Médicas, 2004. 833p.
- GABRIELLI M, PALEARI A, CONTE NETO N, SILVA L, DANTAS J. *Tratamento de sialolitíase em glândulas submandibulares: relato de dois casos*. Robrac. 17(44): 110-116, 2008.
- JORGE J, REGO T, SANTOS C. *Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico*. Arq Odontol. 42(2):84-94, 2006.
- LANDGRAF H, ASSIS A, KLÜPPEL L, OLIVEIRA C, GABRIELLI M. *Extenso sialólito no ducto da glândula submandibular: relato de caso*. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac., 6(2):29-34, 2006.
- LEDESMA-MONTES C, GARCÉS-ORTÍZ M, SALCIDO-GARCIA JF, HERNÁNDEZ-FLORES F, HERNÁNDEZ-GUERRERO JC. *Giant sialolith: case report and review of the literature*. J Oral Maxillofac Surg. 65(1): 128-130, 2007.
- MANZI F, GURGEL F, OLIVEIRA W, SILVAA, MARIGO H. *Diagnóstico diferencial de sialólito na glândula parótida: relato de caso clínico*. Revista da ABRO. 8(2):17-24, 2007.
- MANZI FR, SILVAAIV, DIAS FG, FERREIRA EF. *Sialólito na Glândula Submandibular: Relato de caso clínico*. Rev Odontol Bras Central. 19(50): 270-274, 2010.
- NEVILLE B, DAMN D, ALLEN C, BOUQUOT TJ. *Patologia oral & maxilofacial*. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 820p.
- OLIVEIRA FILHO M, ALMEIDA L, PEREIRA J. *Sialólito gigante associado à fistula cutânea*. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac., 8(2):35-38, 2008.
- SILVEIRA R, MACHADO R, BORGES H, OLIVEIRA R. *Múltiplos sialólitos em glândula submandibular direita: relato de caso*. Rev Fac Oontol Lins. 17(1):39-42, 2005.

Correspondência

Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso
Rua Cordelia Veloso Frade, 70
Bairro: Jardim Cidade Universitária
João Pessoa – Paraíba – Brasil
CEP: 58.052-430
Tel.: (83)99070190
Email: andreiamedeiros29@yahoo.com.br