

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SIALOLITÍASE EM DUCTO PAROTÍDEO: RELATO DE CASO

Thames Bruno Barbosa Cavalcanti¹, Héilton Feitosa Batista², Ericka Paz de Melo Cavalcanti³, Mariana Santos Ribeiro de Lima Batista⁴, Jair Carneiro Leão⁵

1. Mestrando em Odontologia na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE - Recife - PE.
2. Especialista em Implantodontia pela Faculdade COESP – João Pessoa-PB.
3. Especialista em Ortodontia pela Ortogeo/Unicsul – Recife-PE.
4. Mestranda em Dentística pela Faculdade São Leopoldo Mandic – Campinas – SP.
5. DDS, PhD, Professor do programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPE –Recife-PE.

RESUMO

A sialolitíase é a patologia que mais acomete as glândulas salivares. É caracterizada pela formação de cálculos (sialolitos) nos ductos glandulares. Apesar de sua etiologia desconhecida, acredita-se que se origine da deposição de sais de cálcio ao redor de um acúmulo de restos orgânicos no lúmen do ducto. Neste trabalho, os autores descrevem um caso clínico de tratamento cirúrgico de um cálculo salivar localizado no ducto da glândula parótida em um paciente que se queixa de dores ao mastigar e observa-se aumento de volume na região geniana. O procedimento cirúrgico direto foi o tratamento de escolha, com total remoção do cálculo e posterior reconstrução do ducto. O diagnóstico foi feito através de exame clínico e imagem radiográfica panorâmica. O acompanhamento pós-operatório de 16 meses mostrou fluxo salivar normal e sem história de recidiva.

Palavras Chaves: cálculos das glândulas salivares, cálculos dos ductos salivares, glândula parótida.

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é a doença das glândulas salivares mais comum, sendo caracterizada, principalmente, pela obstrução da secreção salivar através de cálculos no interior do ducto, ou mesmo, no parênquima glandular¹. Dentre as glândulas salivares maiores, a submandibular é a mais afetada totalizando mais de 80% dos casos, devido ao seu ducto de trajeto longo, tortuoso e ascendente^{2,3}. Já a glândula parótida é acometida em torno de 10% dos casos de cálculos salivares, sendo a

maior glândula salivar, responsável por 25% da produção de saliva^{4,5}. Normalmente, a sialolitíase afeta adultos entre a terceira e a quarta décadas de vida⁹.

Os sialolitos são estruturas calcificadas que se desenvolvem dentro do sistema ductal salivar, surgem através da deposição de sais de cálcio ao redor de um ninho de debris na luz do ducto, que podem incluir um muco espesso, bactérias, células do epitélio do ducto ou corpos estranhos; sua formação ocorre de forma gradual e lenta^{2,6}. São massas duras, podendo ser ovais, redondos ou cilíndricos, predominantemente de coloração

amarela, geralmente solitários e unilaterais¹³. A causa dos sialólitos é incerta, mas sua formação pode ser provocada pela sialodente crônica ou pela obstrução parcial do ducto salivar. Seu desenvolvimento não está relacionado a nenhum transtorno sistêmico do cálcio ou do metabolismo do fósforo^{2,7}. A sintomatologia da sialolitíase é bem sugestiva do diagnóstico, podendo a dor estar presente em 83% dos casos, principalmente no momento da mastigação, sempre em associação com edema. A intensidade dos sintomas varia de acordo com o grau de obstrução e a quantidade de pressão produzida no interior da glândula⁸. Pacientes com pequenos sialólitos podem sofrer tratamento conservador, aqueles com sialólitos de tamanho maior requerem a litotripsia ou a remoção cirúrgica aberta⁴.

O diagnóstico dessa condição se faz pela associação dos exames clínicos e radiográficos, ou ainda por exames mais complexos como a sialografia, a ressonância magnética, a cintilografia, a ultrassonografia e a endoscopia¹¹.

O objetivo do presente trabalho foi descrever um caso clínico de remoção cirúrgica de sialólito em ducto da glândula parótida, identificado através de radiografia panorâmica e exame clínico. Optou-se pela remoção através de cirurgia aberta com acesso direto e acompanhamento pós-cirúrgico. Além da remoção cirúrgica, foi instalado um cateter no ducto da glândula a fim de evitar obstrução do mesmo por um período de 15 dias após o ato cirúrgico. A escolha da técnica mostrou-se eficiente e de fácil operação para remoção do sialólito.

RELATO DE CASO

Paciente I.B.M., faioderma, 58 anos, sexo masculino, chegou ao serviço ambulatorial do Núcleo Integrado de Apoio ao Cidadão (NIAC-Recife-PE) para avaliação Buco-Maxilo-Facial.

Na anamnese relatou como queixa principal dor em região geniana esquerda. Referiu na História da doença atual um desconforto na área há 3 meses e que observou aumento de volume local associado a sintomatologia álgica principalmente durante as refeições.

Ao exame físico, apresentou região geniana esquerda com volume aumentado, boa abertura bucal, movimentos mandibulares preservados, cadeias ganglionares cérvico-faciais sem alterações. Na inspeção intra-oral, mucosa bucal normocorada, sem alterações clínicas, entretanto durante a palpação foi detectado na região de mucosa jugal esquerda tecido endurecido, cerca de 1cm posterior a saída do ducto parotídeo.

Foi lançada como hipótese diagnóstica sialolitíase de ducto parotídeo. Solicitou-se então, uma radiografia panorâmica (fig.1), onde foi identificada presença de imagem radiopaca de cerca de 6mm no maior diâmetro, confirmando o diagnóstico.



Fig.1: Radiografia Panorâmica identificando a imagem radiopaca compatível com sialólito.

Com o diagnóstico firmado, solicitou-se os exames pré-operatórios

rotineiros, que se encontravam dentro da normalidade. Foi traçado como tratamento, cirurgia aberta com acesso direto para remoção do cálculo salivar.

Após antisepsia extra-oral com solução de clorexidina a 2% e antisepsia bucal com solução aquosa de clorexidina a 0,12%, foi aposicionado o campo operatório. A técnica anestésica eleita foi infiltrativa local com lidocaína (2%) com vasoconstrictor. Foi introduzido um catéter hidrolisado nº 22 no ducto até tocar no cálculo salivar (fig.2) objetivando manter, neste momento, a patência ductal neste período de convalescência. Foi realizado acesso cirúrgico direto ao ducto com lâmina de bisturi nº15 e posterior remoção do sialólito (fig.3). Neste momento o catéter é posicionado ainda mais para posterior permanecendo dentro da abertura ductal, realizada irrigação pelo catéter com soro fisiológico 0,9% e fixação do mesmo na mucosa jugal (fig.4).



Fig.2: Catéter introduzido no ducto parotídeo.

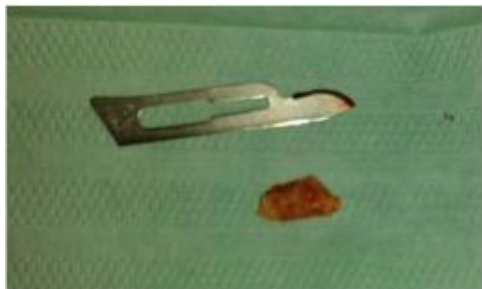


Fig.3: Sialólito após sua remoção.



Fig.4: Catéter introduzido e fixado.

Realizou-se a sutura da ferida operatória com nylon nº5-0 (fig.5). Após a cirurgia foi realizado curativo compressivo local. No pós-operatório foi prescrito medicação antiinflamatória (Nimesulida) 100mg de 12/12hs por 03 dias e uso de Escopolamina, 10 gotas sublingual de 8 em 8hs durante 10 dias.



Fig.5: Sutura final e cateter posicionado.

O pós-operatório transcorreu sem qualquer intercorrência. Realizou-se a remoção da sutura no 8^o dia após o procedimento e o catéter removido no 14^o dia.

O paciente foi acompanhado durante 16 meses, onde foi observado fluxo salivar normal e sem episódios de recidiva.

DISCUSSÃO

Considerou-se de importante relevância tal trabalho, visto a considerável raridade do caso, onde Ferreira e Manzi⁹ dizem que a

ocorrência da sialolitíase tem uma frequência aproximada de 1,2% na população (entre a terceira e a quarta década de vida), acrescentado a isso, confirmam que as glândulas parótidas representam somente 4 a 10% de todos os casos.

Apesar da grande maioria dos autores afirmarem que não existe uma causa específica para tal condição, o assunto ainda é discutível. Ferreira e Manzi⁹ relatam que os sialólitos não estão associados a nenhuma doença sistêmica ou metabólica. Já Soares et al¹⁰ afirmam que o desenvolvimento de sialólitos é um evento multifatorial, onde enfatiza que a disfunção salivar pode ocorrer devido a doenças sistêmicas ou medicamentos, e a partir de tal condição, desencadear a formação. Durante a anamnese, o paciente relatou não possuir nenhuma doença nem transtorno sistêmico.

Os sintomas da sialolitíase podem variar dependendo do tamanho do cálculo e suas manifestações clínicas tornam-se mais evidentes durante as refeições. Tal observação de Alves et al¹¹ é confirmada na história da doença atual do paciente do caso descrito.

Para estabelecimento do diagnóstico, Ferreira e Manzi¹² afirmam que, em geral, os sialólitos são facilmente palpáveis nas porções periféricas dos ductos salivares e por isso a manipulação bimanual da glândula em uma direção posterior para anterior é um exame comum, durante o exame clínico, conduta que foi estabelecida durante a palpação no paciente. Juntamente a isto, os mesmos autores afirmam que o papel da radiografia no diagnóstico da sialolitíase é reconhecido em 90% dos casos. Vários são os tipos de exames de imagem que servem pra elucidar o diagnóstico, entre eles tomografia computadorizada, cintilografia, entre outros, no entanto, visto o alto custo de

tais exames, a radiografia panorâmica foi considerada suficiente para concluir o diagnóstico.

Concordamos com Azenha et al¹³ quando afirmam que estudos recentes preconizam a utilização de novos métodos de tratamento para os casos de sialolitíase, os quais tem sido baseado em diversos recursos de imagem, como sialografia e sialoendoscopia. Quando comparados à excisão cirúrgica tradicional esses novos métodos são menos traumáticos, entretanto exigem que o profissional disponha de equipamentos e treinamento específico, tornando o tratamento mais caro. Além disso, optou-se por uma cirurgia direta devido a sua localização, onde Soares et al¹⁰ dizem que o tratamento depende da localização e do tamanho do cálculo. Os pequenos e localizados próximo ao óstio podem ser removidos pela manipulação ou pelo cateterismo e a dilatação do conduto que facilitam e permitem a remoção. Os sialólitos maiores e localizados na metade anterior do ducto necessitam de cirurgia simples e conservadora. O cálculo media 6mm, não sendo possível removê-lo por manipulação.

CONCLUSÃO

Apesar da sialolitíase ser uma patologia que acomete na sua grande maioria as glândulas submandibulares, o profissional deve estar atento às condições menos frequentes da mesma, como é o caso da sialolitíase em ducto parotídeo. Além disso, o conhecimento das características clínicas e radiográficas é fundamental para elucidar na sua grande maioria o diagnóstico e tratamento adequado, a fim de minimizar o desconforto do paciente por longo período.

ABSTRACT

Sialolithiasis is the pathology that most affects the salivary glands. It is characterized by the formation of calculi (sialolites) in the glandular ducts. Despite its unknown etiology, it is believed to originate from the deposition of calcium salts around a collection of organic remains in the lumen of the duct. In this work, the authors describe the clinical case of a surgical excision of a salivary calculus located in the duct of the parotid gland in a patient who complains of pain when chewing and shows volume increase in the genital region. The direct surgical procedure was the treatment of choice, with total removal of the calculation and subsequent reconstruction of the duct. The diagnosis was made through clinical examination and panoramic radiographic image. The 16-month postoperative follow-up showed normal salivary flow and no history of relapse.

Keywords: salivary gland calculi, salivary duct calculi, parotid gland.

REFERÊNCIAS

1. Filho OM, Almeida L; Pereira J. Sialolito gigante associado à fistula cutânea. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* 2008;8(2): 35-8.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2009.
3. Ferreira PHSG, Narazaki NR, Alcade LFA, Toledo GL, Capelari MM, Marzola C. Tratamento de sialolitíase no ducto da glândula submandibular – Relato de caso. *Rev. Odontologia (ATO).* 2014;14(11):680-689.
4. Cho SH, Han JD, Kim JH, Lee SH, Jo JB, Kim CH, et al. Removal of submandibular calculi by surgical method and hydraulic power with curved needle: a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2017; 43(3): 182–185.
5. Vieira RR, Farenzena KP, Mallmann CT, Silva SO, Carli JP. Sialolitíase: revisão de literatura e levantamento de casos. *Odonto.* 2012; 20(40): 31-39.
6. Ferreira ES, Manzi FR. Diagnóstico por Imagem de Sialolito na Glândula Parotídea Utilizando Radiografias convencionais. *Arq Bras Odontol.* 2010; 6(1):25-32.
7. Lima NA, Milani BA, Massaine LF, Souza AMM, Jorge WA. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-facial.* 2013,13(1): 23-28.
8. Manzi FR, Silva IV, Dias FG, Ferreira EF. Sialólito na glândula submandibular: Relato de caso clínico. *Rev. Odontol. Bras. Central.* 2010;19(50):270-4.
9. Oliveira TP, Oliveira INF, Pinheiro ECP, et al. Giant sialolith of submandibular gland duct treated by excision and ductal repair: a case report. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 2016; 82(1): 112-115.
10. Soares GR, Silva ARS, Soubhia AMP, Miyahara, GI. Considerações atuais da sialolitíase de ducto de glândula submandibular. *Rev. Odont. de Araçatuba,* 2010, 31(1): 46-50.
11. Alves NS, Soares GG, Azevedo RS, Camisasca DR. Sialolito de grandes dimensões no ducto da glândula submandibular. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 2014, 68(1): 49-53.
12. Ferreira EF, Manzi FR. Diagnóstico por imagem de sialolito na glândula parotídea utilizando radiografias

- convencionais. Arq. Bras. Odontol. 2010, 6(1): 25-32.
13. Azenha MR, et al. Sialolito de grandes proporções localizado no ducto da glândula submandibular: diagnóstico e tratamento cirúrgico. Odontol. Clin.-Cient. 2013, 12(1), 87-89.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:

Thames Bruno Barbosa Cavalcanti

Departamento de Prótese e Cirurgia Buco Facial, UFPE. Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária. Recife - PE – Brasil - CEP: 50670-901. Telefone: +55 (81) 996236585. E-mail: thamesbruno@gmail.com