

Sialolitíase - a propósito de três casos clínicos

As litíases das glândulas salivares são condições caracterizadas pela obstrução da glândula ou do ducto excretor, devido à formação de uma massa calcificada ou sialolito. O artigo do Dr. Miguel Nóbrega, Dr. João Gonçalves e Dr.ª Sofia Pinto faz a revisão sobre o assunto.

A sialolitíase é a doença mais comum das glândulas salivares, estimando-se que ocorra em 1,2 por cento da população^(1,2). É mais comum em adultos do sexo masculino (\pm 40 anos), mas pode afectar jovens, idosos e mais raramente crianças^(1,2).

A glândula sub-mandibular é a glândula mais frequentemente envolvida (83 a 94%), seguida pelas glândulas parótida (4 a 10%) e sub-lingual (1 a 7%). A glândula sub-mandibular é também mais frequentemente envolvida devido à constituição da saliva que é rica em muco e mais viscosa, e ao trajecto ascendente do ducto que é longo e sinuoso⁽¹⁾.

O sialolito (cálculo) pode ter uma forma arredondada ou ovoide, superfície rugosa ou lisa e cor amarelada. São constituídos essencialmente por fosfato de cálcio e por pequenas quantidades de carbonatos na forma de hidroxiapatite, magnésio, potássio e amónia. São frequentemente de pequenas dimensões (< 1 cm)⁽²⁾.

Os sintomas são normalmente sugestivos, sendo muito frequente os pacientes queixarem-se de dor e aumento de volume repentino e recorrente da glândula envolvida, principalmente nas refeições (à frente da comida)^(2,3). Posteriormente, há redução gradual do aumento do volume.

A sialolitíase intraductal, por norma, apresenta sintomas mais graves que a intraglandular, já que o comprometimento do fluxo salivar é mais acentuado quando o cálculo está localizado no interior do ducto⁽³⁾. A permanência do sialolito favorece a infecção da glândula salivar levando ao aparecimento de sialoadenite crónica⁽¹⁾.

O diagnóstico imagiológico pode ser feito recorrendo a

radiografia convencional, a ultrasonografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a sialografia⁽²⁾.

Tratamento

Nos sialolitos de pequenas dimensões, localizados perto da abertura do ducto é aconselhável tratamento não cirúrgico, sendo o sialolito removido com auxílio de substâncias sialo-

gogas e tratamento antibiótico.

Cálculos de maiores dimensões necessitam de remoção cirúrgica. No caso do sialolito estar localizado no parênquima da glândula, está geralmente indicado a exérese da glândula^(2,4).

Caso clínico I

Paciente do sexo masculino, com 32 anos de idade, apresentou-se na consulta devido a "inchaço da bochecha direita". No exame extra-oral não foram detectadas alterações. No exame intra-oral detectou-se uma massa endurecida na região do óstium do canal de Stenon direito. Foi feito o diagnóstico de sialolitíase da parótida. Procedeu-se à remoção do cálculo com auxílio de substâncias sialogogas e manipulação do ducto. O sialolito apresentava 12mm de comprimento.

Caso clínico II

Paciente do sexo masculino, com 44 anos de idade, foi à consulta devido a "dor e inchaço perto da orelha direita". No exame extra-oral verificou-se um aumento de volume do bordo inferior da parótida. No exame intra-oral foi pos-

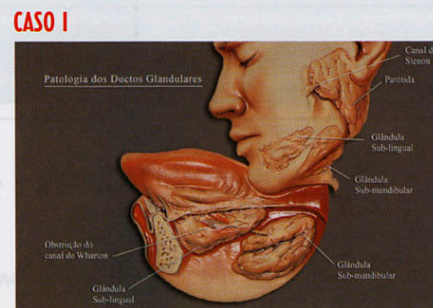


Figura 1: Esquema ilustrativo da patologia dos ductos das glândulas salivares



Figuras 2 e 3: Mucosa jugal evidenciando tumefacção no óstium do canal de Stenon



Figuras 4 e 5: Sialolito após a sua remoção. Notar o comprimento de 12mm



Dr. Miguel Nóbrega é Estomatologista e Director Clínico da Clínica Dentária de S. Lourenço, Ilha da Madeira.



Dr. João Gonçalves é Médico Dentista e Assistente Clínico Sénior na Clínica Dentária de S. Lourenço, Madeira.



Dra. Sofia Pinto é Médica Dentista e Assistente Clínica na Clínica Dentária de S. Lourenço, Madeira.

CASO II



Figura 6: Fotografia extra-oral do paciente em que se verifica um aumento do volume do bordo inferior da glândula parótida direita



Figura 8: Sialólito após a sua remoção. Diâmetro de aproximadamente 3mm

CASO III



Figura 9: Fotografia intra-oral em que se observa a tumefacção da glândula sub-mandibular direita



Figura 10: Radiografia oclusal evidenciando o sialólito



Figura 11: Fotografia após cirurgia de remoção do sialólito

Figura 12: Fotografia em que se nota a grande dimensão do sialólito (34mm)

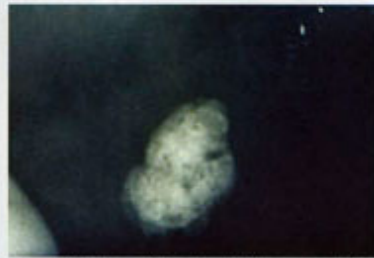


Figura 7: Radiografia de diagnóstico em que é visível o sialólito

sível palpar massa endurecida no canal de Stenon. Realizou-se exame radiográfico que confirmou a presença de um cálculo. O paciente foi então sujeito a cirurgia para remoção do sialólito, que media 3mm de diâmetro.

Caso clínico III

Paciente de 45 anos, apresentou-se na consulta com queixa de "inchaço no pavimento bucal". O exame extra-oral revelou um aumento de volume da glândula sub-mandibular direita e o exame intra-oral confirmou a presença de uma tumefacção de consistência firme na região do canal de Wharton. Foi realizada uma radiografia oclusal do maxilar inferior a qual mostrou a presença de uma massa radiopaca contribuindo para o diagnóstico de sialolitose sub-mandibular. Posteriormente, realizou-se a cirurgia para remoção do sialólito, que media 34mm de comprimento.

Conclusão

São as patologias mais frequentes das glândulas salivares. Apresentam inicialmente uma sintomatologia discreta, o que pode contribuir para o atraso do seu diagnóstico. O diagnóstico precoce contribui para um tratamento simplificado e um prognóstico mais favorável.

O tratamento depende da glândula afectada e da localização e tamanho do sialólito.

A recorrência da sialolitose parece estar relacionada com a própria susceptibilidade individual. ■

Bibliografia

- 1 - Jorge J, Rêgo T, Santos C. Sialolitose em glândula sub-mandibular: relato de um caso clínico. Arquivos em Odontologia. 2006; 42(2): 81-160.
- 2 - Siddiqui S. J. Sialolitiasis: an unusually large submandibular salivary stone. British Dental Journal. 2002; 193(2):89-91.
- 3 - Oliveira Filho M, Almeida L, Pereira J. Sialólito Gigante Associado à Fistula Cutânea. Rev. Cir. Traumatol. Bucod-Maxilo-fac. 2008; 8(2): 35 - 38.
- 4 - Kawata L, Baldan R, Moraes N, Biazolla E. Sialolitose em ducto de glândula submandibular: relato de dois casos clínicos. Revista Odontológica de Araçatuba. 2006; 27(1): 14-18.