

Sialolitíase em glândula sublingual: relato de caso clínico

Sialolithiasis in sublingual gland: case report

Carolina Ribeiro Starling¹, Diego Tosta Silva¹, Antônio Fernando Pereira Falcão²

¹Alunos de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq-FAPESB), Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia; ² Professor Associado III do Departamento de Propedêutica e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

Resumo

A sialolitíase é uma alteração comum das glândulas salivares causada pela presença de cálculo no interior do ducto ou do próprio parênquima, sendo caracterizada por inchaço, dor e ausência de salivagem da glândula afetada, a depender do tamanho do cálculo, que na maioria das vezes, não ultrapassam 1 cm de extensão. Dentre os métodos de diagnóstico estão a inspeção e a palpação, além da verificação da quantidade e qualidade da saliva secretada. O exame radiográfico é um método complementar bastante útil na confirmação da sialolitíase. A incidência da sialolitíase é maior nas glândulas submandibulares, embora também ocorra nas sublinguais, parótidas e mesmo nas salivares menores. O tratamento dos sialolitos é variável, alguns com eliminação espontânea, outros com bioestimulação e uso de anti-inflamatórios ou até requerendo tratamento cirúrgico para a sua excisão. O presente trabalho tem por objetivo realizar uma breve revisão de literatura sobre a alteração patológica e relatar um caso clínico de sialolitíase da glândula sublingual. Sabe-se que o tratamento é variável de acordo com a dimensão e a localização do cálculo. Neste caso, optou-se por sua remoção cirúrgica, com posterior análise histopatológica e confirmação da patologia.

Palavras-chave: Cálculos das Glândulas Salivares. Glândula sublingual. Glândula Submandibular.

Abstract

The sialolithiasis is a common salivary glands caused by the presence of the stone within the duct or parenchyma itself, characterized by swelling, pain and lack of salivary gland affected, depending on the size of the calculation, which in most cases, not greater than 1 cm in length. Among the methods of diagnosis are the inspection and palpation, and checking the quantity and quality of saliva secreted. The radiographic examination is a useful complementary method for confirmation of sialolithiasis. The incidence of sialolithiasis is higher in submandibular glands, although it also occurs in the sublingual, parotid and salivary even in the minors. The treatment of sialolitos is variable, with some spontaneous elimination, with biostimulation and other anti-inflammatory drugs, or even requiring surgical treatment for their excision. This paper aims to conduct a brief review of literature on the pathological changes and report a case of sialolithiasis sublingual gland. We know that treatment varies according to size and location of the calculation. In this case, we opted for surgical removal and subsequent histological analysis and confirmation of pathology.

Keywords: Salivary Gland Calculi. Sublingual Gland. Submandibular Gland.

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é uma das alterações mais comuns das glândulas salivares e se caracteriza pela formação de um sialolito, ou cálculo, com causa ainda hipotética, no interior do ducto ou da glândula salivar. Ocorre mais frequentemente nas glândulas submandibulares, seguidas pela parótida e pela sublingual, sendo rara nas glândulas salivares menores.

A alteração tem predileção pelo gênero masculino e meia idade. A sintomatologia e tratamento dependem da localização, do tamanho do sialolito e do comprometimento funcional glandular. Para identificá-la bastam exames físico e radiográfico de boa qualidade e geralmente o prognóstico é bom e a patologia não apresenta recidivas.

Objetiva-se relatar um caso de sialolitíase em glândula sublingual e compará-lo com as características descritas na literatura.

REVISÃO DE LITERATURA

A sialolitíase caracteriza-se pela formação de cálculo, ou sialolito, nos ductos das glândulas salivares maiores e, menos frequentemente, nas menores^{1,2,3,4,5,6,7,8}. Quando associados às glândulas salivares menores são considerados entidades patológicas raras, que envolvem mais freqüentemente o lábio superior e a mucosa joga^{14,8}.

A sialolitíase é uma doença comum das glândulas salivares e causa disfunção da glândula afetada^{3,4}. Dentre as doenças das glândulas salivares, 30% dos casos se referem à sialolitíase^{2,3}. A glândula submandibular é a mais comumente acometida (83 a 94%), seguida pelas glândulas parótida (4 a 10%) e

Recebido em 22/02/2012; revisado em 03/04/2012.

Correspondência / Correspondence:

sublingual (1 a 7%)^{2,3,4,7}. A maior incidência ocorre nas glândulas salivares maiores, especialmente no ducto da glândula submandibular^{1,3,5,8}, devido a sua secreção salivar ser mista, mucoserosa, espessa e viscosa, apresentando um elevado conteúdo de mucina o que favorece a aderência de partículas^{1,3,5}. Outro fator predisponente é o trajeto do ducto de Wharton, longo e tortuoso dificultando a ação da gravidade e facilitando a sua obstrução^{2,4,5,6}.

A etiologia do cálculo salivar ainda é desconhecida, existindo algumas teorias que tentam explicá-la^{2,4}. 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 bacteriana^{1,2,4,5}, ou estar relacionados à retenção salivar devido a fatores morfoanômicos (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 cristalização^{2,4}.

O aumento da alcalinidade da saliva, a saliva estagnada, infecção ou inflamação bem como trauma físico no ducto ou glândula são fatores predisponentes à formação do cálculo^{4,7}.

Os sialolitos não estão associados a nenhuma doença sistêmica ou metabólica; entretanto, fatores locais, como traumas, podem gerar alterações inflamatórias na glândula afetada⁸. Ocorrem preferencialmente em homens, na faixa etária entre 30 e 40 anos de idade^{1,2,3,4,6,7,8}, porém não se observa predileção por raça⁸.

Estima-se que de 1000 adultos da população,^{1,2} são afetados por essa alteração^{3,4}. Ela pode ocorrer em qualquer idade, porém raramente ocorre em crianças^{2,3,4}.

A sintomatologia da sialolitíase é variada, dependendo do tamanho do cálculo^{1,2,4,5,7,8}. Quando estes são pequenos, o fluxo salivar é normal, não causando sinais e sintomas¹; se maiores, pode se observar obstrução do ducto e aumento repentino das glândulas, principalmente durante as refeições, acompanhada de tensão e dor que diminui progressivamente com o escoamento salivar^{1,2,4,5,7,8}. Ela pode causar xerostomia em alguns casos¹. O quadro mais grave é a tumefação aguda - que persiste por maior período em decorrência de infecção - com cólicas salivares e secreção purulenta, os tecidos que recobrem a glândula aparecem edemaciados, sensíveis à palpação, principalmente no local onde está localizado o cálculo, a carúncula lingual fica aumentada de volume, hiperemiada e dolorida¹. Os pacientes podem apresentar febre e linfadenopatia, otodinia e trismo^{1,4}.

A sialolitíase intraductal geralmente é mais severa que a intraglandular, já que o comprometimento do fluxo salivar é mais acentuado quando o cálculo está localizado no interior do ducto^{1,6,7}. No interior do ducto, o cálculo salivar tem forma fusiforme, cilíndrica

ou esférica, podendo obstruir o escoamento salivar^{2,4,7,8}. Quando intraglandulares, os cálculos são aglomerados irregulares e multifacetados, necessitando-se, assim, realizar a exérese da glândula^{2,4,7,8}.

Macroscopicamente, o cálculo salivar apresenta-se como uma massa de coloração amarelada^{1,2,4,8}, dura, podendo ser redonda, oval ou cilíndrica^{1,2,4}. Ele é composto basicamente por cristais de hidroxiapatita, havendo grandes concentrações de cálcio e fósforo^{2,4}. Geralmente são solitários¹ e tem evolução lenta^{7,8}. As massas calcificadas crescem por deposição e evoluem lentamente, numa taxa estimada de 1 mm a 1,5 mm por ano^{4,6,8,7,8}. Podem variar de 1 mm a 30 mm e, em 77% dos casos, medem de 3 mm a 5 mm de diâmetro⁸. A maioria dos cálculos tem tamanho inferior a 10 milímetros^{3,4,5,8} sendo que apenas 7% são maiores que 15 milímetros, os quais são considerados cálculos salivares glandulares gigantes e são pouco relatados na literatura^{3,4,5}.

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.

Os métodos de diagnóstico incluem a inspeção e a palpação, a verificação da quantidade e qualidade da saliva secretada^{2,7}, os exames radiográficos convencionais^{1,2,3,4,5,6,7,8}, a sialografia^{1,2,3,4,5,6,7,8}, a tomografia computadorizada^{1,2,3,4,7,8}, a cintilografia^{1,2,4,7} e a endoscopia^{1,2,4,5,7}. A "ordenha" glandular pode ajudar a estabelecer o diagnóstico de sialolitíase^{2,4,7,8}. 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 manipulação^{2,4,7}.

O exame radiográfico serve para auxiliar o diagnóstico^{2,4,7}. Uma simples radiografia oclusal pode identificar o cálculo, quando localizado no assoalho bucal^{2,4,8}. Já as radiografias panorâmicas, laterais oblíquas de mandíbula, pósterio-anteriores de crânio, além das tangenciais para exames dos tecidos moles da bochecha são indicadas para a pesquisa de calcificações nas glândulas parótidas. A mandíbula, por sua vez, pode exigir a utilização do método de dissociação de imagens, de maneira a deslocar as estruturas sobrepostas⁸. Radiografias sem calcificações visíveis não eliminam o diagnóstico de sialolitíase em glândulas salivares, pois os cálculos apresentam diferentes graus de mineralização^{2,7}.

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^{1,2,3,5,7,8}, a ultra-sonografia^{2,3,5}, a tomografia computadorizada^{1,2,3,7,8} e a ressonância magnética^{1,2,3,8}

O diagnóstico diferencial pode ser feito com sialoadenite obstrutiva, parotidite epidêmica e tumores de glândulas salivares². Porém, na maioria dos casos, a história clínica, o exame físico do paciente e o exame radiográfico são suficientes para se chegar ao diagnóstico^{2,5}, devendo ser confirmado por meio da análise histopatológica^{2,4}.

A terapêutica utilizada, cirúrgica ou fisioterápica, será escolhida, levando-se em consideração, tamanho do sialolito^{1,5,8} e comprometimento funcional^{1,2,5}.

Se os sialolitos de glândulas salivares maiores forem de tamanho pequeno, podem algumas vezes ser tratados de forma conservadora por meio de compressas mornas^{1,2,7,8}, de fisioterapia com massagens leves na glândula^{1,2,7,8}, e ordenha, na tentativa de direcionar o cálculo para o orifício do ducto^{2,3,7}. 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^{1,2,3,7,8}. Como métodos comumente empregados também se tem a hidratação do paciente^{1,2,8}, o cateterismo^{1,2,3,8}, e a dilatação do ducto glandular^{2,3,8}.

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 indicado^{1,2,3}. 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 2 cm do óstio do ducto submandibular. 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 lingual, porém, é pouco invasiva e promove maiores chances de preservação da função da glândula após a cirurgia. 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}.

Endoscopia da submandibular é útil não só para detectar as causas da obstrução como também para acurar o diagnóstico de sialoadenite; possui algumas restrições, podendo, apenas, ser utilizada até a curvatura do ducto de Wharton. A endoscopia é a técnica menos invasiva para remoção de cálculos salivares, sendo indicada quando há resíduo de sialolito no sistema ductal, após remoção do cálculo e análise do ducto^{1,2,4}.

Geralmente são instituídas terapias com antibióticos, analgésicos ou antipiréticos^{2,4}. Nos últimos dez anos, modalidades de tratamentos conservadores têm sido desenvolvidas, como a litotripsia, que promove a fragmentação dos sialolitos^{2,3,4,5}.

Uma grave consequência da permanência do sialolito é a infecção da glândula salivar, levando ao aparecimento da sialoadenite crônica^{3,4}. São comuns as obstruções por períodos longos resultarem em infecções que levam à atrofia glandular com alterações na função de secreção salivar e, por último, à fibrose da glândula⁴.

O prognóstico do tratamento dos sialolitos pequenos é satisfatório e geralmente não recidivam, desde que o paciente não apresente alguma alteração sistêmica ou de consistência salivar que favoreçam a formação de novos sialolitos. 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 envolvida^{2,4}. Contudo, abordagens cirúrgicas envolvendo a glândula salivar podem trazer complicações, como uma fístula salivar, de difícil resolução e prognóstico desfavorável⁸.

RELATO DE CASO

Paciente A.G.S., 34 anos, sexo masculino, leucoderma, procurou o serviço de Estomatologia da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal da Bahia, queixando-se de glândulas salivares inflamadas com aumento de volume e sintomatologia dolorosa ao alimentar-se há aproximadamente 08 meses.

Ao exame físico intrabucal, confirmou-se o aumento de volume na região sublingual, próximo à carúncula sublingual esquerda, com forma alongada, tamanho de 01 cm, cor eritematosa, superfície lisa, consistência firme e inserção séssil (Figura 1). Como sinais secundários foram observados infecção, fístula, úlcera, infarto ganglionar, fenestração e retenção salivar, suspeitando-se de sialolitíase.

Durante a anamnese, ele negou patologias sistêmicas, uso de medicamento, problemas com anestesia e alergia a medicamentos.

Como exame imaginológico foi realizado a ultrasonografia das glândulas salivares. As glândulas parótidas e submandibulares estavam preservadas, porém foram observados linfonodomegalias no nível I próximo à glândula submandibular e parótida à esquerda.

Para esta patologia, o prognóstico é bom e como tratamento, planejou-se a exérese da lesão, conhecida por sialotomia (Figura 2 e 3). O material foi removido e analisado anatomopatologicamente, chegando-se ao laudo conclusivo de sialolitíase.

DISCUSSÃO

Um exame clínico cuidadoso e as histórias médica e odontológica bem realizadas são importantes para o diagnóstico da sialolitíase. O aumento de volume é o sinal mais freqüente do paciente com essa alteração. Geralmente, o paciente relata dor e inchaço da glândula durante os períodos de refeição ou quando há estímulos



Figura 1 - Exame físico intra-oral, evidenciando aumento de volume endurecido e palpável no assoalho da boca.

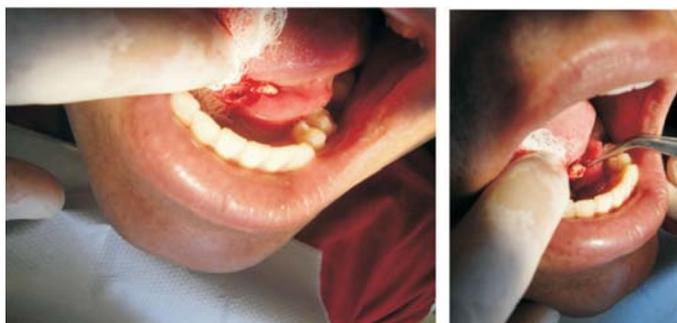


Figura 2 - Incisão do ducto e visualização e remoção do cálculo.



Figura 3 - Visualização do cálculo após a remoção.

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 presente a drenagem de coleção purulenta e os sinais sistêmicos de infecção^{2,4}. No caso supracitado, se tratava de uma sialolitíase com aumento de volume e sintomática, cuja dor e tensão estavam associadas à alimentação, todavia sem infecção.

O aumento de volume pode ser unilateral quando é resultado de processos localizados, como infecções, tumores ou obstruções mecânicas ou, ainda, pode ser bilateral em geral associada à condição sistêmica, tais como disfunções endócrinas. Em relação à dor, esta deve ser relatada somente ao comer, caso seja persistente e não apenas durante as refeições o quadro instalado pode ser de infecção e inflamação. Sendo assim,

informações pertinentes sobre o local e a ocorrência são críticos para a realização de um diagnóstico diferencial^{2,4,7}. No caso apresentado, havia aumento de volume bilateral, com dor apenas no momento da alimentação.

A sialolitíase pode acometer qualquer glândula salivar, porém, a glândula submandibular é o sítio mais comum^{1,2,3,4,5,6,8}. Todavia, no caso relatado, a sialolitíase ocorreu na glândula sublingual, que é o segundo local menos frequente de manifestação da doença, atrás apenas das glândulas menores.

A patologia parece ser mais comum em pacientes de meia idade e do gênero masculino^{1,2,3,4,6,7,8}, estando essa informação em concordância com o relato de caso clínico.

A exata etiologia e patologia do cálculo salivar ainda são desconhecidas. Teorias afirmam que essa patologia resulta de uma deposição de sal de cálcio ao redor de uma matriz orgânica composta por mucina alterada, bactérias e células epiteliais descamadas^{1,2,4,5}, possuindo uma coloração amarelada^{1,2,4,8}. Essa teoria é comum aos diversos autores consultados e a coloração do cálculo é compatível com a do caso clínico.

A maioria dos cálculos é inferior a 10 milímetros de diâmetro (88%)^{3,4,5}, sendo que apenas 7,6% são maiores que 15 milímetros, denominados de cálculos salivares glandulares gigantes (GGSC), os quais são raros^{3,4,5}. Na maioria dos casos encontram-se apenas um sialolito (70-80%), dois em 20% dos pacientes e três ou mais em cerca de 5%. A sialolitíase descrita se enquadra nas características que acontecem na maioria dos casos.

A escolha do tratamento está diretamente ligada à localização do cálculo salivar^{2,4,7,8}. 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^{2,4,7}. Pode-se tentar o tratamento conservador para cálculos pequenos das glândulas salivares maiores, com massagens leves das glândulas, uso de sialogogos, calor úmido e aumento da ingestão de líquido. No entanto, os cálculos maiores são tratados, na maioria dos casos, através de cirurgia, e os sialólitos das glândulas salivares menores são tratados pela excisão cirúrgica do cálculo, juntamente com a glândula afetada^{1,2,7}.

O tratamento de escolha é a remoção do sialólito via acesso intra-oral, principalmente quando o cálculo se encontra no terço distal da glândula, podendo ser facilmente palpado. Através de uma incisão no assoalho de boca, a qual é relativamente simples de ser feita e pouco associada a complicações, expõe-se e incisa o ducto afetado. Dessa forma, o cálculo é visualizado e removido^{2,4}. O ducto é então suturado à mucosa oral, deixando-o aberto para adequada drenagem. Deve-se atentar para a possibilidade de a glândula estar infectada, e, nestes casos, deveremos instituir antibioticoterapia coadjuvante ao tratamento. Em algumas situações, se a glândula encontra-se com drenagem purulenta, edemaciada e com sinais sistêmicos de infecção, devemos primeiramente tratar adequadamente a infecção e posteriormente abordar a glândula para a remoção do cálculo⁴.

O cálculo neste caso clínico era pequeno e se localizava distalmente ao ducto salivar. Porém, ele não conseguiu ser eliminado espontaneamente com os tratamentos conservadores, e, por isso, requereu uma incisão cirúrgica simples superficial intra-oral, sendo este o tratamento de escolha.

CONCLUSÕES

A sialolitíase é uma patologia que acomete com maior frequência as glândulas salivares maiores, particularmente as submandibulares, sendo raras nas glândulas salivares menores. Embora existam vários métodos de diagnóstico, um simples exame físico associado ao imaginológico convencional são suficientes para a elucidação da sialolitíase, evitando exames mais onerosos ao paciente.

Quanto mais precoce for o diagnóstico da patologia, menos invasivos serão os procedimentos para remoção, devendo-se optar pelo método mais conservador possível para a situação do paciente. Dependendo do estágio da glândula afetada e do tamanho e localização do sialólito, no momento do diagnóstico, o tratamento pode variar de uso de sialogogos ou ácidos, para eliminação espontânea do

cálculo, até acesso extrabucal sob anestesia geral, para ressecção total da glândula.

REFERÊNCIAS

- BRANCO, B. L. C. et al. Sialolitíase: relato de um caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.3, n.3, p. 9-14, jul/set – 2003.
- GABRIELLI, M. A. C. et al. Tratamento de sialolitíase em glândulas submandibulares: relato de dois casos. **Robrac.**, Goiania, v.17, n. 44, p. 110-116. 2008.
- JORGE, J. R., RÊGO, T. M., SANTOS, C. R. R. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 42, n.2, p.81-160, abr./jun. 2006.
- LANDGRAF, H. et al. Extenso sialólito no ducto da glândula submandibular: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.6, n.2, p. 29 - 34, abril/junho. 2006.
- MATSUMOTO, M. A. Sialólito gigante em ducto submandibular. **Revista Brasileira de Patologia Oral**. Disponível em <<http://www.patologiaoral.com.br/texto113.asp>>, acessado em 25 de maio de 2010.
- OLIVEIRA FILHO, M. A., ALMEIDA, L. E., PEREIRA, J. A. Sialólito gigante associado à fístula cutânea. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe, v.8, n.2, p. 35 - 38, abr./jun. 2008.
- PRETTO, J. L. B. et al. Sialólito em glândula submandibular - relato de caso. **RFO**, Passo Fundo, v. 12, n. 3, p. 61-64, setembro/dezembro. 2007.
- SILVEIRA, R. L. et al. Múltiplos sialólitos em glândula submandibular direita: relato de caso. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, Piracicaba, v.17, n.1, p. 39-42, 2005.