

Prática clínica

Síndrome obstrutiva salivar por litíase submandibular



Raquel Santos

Médica interna de Medicina Geral e Familiar. Unidade de Saúde Familiar (USF) de Baltar, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Tâmega II – Vale do Sousa Sul.

Berto Gomes

Médico especialista em Medicina Geral e Familiar. USF de Baltar, ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul.

Tiago Fonseca

Médico consultor em Estomatologia. Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João (Porto).



Introdução

A existência de cálculos no sistema excretor das glândulas salivares designa-se por sialolitíase^{1,2,3}. A sialolitíase é responsável por 30% da patologia salivar, com uma incidência estimada de 1% na população geral. Exibe uma maior incidência em homens e a maioria ocorre entre os 30 e os 60 anos^{2,3,4}. A maioria dos cálculos salivares, designados de sialólitos, forma-se na glândula submandibular (cerca de 85%) e em menor frequência nas glândulas parótida, sublingual e salivares menores^{1,4,5}.

As glândulas submandibulares localizam-se na região submandibular, limitada superiormente pelo bordo superior da mandíbula e inferiormente pelo músculo digástrico. Subdivide-se em lobos superficiais e profundos, separados pelo músculo milo-hioideo. O canal de Wharton localiza-se na face medial da glândula e o seu orifício está localizado próximo do freio da língua^{3,7}. A maior propensão à formação de cálculos na glândula submandibular e no seu canal principal, de Wharton, dá-se uma vez que é longo, o fluxo salivar é lento e contra a gravidade, e a saliva é mais alcalina com um alto conteúdo de mucina e cálcio^{2,4,6}. Os sialólitos submandibulares tendem a ser maiores que os das restantes glândulas salivares^{3,4}.

A etiologia da formação de cálculos não é completamente conhecida, mas acredita-se que a anatomia das glândulas e respetivos canais, a deposição de sais de cálcio em locais de inflamação, de lesão e até mesmo em biofilmes bacterianos e a estase do fluxo salivar podem servir como fatores para a sua formação^{1,3,4,6,8,9}.

A sialolitíase é um diagnóstico baseado na história clínica e no exame objetivo característicos. Geralmente apresenta-se com

dor e tumefação da glândula envolvida, sendo esses sintomas iniciados ou agravados pela ingestão de alimentos ou pela antecipação de uma refeição. Também podem apresentar-se como uma tumefação indolor ou podem ser detetados acidentalmente na inspeção ou na palpação^{1,3}. Um cálculo que cause obstrução intermitente pode causar episódios sintomáticos esporádicos^{2,4}. A infeção secundária pode ser uma complicação, resultando da obstrução canal e da estase salivar⁴.

Um sialólito pode ser identificado por radiografia, sialografia, ultrassonografia (ecografia), tomografia computadorizada ou sialendoscopia. Os exames de imagem fornecem informação sobre o número, a localização e a dimensão do(s) cálculo(s) e podem ser úteis no diagnóstico diferencial, nomeadamente com lesões nodulares^{2,3,4,9}.

O tratamento da sialolitíase depende das características do cálculo, sendo que os maiores requerem geralmente remoção cirúrgica do mesmo. O tratamento convencional com cirurgia aberta ou ressecção da glândula encontra-se em desuso, sendo substituído por métodos estritamente endoscópicos ou endoscopicamente assistidos (como, por exemplo, através de litotripsia intracorporal)^{2,3,5,8,9,10,11}.

Veja aqui o vídeo da cirurgia correspondente a este caso clínico.



Relato de caso clínico

Doente do sexo feminino, de 44 anos, raça caucasiana, operária têxtil. Antecedentes pessoais de bócio multinodular, quistos uterinos e ováricos bilaterais, hérnia discal lombar, excesso de peso e síndrome depressiva; tabagismo ativo (cerca de 14 UMA) e sem hábitos alcoólicos regulares. Medicada habitualmente com mirtazapina 15 mg (id) e bromazepam 1,5 mg (id). Antecedentes familiares: mãe falecida aos 65 anos por neoplasia cerebral, pai falecido aos 58 anos por neoplasia da orofaringe e irmão de 48 anos submetido a tireoidectomia por nódulo suspeito de malignidade (sem confirmação diagnóstica conhecida).

Em agosto de 2013, avaliada pelo seu médico de família por tumefação cervical esquerda de instalação súbita e com uma semana de evolução, com agravamento durante as refeições. No exame objetivo, na região submandibular esquerda, tumefação de contornos regulares, não aderente a planos profundos e não dolorosa. Requisitada ecografia cervical, que relata adenopatia de características reativas na região submandibular esquerda de 15 x 4 mm. Prescrito anti-inflamatório (ibuprofeno 400 mg de 12 em 12 horas) durante uma semana, com melhoria do quadro clínico.

Em julho de 2018, novo episódio de tumefação submandibular esquerda. A ecografia das glândulas salivares documenta “ligeira hipocogeneidade e discreto aumento da vascularização da glândula submandibular esquerda, que relacionamos com ligeiras alterações inflamatórias (...). Não se observa dilatação do canal excretor, sinais de litíase nem lesões expansivas sólidas, nem quísticas (...). Sem outras alterações”. Foi medicada novamente com ibuprofeno e pedida nova ecografia do pescoço e glândulas salivares.

A terceira ecografia das glândulas salivares relata que “a glândula submandibular esquerda revela ligeira ectasia do canal de

A hipótese de sialolitíase deve ser considerada nos episódios de dor ou tumefação submandibular. Uma anamnese e exame físico rigorosos podem ser suficientes para o diagnóstico

Wharton, canal este que evidencia na sua porção terminal uma formação litiásica de 10 x 7 mm. Sem outras alterações”. Perante o diagnóstico de sialolitíase, a utente é referenciada para a especialidade de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João.

Em novembro de 2018, avaliada em consulta de estomatologia, no terço médio do hemi-pavimento esquerdo da boca, identificado nódulo alongado com cerca de 1 cm de maior eixo, duro, de contornos regulares e, na expressão bimanual, observada a saída de quantidade considerável de saliva purulenta. Com o diagnóstico de sialoadenite submandibular esquerda supurativa litiásica, foi prescrito antibiótico (amoxicilina 875 mg e ácido clavulânico 125 mg de 12 em 12 horas durante oito dias) e anti-inflamatório (ibuprofeno 400 mg de 12 em 12 horas durante cinco dias). Realizou-se ortopantomografia que documentou imagem radiopaca em topografia do terço distal do canal de Wharton esquerdo, sugestiva de litíase (fig. 1). Foi então proposta sialolitectomia submandibular esquerda, que a doente aceitou.

Em janeiro de 2019, foi submetida a cirurgia eletiva sob anestesia local. A intervenção iniciou-se com a infiltração de lidocaína e epinefrina no hemi-pavimento esquerdo da boca (fig. 2). De seguida realizou-se uma incisão linear oblíqua naquela região (fig. 3), na transição entre a eminência sublingual e o ventre da língua. Posteriormente fez-se a dissecação submucosa, com identificação da glândula sublingual, nervo lingual e canal de



FIG. 1. Ortopantomografia (imagem sugestiva de sialólito indicada pela seta).

Wharton (com dilatação devida ao cálculo) (fig. 4). Procedeu-se a incisão no canal sobre o cálculo e a remoção do cálculo (figs. 5, 6 e 8), após a qual foi feita a marsupialização do canal e sutura da mucosa com fio de Vicryl 4-0 (fig. 7). A intervenção decorreu sem intercorrências peri-operatórias (fig. 9).

A doente manteve acompanhamento durante seis meses. Foi observada uma semana após a cirurgia (fig. 10), apresentando-

-se sem queixas, nomeadamente em termos de disestesia lingual; a ferida operatória apresentava sinais inflamatórios discretos, sem deiscência da sutura, supuração ou hemorragia e existia drenagem de saliva pelo neo-óstio. Posteriormente foi avaliada um, três e seis meses após a cirurgia, com boa evolução clínica (figs. 11 a 13). Atualmente, assintomática relativa a patologia salivar.



FIG. 2. Anestesia local infiltrativa.

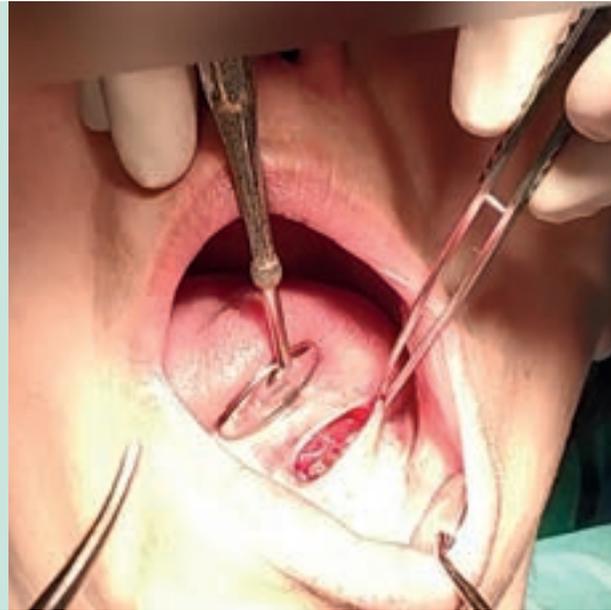


FIG. 3. Incisão linear oblíqua.

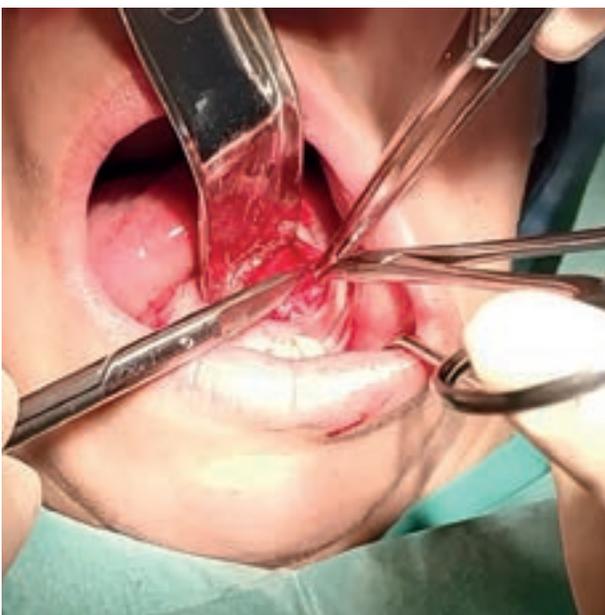


FIG. 4. Dissecção roma submucosa.

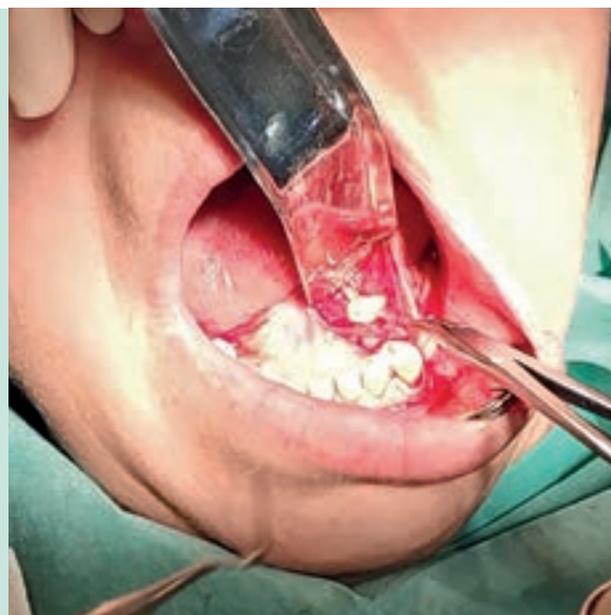


FIG. 5. Sialodocotomia.



FIG. 6. Sialolitectomia.

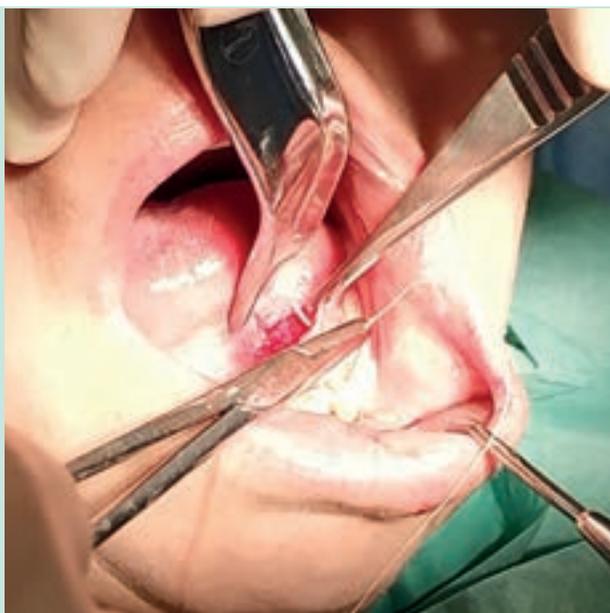


FIG. 7. Sialodocoplastia.



FIG. 8. Sialólito.



FIG. 9. Avaliação pós-operatória imediata.



FIG. 10. Avaliação pós-operatória após uma semana.



FIG. 11. Avaliação pós-operatória após um mês.



FIG. 12. Avaliação pós-operatória após três meses.



FIG. 13. Avaliação pós-operatória após seis meses.

Considerações finais

A hipótese de sialolitíase deve ser considerada nos episódios de dor ou tumefação submandibular. Uma anamnese e exame

físico rigorosos podem ser suficientes para o diagnóstico. Embora existam métodos mais avançados, a radiografia pode confirmar o diagnóstico clínico e definir a localização precisa do cálculo^{1,2,3,4,9}.

Os cálculos mais pequenos podem ser tratados de forma conservadora, mas nos cálculos maiores e/ou sintomáticos, a sialolitomia submandibular combinada com antibioterapia é o tratamento convencional. Nos centros que disponham de sialoendoscopia, esta técnica é a indicada como primeira linha. A taxa de sucesso da abordagem do canal de Wharton por cirurgia aberta intraoral está perto dos 100%¹². Trata-se de uma técnica simples, adaptável a diferentes situações anatómicas e pode ser realizada sob anestesia local. As complicações pós-operatórias, como a lesão do nervo lingual, são raras^{3,13}.

Nota: Os autores negam a existência de conflito de interesses na realização deste artigo.

Bibliografia

1. **S. Kraaij KH, Karagozoglu T, Forouzanfar et al.** Summary of: Salivary stones: symptoms, aetiology, biochemical composition and treatment. *British Dental Journal*. Dez 2014; Vol 217, No. 11.
2. **Delli K, Spijkervet FK, Vissink A.** Salivary gland diseases: infections, sialolithiasis and mucocoeles. *Monographs in Oral Science*, 2014, 24, 135-148.
3. **Pachisia S, Mandal G et al.** Submandibular sialolithiasis: a series of three case reports with review of literature. *Clin Pract*. 2019 Jan; 9(1): 1119.
4. **Rzmyska-Grala I, Stopa Z et al.** Salivary gland calculi - contemporary methods of imaging. *Polish Journal Radiology*. 2010; 75(3): 25-37.
5. **Carta F, Farneti F et al.** Sialendoscopy for salivary stones: principles, technical skills and therapeutic experience. *Acta Otorhinolaryngol Italica*. 2017 Apr; 37(2): 102-112.
6. **Kao WK, Chole RA, Ogden MA.** Evidence of a microbial etiology for sialoliths. *Laryngoscope* 2020; 130:69.
7. **Grewal J, Jamal Z, Ryan, J.** Anatomy, head and neck, submandibular gland. In StatPearls, 2021 Jan.
8. **Jadu F, Jan A.** A meta-analysis of the efficacy and safety of managing parotid and submandibular sialoliths using sialendoscopy assisted surgery. *Saudi Medical Journal*, 2014; Vol. 35 (10): 1188-1194.
9. **Marchal F, Dulguerov P, Becker M et al.** Specificity of parotid sialendoscopy. *Laryngoscope*, 2001; 111:264.
10. **Witt R, Iro H et al.** Minimally invasive options for salivary calculi. *Laryngoscope*. 2012; 122: 1306-1311.
11. **Kolenda J.** Intracorporeal lithotripsy. *Atlas Oral Maxillofacial Surgery Clinics North America*, 2018; 26(2): 169-175.
12. **Park HS, Pae SY, Kim KY et al.** Intraoral removal of stones in the proximal submandibular duct: usefulness of a surgical landmark for the hilum. *Laryngoscope*, 2013; 123: 934-7.
13. **McCain J, Montero J.** Surgical retrieval of submandibular stones. *Atlas Oral Maxillofacial Surgery Clinics North America*, 2018; 111-117.