

## **TRTÉCNICA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO DO SIALOLÍTO EM DUCTO SUBLINGUAL: RELATO DE CASO.**

**SURGICAL TECHNIQUE FOR REMOVAL OF DUCT SUBLINGUAL SIALOLITHIASIS: CASE REPORT.**

---

### **FELIPE DE ALMEIDA MONTEIRO**

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – UNISJ.

### **MONIQUE MORENO BRAGA**

Pós-graduanda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – UNISJ.

### **ROBSON GOMES PORTO**

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – UNISJ.

### **RAFAEL MEIRA PIMENTEL**

Doutor e Mestre em Odontologia; Coordenador da Especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – UNISJ, Especialista Bucomaxilofacial.

## RESUMO

Sialolitos são estruturas calcificadas, que se desenvolvem nas glândulas salivares ou em seus ductos. Normalmente, são assintomáticos e apresentam evolução lenta e caráter benigno. Métodos de diagnóstico incluem a inspeção e a palpação, além de verificação da quantidade e qualidade da saliva secretada. As radiografias convencionais ou as tomografias computadorizadas e ultrassonografia são úteis para a confirmação do diagnóstico e localização do sialolitos. Durante as refeições e pela estimulação salivar, podem apresentar aumento de volume glandular e discreta sensação de desconforto. A incidência da sialolitíase é maior nas glândulas submandibulares, embora também ocorra nas sublinguais, parótidas e, mesmo, nas salivares menores. O presente trabalho tem como objetivo realizar uma breve revista de literatura sobre sialolitos e relatar um caso clínico, enfatizando a importância de medidas conservadoras para a obtenção de êxito no tratamento.

**Palavras-chave:** Cálculos das Glândulas Salivares; Terapia; Cirurgia Bucal.

## ABSTRACT

Sialoliths are calcified structures, which develop in the salivary glands or in their ducts. They are usually asymptomatic and have a slow evolution and a benign character. Diagnostic methods include inspection and palpation, as well as checking the quantity and quality of secreted saliva. Conventional radiographs or computed tomography and ultrasonography are useful for confirming the diagnosis and location of sialoliths. During meals and salivary stimulation, they may present an increase in glandular volume and a slight sensation of discomfort. The incidence of sialolithiasis is higher in the submandibular glands, although it also occurs in the sublingual, parotid, and even minor salivary glands. The present work aims to carry out a brief review of the literature on sialoliths and to report a clinical case, emphasizing the importance of conservative measures for the success of treatment.

**Keywords:** Salivary Gland Calculations; Therapy; Oral Surgery.

## INTRODUÇÃO

Os sialólitos são calcificações que se originam nas glândulas salivares maiores e ou em seus ductos e podem também estar associados a glândulas salivares menores. Geralmente são assintomáticos e de evolução lenta<sup>1</sup>. Quando sintomáticos estão associados a obstrução do ducto<sup>1,2</sup>.

Apresentam-se com maior frequência na terceira e quarta décadas de vida e no gênero feminino.

A formação do cálculo pode ser gerada por conta da saliva alcalina, saliva estagnada, infecção, inflamação ou trauma no ducto ou diretamente na glândula. A glândula submandibular é bastante acometida por conta do pH alcalino, secreção mucosa, trajeto longo, tortuoso e ascendente do ducto que percorre pelo milohioideo. O sinal mais frequente do paciente com sialólito é o aumento de volume.<sup>3,4</sup>

Geralmente, é relatada dor quando há edema da glândula durante os períodos de refeição ou quando há estímulos salivares. Algumas vezes, o sialólito permanece assintomático, geralmente quando a obstrução é parcial. Assim, parte da saliva consegue ultrapassar o cálculo e ser eliminada. Entretanto, a obstrução completa causa dores e aumento de volume constante, podendo ocorrer a drenagem de secreção purulenta na presença de infecção. Obstruções por períodos longos podem levar à infecção crônica e consequente atrofia glandular por dano nos ácinos e fibrose do parênquima glandular com diminuição permanente ou ausência da secreção salivar<sup>3</sup>.

A escolha do tratamento está diretamente ligada à localização do sialólito. O tratamento de escolha, quando possível, é a remoção de sialólito via acesso intraoral. A incisão no assoalho de boca é pouco associada a complicações, como a fístula salivar, e permite exposição do ducto afetado e visualização do sialólito. O ducto é, então, suturado à mucosa oral, deixando-o aberto para adequada drenagem.<sup>3,5</sup>

No caso de infecção glandular com drenagem de secreção purulenta e sinais sistêmicos de infecção, deve-se instituir primeiramente a antibioticoterapia e, posteriormente, realizar o procedimento cirúrgico após remissão dos sinais e sintomas. A diminuição ou ausência de secreção pode predispor a glândula a infecções recorrentes que pode necessitar de tratamento cirúrgico mais agressivo como sialadenectomia (remoção da glândula) para resolução do quadro clínico. Sialólitos intraglandulares requerem sialadenectomia submandibular ou parotidectomia. Sialólito de pequena dimensão e localizado próximo ao orifício do ducto pode ser removido com abertura do orifício com cateter lacrimal dilatador do canal ou hidratação do paciente e massagem glandular, com consequente aumento da produção salivar, podem expulsar o sialólito. Alguns métodos alternativos e conservadores emergentes na atualidade, como a litotripsia, xerorradiografia e endoscopia têm sido publicados com resultados satisfatórios.

## RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 51 anos de idade compareceu à emergência do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Municipal Salgado Filho, situado na Rua Arquias Cordeiro, 370, Méier, em Rio de Janeiro – RJ, com histórico de sensação de boca seca, dor, aumento de volume endurecido em região sublingual lado esquerdo.

Ao exame clínico, observou-se presença de dor à palpação, limitação da abertura bucal, dificuldade de deglutição e obstrução do ducto de Wharton esquerdo em região sublingual. Através de uma tomografia computadorizada (Figura 1), da ultrassonografia (Figura 2) e do exame físico, confirmou-se o diagnóstico de sialolitíase associada a processo inflamatório (Figura 3), o sialolito se encontrava fora do corpo da glândula submandibular, já no trajeto do ducto.

O tratamento de escolha foi o cirúrgico emergencial, com anestesia local, incisão em região de assoalho lingual direcionado no aumento de volume endurecido (Figura 4), dissecação do ducto de Wharton da glândula submandibular (Figura 5), incisão do mesmo (Figura 6), e remoção do sialolito (Figura 7). Foi realizada sutura com Vicryl 3.0 deixando espaço para drenagem, reduzindo o risco de fistula salivar.

A paciente foi liberada com prescrição para casa de analgésico com retorno ambulatorial em 7 dias.

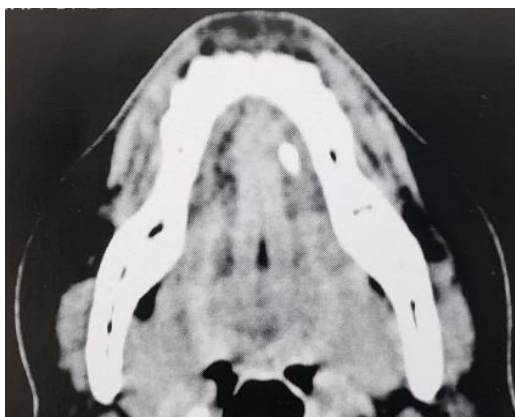


Figura 1: Tomografia computadorizada de corte axial, mostrando imagem hiperdensa em região do ducto de Wharton.

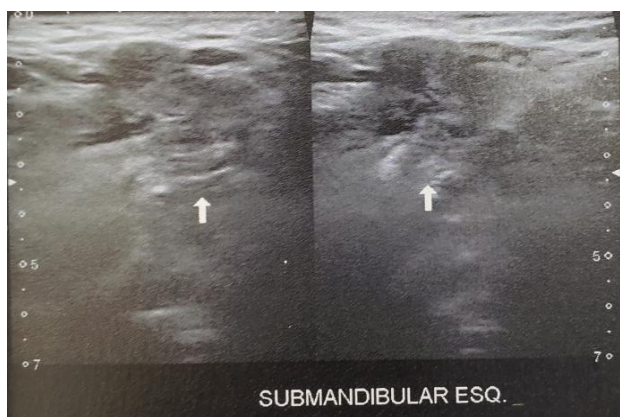


Figura 2: Ultrassonografia evidenciando uma imagem hiperecótica.

- Concreção cálcica projetada medindo cerca de 8 x 4mm topografia da glândula submandibular esquerda, que está aumentada de volume, e com densificação da gordura periférica. Sialolitíase?
- Linfonodomegalias reacionais medindo cerca de 15mm no nível II á esquerda.

Figura 3: Descrição do laudo tomográfico.



Figura 4: Aspecto intraoral demonstrando o aumento de volume na região sublingual.



Figura 5: Dissecção do ducto de Wharton.



Figura 6: Incisão do ducto e exposição do sialólito.



Figura 7: Sialólito medindo cerca de 8x4 mm.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Existem vários métodos disponíveis para o tratamento da sialolitíase, dependendo da glândula afetada, tamanho e localização do cálculo, contudo, independentemente da técnica, deve-se optar pelo método o mais conservador possível.



## REFERÊNCIAS

1. Calabria MF. Sialolithiasis. Braz J Otorhinolaryngol. 1959;27:31-8.
2. Pretto JIB, Machado RA, Silveira RI, Borges HOI, Pagnocelli RM. Sialólito em glândula submandibular- relato de caso. RFO. 2007;12:614.
3. Siddiqui SJ. Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. Br Dent J. 2002;193:89-91./dez. 2011.
4. Lee IT, Wong YKD. Pathogenesis and Diverse Histologic Findings of Sialolithiasis in Minor Salivary Glands. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68:465-70.
5. Melo, AR; Santos, TS; Amaral. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe 11(4):55-58, out.

