

**Ana Carolina Andrade Reis**  
**Grazielly de Souza Franklim Ferreira**  
**Juliana Carvalho Pessanha dos Santos**

Alunas do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José

**Rosangela Varella da Silva**

Professora das disciplinas cirurgia bucal e clinica integrada do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José

## RESUMO

A sialolitíase consiste em uma alteração no funcionamento das glândulas salivares em decorrência da obstrução da glândula ou do seu ducto excretor, resultando na redução do fluxo salivar. As glândulas submandibulares são as mais afetadas, seguida das parótidas e sublinguais. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de remoção cirúrgica de sialólito na região sublingual esquerda em um paciente encaminhado por um dentista do Programa de Saúde da Família ao Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro para avaliação e tratamento. O paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico, sob anestesia local. A cirurgia transcorreu sem intercorrências e o paciente evoluiu com a melhora dos sintomas relatados.

**Palavras-chave:** Cálculos das glândulas salivares; Cálculos dos ductos salivares; Sialolitíase.

## ABSTRACT

Sialolithiasis consists of a change in the functioning of the salivary glands due to the obstruction of the gland or its excretory duct, resulting in a reduction in salivary flow. The submandibular glands are the most affected, followed by the parotid and sublingual glands. The objective of this study was to report a clinical case of surgical removal of sialolith in the left sublingual region in a patient referred by a dentist from the Family Health Program to the Center Municipal Rehabilitation of Engenho de Dentro for evaluation and treatment. The patient underwent a surgical procedure under local anesthesia. The surgery was uneventful and the patient progressed with the improvement of the reported symptoms.

**Key-words:** Salivary gland calculi; Salivary ducti calculi; Sialolithiasis.

## INTRODUÇÃO

A sialolitíase consiste em uma alteração no funcionamento das glândulas salivares em decorrência da obstrução da glândula ou do seu ducto excretor, resultando em redução do fluxo salivar. As glândulas submandibulares são as mais afetadas, seguidas das parótidas e sublinguais (LIMA, et al., 2013).

De etiologia desconhecida, esta condição pode ser provocada por sialoadenite crônica ou pela obstrução parcial do ducto salivar por um sialólito. Estes são formados pela deposição de sais de cálcio sobre uma matriz orgânica composta por mucina alterada, bactérias e células epiteliais descamadas (GUIMARÃES, et al., 2010).

Homens acima de 40 anos de idade são frequentemente mais acometidos (JORGE, et al., 2006).

A glândula apresenta-se na maioria das vezes aumentada e a dor é o sintoma mais presente, principalmente durante as refeições (TRIPPIA, 2009).

Diversos exames de imagem podem auxiliar no diagnóstico da sialolitíase, entre eles a radiografia panorâmica dos maxilares, a radiografia oclusal inferior, a radiografia lateral oblíqua da mandíbula, a sialografia, a ressonância nuclear magnética, a ultrassonografia, a tomografia computadorizada, entre outros (TRIPPIA, 2009).

O tratamento dependerá da localização, do formato e do tamanho do sialólito, podendo estar limitado a remoção deste ou de toda a glândula. Quando o sialólito é pequeno e localizado superficialmente, é possível retirá-lo pelo orifício do ducto, utilizando-se de uma ordena manual (ARAÚJO, et al, 2011). Quando localizado na porção posterior do ducto ou no interior da glândula, um acesso cirúrgico extra-oral é necessário para a sua exérese (RIBEIRO, et al., 2016).

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de remoção cirúrgica de um sialólito na região sublingual esquerda.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sialolitíase é responsável por 30% das doenças que acometem as glândulas salivares. As glândulas submandibulares estão envolvidas em cerca de 83% a 94% dos casos, as glândulas parótidas entre 4% e 10% e as sublinguais variando entre 1% e 7% (MAGRO, et al., 2014).

O maior acometimento das glândulas submandibulares pode ser explicado pela alcalinidade do seu pH, pela viscosidade e alta concentração de cálcio na saliva secretada e pelo trajeto sinuoso e ascendente do ducto de Wharton. Essa configuração do ducto, favorece a deposição de sais de cálcio e conseqüentemente a formação de sialólitos que levam a sua obliteração. Em 50 % dos casos, o sialólito se forma na porção distal do ducto, em 20% na porção proximal e em 30%, no interior da glândula. Os sialólitos podem ser arredondados ou ovóides, macios ou duros. De modo geral são amarelos, entretanto podem ser brancos ou amarelo-acastanhados. Consistem em uma mistura heterogênea de diferentes fosfatos de cálcio, sendo o componente mais comum a apatite. Podem variar de tamanho, desde milímetros a centímetros ou até se tornarem gigantes. O diagnóstico e o tratamento estão diretamente relacionados ao tamanho e a localização dos mesmos (TRIPPIA, 2009).

Achados imaginológicos de calcificações nas glândulas salivares maiores e/ou nos ductos salivares, são usualmente relatados como cálculos salivares ou sialólitos. No entanto, a imagem por si só, não define o diagnóstico de sialolitíase. Para tal, é necessário também associar o exame clínico e a história do paciente, visto que outras entidades patológicas, com imagens igualmente radiopacas, podem se sobrepor às estruturas anatômicas da região das glândulas, dificultando ou mascarando o diagnóstico (FOLCHINI, et al., 2016).

Diante de sinais e sintomas sugestivos de sialolitíase envolvendo as glândulas submandibulares ou sublinguais, é preciso inspecionar e palpar o assoalho bucal e a região submandibular, e também verificar a qualidade e quantidade de saliva secretada. Para a confirmação da presença do sialólito, exames de imagem como radiografias panorâmicas dos maxilares e oclusais de mandíbula, são uteis. Exames tais como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada da região afetada, bem como a sialoendoscopia e a sialografia das glândulas acometidas,

auxiliam no diagnóstico. Entretanto, a sialografia não deve ser realizada na vigência de uma infecção aguda (RIBEIRO, et al.,2016).

O aumento de volume local, com conseqüente assimetria facial, é o sinal mais frequentemente relatado pelos pacientes portadores de sialolitíase. Normalmente, o edema está associado às refeições, em função da estimulação salivar, que leva ao aumento de volume glandular e sensação de desconforto (TRIPPPIA, 2009). A intensidade dos sinais e sintomas está relacionada ao grau de severidade da obstrução (MAGRO, et al., 2014).

O tratamento da sialolitíase pode variar do conservador, através de massagem nas glândulas visando ordenhar o sialólito para o ducto, ao bombardeamento por litotripsia extracorpórea por ondas de choque ou a remoção cirúrgica do sialólito ou da glândula, se necessário. (TRIPPPIA, 2009).

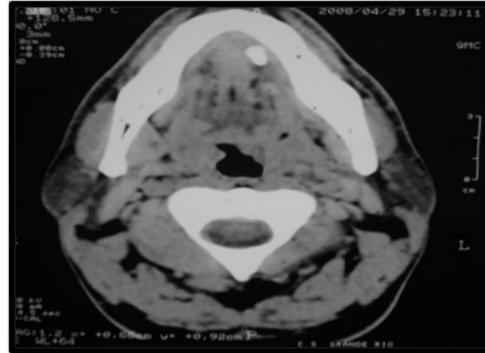
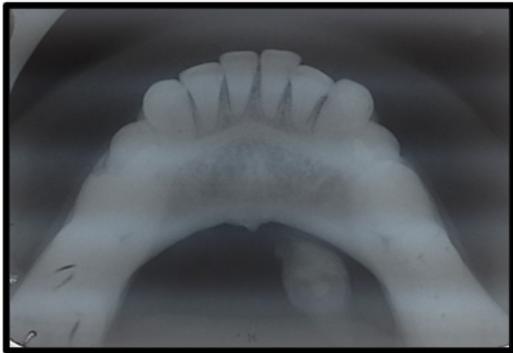
Entretanto, frente a diversos tratamentos, o sialólito deve ser removido por um método minimamente invasivo, via acesso intra-oral, sempre que possível. Sialólitos intraglandulares necessitam de sialadenectomia (MAGRO, et al., 2014).

## RELATO DO CASO

Paciente R.S, masculino, negro, 46 anos de idade, foi encaminhado ao Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro para avaliação. Durante a anamnese, negou doenças de base e informou que buscou atendimento, pois apresentava um caroço embaixo da língua há alguns meses. Acrescentou que neste período teve episódios de dor e inchaço nesta região (SIC). Ao exame clínico, observou-se um nódulo endurecido e submucoso na região sublingual esquerda, com aproximadamente 1,5 cm de tamanho (Foto 1). O paciente foi submetido a uma radiografia oclusal inferior e posteriormente a uma tomografia computadorizada da face, que revelou uma imagem radiopaca e ovalada na região sublingual esquerda, à altura dos pré-molares inferiores (Fotos 2 e 3). Para o tratamento, foi realizado o bloqueio do nervo lingual do lado esquerdo com solução de lidocaína a 2% associada a adrenalina 1:100.000. Em seguida, a mucosa sobre o nódulo foi incisada e delicadamente divulsionada permitindo, desta forma, a exteriorização e remoção do sialólito (Fotos 4 e 5). A mucosa foi suturada com fio de seda 3,0 (Foto 6). Para analgesia pós-operatória, foi prescrito Dipirona sódica, 01 grama a cada 06 horas. O paciente evoluiu sem intercorrências.



Foto 1 - Vista intra-oral



Fotos 2 e 3 - Exames de imagem



Foto 4 - Foto Transoperatória

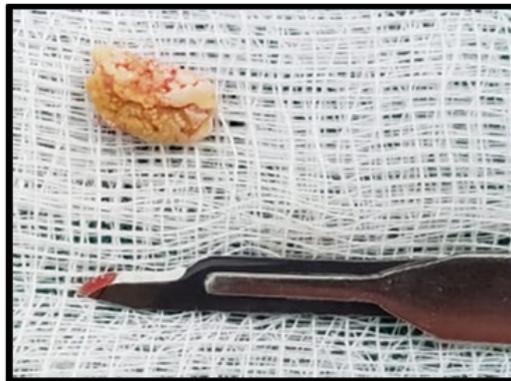


Foto 5 - Sialólito



Foto 6 - Sutura

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O procedimento cirúrgico proposto foi resolutivo e propiciou o desaparecimento dos sintomas relatados.

## REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, Fábio Andrey da Costa, et al. Tratamento cirúrgico de sialólito em glândula submandibular - relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, 11(4): 13-8, out./dez., 2011.

FOLCHINI, Stella; Stolz, Alessandra Betezeli. Sialolitos na glândula submandibular: relato de caso. Odontol. Clín.-Cient., Recife, 15(1) 67 - 71, jan./mar., 2016.

GUIMARÃES, Marco Aurélio de Almeida, et al. Sialolito gigante de glândula submandibular: achados na tomografia computadorizada. J Health Sci Inst., 28(1):84-6, 2010.

JORGE, Joana Ramos, et al. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte, 42(2):81-160, abr./jun., 2006.

KUN-DALL MAGRO, Alessandra, et al. Sialólito de glândula salivar submandibular: relato de caso. RFO, Passo Fundo, 19(3) 343-347, set./dez. 2014

LIMA, Aline Nery, et al. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe, 13(1):23-8, jan./mar., 2013.

RIBEIRO, Jonathan, et al. Tratamento cirúrgicos dos sialolitos gigantes das glândulas submandibulares: Relato de dois casos. Revista Fluminense de Odontologia – ANO XXII – No 46 – Julho / Dezembro, 2016.

TRIPPPIA, Ana Carolina. Sialolitíase: Revisão de Literatura. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia da Universidade Tuiuti, Paraná, 2009.