

Sialolitíase em carúncula sublingual: um relato de caso

Sialolithiasis in sublingual caruncle: a case report

Sialolithiasis en carúncula sublingual: reporte de un caso

RESUMO

Sialolitos são formações calcificadas, podendo se desenvolver tanto nas glândulas salivares quanto nos seus ductos, devido à retenção de materiais orgânicos e inorgânicos que constituem a saliva. Sua presença é mais frequente nas glândulas salivares maiores, sendo as salivares menores dificilmente acometidas, com prevalência em pacientes do sexo masculino, entre a terceira e quarta década de vida. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de Sialolitíase no assoalho bucal na região de carúncula sublingual tratado cirurgicamente. Paciente do sexo masculino, 26 anos, leucoderma, encaminhado à Clínica de Estomatologia da UFPB para avaliação estomatológica. Na inspeção intraoral, foi detectada uma lesão nodular de consistência endurecida e coloração branco-amarelada, localizada no assoalho bucal na região de carúncula sublingual, com crescimento endofítico, base pediculada e superfície lisa, confirmando posteriormente o diagnóstico de Sialolitíase pela análise anatomopatológica. Optou-se pela excisão cirúrgica da lesão sob anestesia local, a qual foi realizada sem intercorrências. Após 6 meses de pós-operatório, não há sinais de recidiva da lesão. A sialolitíase, embora seja a patologia mais comum das glândulas salivares, apresenta excelente prognóstico. O exame clínico, associado ao exame radiológico convencional, podem ser suficientes no diagnóstico. Quanto mais precoce for o diagnóstico, menos invasivo será o procedimento. **Palavras-chave:** Cálculos das Glândulas Salivares; Glândula Submandibular; Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Sialoliths are calcified formations, which can develop both in the salivary glands and in their ducts, due to the retention of organic and inorganic materials that constitute saliva. Its presence is more frequent in the major salivary glands, the minor salivary glands being rarely affected, with a prevalence in male patients between the third and fourth decade of life. The objective of this work is to report a clinical case of sialolithiasis on the floor of the mouth in the region of the sublingual caruncle, which was surgically treated. Male patient, 26 years old, Caucasian, referred to the UFPB Stomatology Clinic for stomatological evaluation. On intraoral inspection, a nodular lesion of hardened consistency and yellowish-white color was detected, located on the buccal floor in the sublingual caruncle region, with endophytic growth, pedicled base and smooth surface, later confirming the diagnosis of sialolithiasis by anatomopathological analysis. We opted for surgical excision of the lesion under local anesthesia, which was performed uneventfully. Six months after the operation, there are no signs of recurrence of the lesion. Sialolithiasis, although it is the most common pathology of the salivary glands, has an excellent prognosis. Clinical examination, associated with conventional radiological

Bruno Albuquerque Dantas

ORCID: 0000-0001-5766-747X

Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: bruno.dantas@academico.ufpb.br

Bianca Gomes Teixeira

ORCID: 0000-0002-1401-6041

Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: bianca.bgt54@gmail.com

Josivaldo Bezerra Soares

ORCID: 0000-0002-0283-5090

Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: josivaldo.soares@academico.ufpb.br

Keila Martha Amorim Barroso

ORCID: 0000-0002-3179-8647

Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: keilamartha@gmail.com

Paulo Rogério Ferreti Bonan

ORCID: 0000-0002-4449-4343

Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: pbonan@yahoo.com

examination, may be sufficient for the diagnosis. The earlier the diagnosis, the less invasive the procedure. **Keywords:** Calculus of the Salivary Glands; Submandibular Gland; Oral Surgery.

RESUMEN

Los sialolitos son formaciones calcificadas, que pueden desarrollarse tanto en las glándulas salivales como en sus conductos, debido a la retención de materiales orgánicos e inorgánicos que constituyen la saliva. Su presencia es más frecuente en las glándulas salivales mayores, siendo raramente afectadas las glándulas salivales menores, con un predominio en pacientes masculinos entre la tercera y cuarta década de la vida. El objetivo de este trabajo es reportar un caso clínico de sialolitiasis en el piso de la boca en la región de la carúncula sublingual, la cual fue tratada quirúrgicamente. Paciente masculino, 26 años, caucásico, remitido a la Clínica de Estomatología de la UFPB para evaluación estomatológica. A la inspección intraoral se detectó una lesión nodular de consistencia endurecida y color blanco amarillento, ubicada en el piso de la boca en la región de la carúncula sublingual, con crecimiento endófito, base pediculada y superficie lisa, confirmándose posteriormente el diagnóstico de sialolitiasis por análisis anatomopatológico. Se optó por la exéresis quirúrgica de la lesión bajo anestesia local, que se realizó sin incidencias. Seis meses después de la operación, no hay signos de recurrencia de la lesión. La sialolitiasis, aunque es la patología más común de las glándulas salivales, tiene un excelente pronóstico. El examen clínico, asociado al examen radiológico convencional, puede ser suficiente para el diagnóstico. Cuanto más temprano sea el diagnóstico, menos invasivo será el procedimiento. **Palabras clave:** Cálculo de las Glándulas Salivales; Glándula submandibular; Cirugía Oral.

INTRODUÇÃO

Sialolitos são formações calcificadas que podem se desenvolver tanto nas glândulas salivares quanto nos seus ductos, devido à retenção de materiais orgânicos e inorgânicos que constituem a saliva.¹

A presença do sialolito é mais frequente nos ductos das glândulas salivares maiores, sendo a glândula submandibular a mais afetada (80%-90%), em razão da anatomia do ducto de Wharton que possui um trajeto tortuoso, favorecendo a sua obstrução.² Acompanhada da glândula parótida (4%-28%), sublingual (1%-2%) e dificilmente acometem as glândulas salivares menores.¹ Além disso, observa-se uma prevalência em indivíduos do sexo masculino, ocorrendo mais comumente em

adultos entre 30 a 40 anos de idade, sem predileção por raça e eventualmente afetando crianças.³

Geralmente, os sialolitos são unilaterais e se desenvolvem somente em uma glândula, podendo ser simples (75,3%) na maioria dos casos, quando apresenta um único cálculo ou múltiplos, quando formam vários Sialolitos.⁴ A percepção da forma dos cálculos é importante, uma vez que, fornece informações para determinar seu local de origem. Sendo assim, os sialolitos alongados ou cilíndricos são geralmente encontrados nos ductos, enquanto que os sialolitos redondos ou ovoides são encontrados dentro da glândula.⁵

Macroscopicamente, o tamanho dos cálculos salivares é pequeno, com tamanho de 1 a 10 mm, uniformes e amarelados.³ Na microscopia, observa-se focos de massas calcificadas, presença de debris e o tecido glandular associado ao cálculo, apresentando um infiltrado inflamatório mononuclear com diferenciação de células mucosas e escamosas.⁶

Os sintomas dependem do tamanho e local do cálculo, assim como do grau de bloqueio e pressão que se desenvolve dentro da glândula.⁷ Durante as refeições, pode ocorrer um crescimento da glândula afetada, acompanhada de dor prolongada que diminui com o fluxo salivar.⁸ Além disso, em alguns casos são capazes de causar xerostomia, tumefação aguda e sensibilidade à palpação na área onde está localizado o cálculo. Logo, a presença de febre, linfadenopatia, otodinia e trismo é muito comum nesses pacientes.⁷

O diagnóstico clínico compreende inspeção, palpação, observação da quantidade e qualidade da saliva secretada e exames radiográficos.⁹ Uma simples radiografia oclusal pode identificar o cálculo, quando localizado em região de assoalho bucal.¹⁰ Embora, radiografias sem a presença de calcificações não eliminam o diagnóstico de sialolitíase, pois os cálculos exibem diferentes graus de mineralização ou ocorrem de as estruturas estarem sobrepostas.¹ Para alguns casos, pode-se utilizar outras técnicas como a sialografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, cintilografia, ressonância magnética e endoscopia, possibilitando uma melhor identificação do sialolito e um planejamento cirúrgico mais assertivo.⁶

O diagnóstico diferencial, compreende a sialoadenite obstrutiva, parotidite epidêmica e tumores de glândulas salivares.⁵ No entanto, para a maioria dos casos, a história clínica, o exame físico do paciente e a complementação com o exame radiográfico, são capazes de estabelecer o diagnóstico.¹⁰ Porém, é necessário a confirmação por meio do exame anatopatológico.⁶

Caso o sialolito apresente tamanho pequeno, o tratamento pode ser realizado de forma conservadora

por meio de compressas mornas, fisioterapia e ordenha da glândula, na tentativa de conduzir o cálculo até o orifício do conduto.³ Em casos onde o tratamento conservador não é possível, o acesso cirúrgico torna-se o mais indicado, sendo o intraoral mais preconizado para cálculos palpáveis.⁹

Em geral, o prognóstico é satisfatório e sem ocorrências de recidivas, desde que o paciente não tenha alterações sistêmicas e a consistência salivar não favoreça a formação de novos sialólitos.⁶

Portanto, a finalidade desse trabalho é relatar um caso clínico de Sialolitíase no assoalho bucal na região de carúncula sublingual em um paciente na segunda década de vida, com aproximadamente quatro anos de evolução da lesão e em acompanhamento pós-operatório de seis meses.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 26 anos de idade, leucoderma, residente e procedente de João Pessoa – PB, foi encaminhado à Clínica de Estomatologia do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para avaliação estomatológica. Na anamnese, o paciente relatou como queixa principal “um caroço abaixo da língua” assintomático com evolução de 4 anos. Tabagista, não relatou histórico de doenças sistêmicas, etilismo ou alergias medicamentosas.

Ao exame físico extraoral, observou-se estalidos nas articulações temporomandibulares (ATM) e ausência de alterações nas cadeias ganglionares cervicofaciais. Durante a inspeção intraoral, foi detectada uma lesão nodular de consistência endurecida e coloração branco-amarelada, localizada no assoalho bucal na região de carúncula sublingual com crescimento endofítico, base pediculada e superfície lisa. (Figura 1A). Na avaliação da radiografia oclusal, observou-se a presença de uma área radiopaca, sobreposta pelo corpo da mandíbula nas regiões dos elementos dentários 31 e 41 (Figura 1B). Dessa forma, pelas características clínicas e radiográficas do paciente foi possível determinar como hipótese diagnóstica de Sialolitíase para o nódulo.

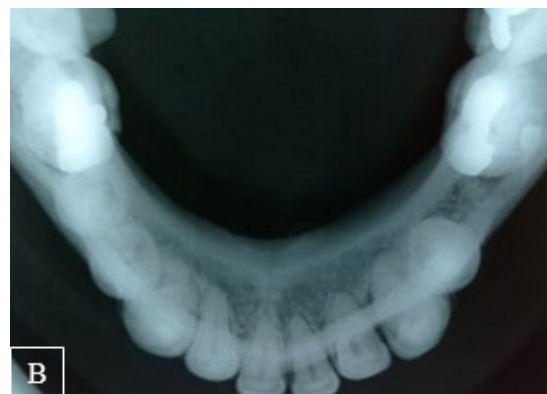


Figura 1 - Aspecto inicial da lesão localizada no assoalho bucal na região de carúncula sublingual (A) e radiografia oclusal inferior demonstrando a presença de área radiopaca sobreposta ao corpo da mandíbula (B).

Fonte: Autoria própria (2023).

O plano de tratamento envolveu a excisão cirúrgica da lesão sob anestesia local. Após assepsia extraoral e intraoral, foi posicionado o campo operatório e realizada a técnica anestésica local com articaína a 4%. Em seguida, realizou-se a enucleação do nódulo na região de carúncula sublingual, por meio de acesso intraoral, utilizando uma lâmina de bisturi nº 15 acoplado a um cabo nº 3. O espécime apresentava medidas de 0,7 x 0,4 x 0,5 cm, a qual foi removido completamente sem intercorrências (Figura 2A). Elaborou-se, então, a execução de um ponto simples para a síntese dos tecidos lesionados no ato cirúrgico (Figura 2B). Durante as primeiras 24 horas, foi administrado 500 mg de Dipirona Sódica (EMS; São Paulo –RJ, Brasil) 4 vezes ao dia para redução da dor.

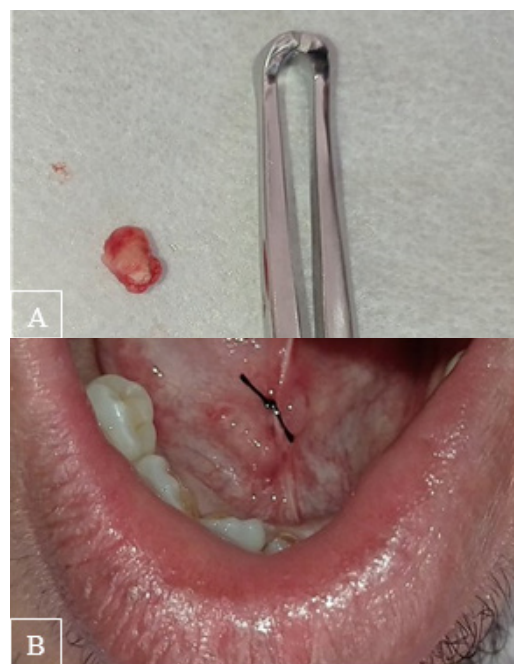


Figura 2 - Aspecto Transoperatório, mostrando lesão bem delimitada (A) e imagem transoperatória da sutura na região de carúncula sublingual (B).

Fonte: Autoria própria (2023).

Após a enucleação, a lesão foi inserida em um recipiente de vidro contendo solução de formol a 10% e encaminhada para o Laboratório de Patologia Bucal da UFPB, com o diagnóstico clínico de Sialolitíase. No exame microscópico, os cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina, examinados em microscopia de luz, evidenciou o fragmento de mucosa oral, revestido por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado, exibindo espongirose e degeneração hidrópica. A lâmina própria subjacente, revelou ser constituída por tecido conjuntivo denso com numerosos vasos sanguíneos de diferentes calibres, muitos dos quais congestionados e com discreto infiltrado inflamatório mononuclear. Observou-se ainda, epitélio ductal com diferenciação escamosa, contendo grande quantidade de debris em seu interior. Áreas de extravasamento de hemácias completou o quadro microscópico examinado (Figura 3). O laudo anatomopatológico, portanto, confirmou a hipótese diagnóstica para Cálculo salivar (sialolitíase).

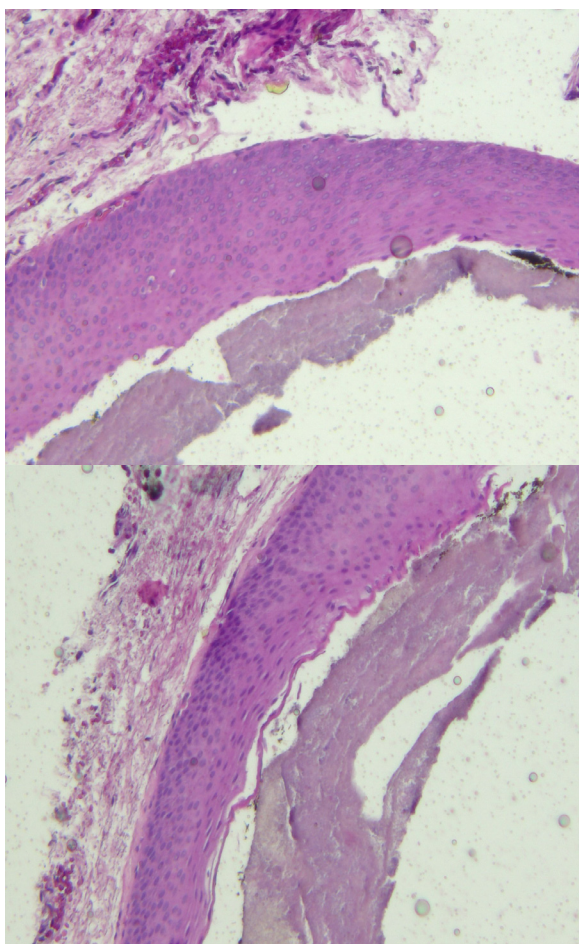


Figura 3 - Corte histológico, evidenciando o fragmento de mucosa oral, revestido de epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado, lâmina própria de tecido conjuntivo denso e epitélio ductal com diferenciação escamosa, contendo grande quantidade de debris e massa de calcificação em seu interior.

Fonte: Autoria própria (2023).

O paciente retornou à Clínica de Estomatologia do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sete dias depois, na primeira avaliação pós-operatória para a remoção da sutura, apresentando boa cicatrização da ferida (Figura 6). Atualmente, encontra-se com seis meses de preservação, estando com salivação normal e sem aumento volumétrico em assoalho bucal.

DISCUSSÃO

Dentre as patologias das glândulas salivares, a sialolitíase é considerada a mais recorrente, afetando cerca de 50% dos casos (SUMIDA et al., 2018). Em relação à localização, é mais comum em glândulas salivares maiores, sendo a submandibular a localização de preferência (até 90%) (RUBIO; SÁNCHEZ; RODRÍGUEZ, 2017). Esse resultado, no entanto, é decorrente da anatomia tortuosa e longa do ducto de Wharton que compromete o fluxo salivar (DE LIMA NETO et al., 2018). No caso exposto, o sialolito foi encontrado no ducto da glândula submandibular em região de carúncula sublingual, que se configura na prevalência dos achados da literatura.

Um estudo realizado por Lqbal et al. (2012), determinou que 12 a cada 1000 adultos na população são afetados pela sialolitíase. No entanto, essa prevalência em adultos está entre a faixa de 30 a 40 anos (SILVA et al., 2021), o que difere da idade do paciente apresentado no caso descrito. Além disso, a lesão apresenta uma predominância pelo sexo masculino (JARMENDIA-COSTA et al., 2021). Tal prevalência, é corroborada no caso aqui relatado, que se desenvolveu em um paciente do sexo masculino.

Clinicamente, o sialolito apresenta-se como uma lesão nodular unilateral, superfície lisa e coloração amarelada (APARECIDA STRESSER et al., 2022), semelhante ao caso clínico descrito. A maioria dos cálculos tem tamanho inferior a 10 mm, sendo que apenas 7% são superiores a 15 mm e são definidos como cálculos salivares gigantes, pouco discutido na literatura (PACHISIA et al., 2019). A percepção do formato do cálculo, ajuda bastante a identificar a sua origem. Logo, os cálculos com formato arredondados ou ovoides são encontrados no interior da glândula, sendo os de formato cilíndrico ou alongados achados no interior do ducto (SEGATTO, 2017), exatamente como o identificado no paciente.

Nos achados histológicos, é possível observar extensas áreas de calcificações, onde o tecido glandular apresenta diferenciação de células mucosas e escamosas (ARMANDO et al., 2017).

O exame anatopatológico do paciente, além da presença de calcificação e diferenciação do tecido ductal, foi observado ninhos de debris no seu interior que são características essenciais no diagnóstico para sialolitíase.

Os sintomas estão relacionados com o grau de obstrução (NEVILLE; DAMM; ALLEN; BOUQUOT, 2019). Quando o bloqueio é completo, o paciente pode sentir dores, inchaços na glândula, principalmente durante as refeições (SAKTHIVEL et al., 2017). No entanto, quando o bloqueio é parcial e permite a passagem de saliva, o paciente fica assintomático, sendo capaz de relatar a presença da lesão há vários meses ou até mesmo anos, demorando para procurar ajuda profissional (PEREIRA et al., 2017). Nesse caso apresentado, o paciente buscou inicialmente o serviço de triagem da UFPB com o objetivo de realizar profilaxia e restauração, mas se queixou do aumento de volume no assoalho bucal, que tinha um tempo de evolução longo - aproximadamente 4 anos, sendo encaminhado em seguida para avaliação estomatológica.

O exame clínico, quando realizado de forma detalhada e cuidadosa, associado aos exames radiográficos, são importantes ferramentas para estabelecer o diagnóstico da lesão (CHO et al., 2017). Em casos, onde os exames radiográficos não são capazes de detectar as estruturas calcificadas, torna-se essencial o uso de dispositivos imagenológicos mais precisos, entre os quais, estão a tomografia computadorizada e a ressonância magnética (LOUIS et al., 2022). No caso em questão, optou-se pela radiografia oclusal, disponibilizada na clínica de radiologia da UFPB, sem gerar custos ao paciente. Embora, o cálculo não foi observado de forma satisfatória, pois estava sobreposto ao corpo da mandíbula.

Para sialólitos de tamanho pequeno e localizados próximo ao ducto, o tratamento pode ser feito de forma conservadora, com o uso de compressas mornas, fisioterapia e ordenha da glândula, na tentativa de conduzir o cálculo até o final do ducto (BRAGA et al., 2021). No entanto, não seriam efetivos nesse caso, em virtude do tamanho do cálculo, que pela anatomia do ducto de Wharton, não possibilita a sua expulsão (PIMENTEL, 2017). Dessa forma, optou-se pela remoção cirúrgica intraoral, preservando a integridade do ducto, onde foi realizada a enucleação da lesão na região de carúncula sublingual, com execução de um ponto simples para a síntese dos tecidos. O prognóstico do paciente é bom e encontra-se com seis meses de proervação, estando com salivagem normal e sem sinais de recidivas.

CONCLUSÃO

A sialolitíase é a patologia mais comum das glândulas salivares. Essa lesão é predominante nas glândulas salivares maiores, sendo a glândula submandibular a mais acometida. Apesar de que existem várias possibilidades de exames imagenológicos, uma simples radiografia convencional, associada ao exame clínico do paciente, podem ser suficientes para o diagnóstico. O tratamento de escolha foi efetivo, possibilitando um excelente prognóstico, com baixas taxas de recidiva. O paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de quinze meses e, até o momento, não houve sinais de recorrência da lesão. Sendo assim, o diagnóstico precoce da sialolitíase torna-se importante para a realização de um tratamento mais conservador e menos invasivo.

REFERÊNCIAS

1. Silva CB da, Cabral LN, Pinheiro TN, Vasconcelos II AJA de. Sialolitíase em região sublingual direita: relato de caso. *Archives Of Health Investigation*. 2021 Mar 2;10(3):368–72.
2. Tretiakow D, Skorek A, Ryl J, Wysocka J, Darowicki K. Ultrastructural analysis of the submandibular sialoliths: Raman spectroscopy and electron back-scatter studies. *Ultrastructural Pathology*. 2020 Mar 3;44(2):219–26.
3. Jarmendia-Costa K, Abrão Neto MC, Candido dos Santos APC, Teixeira GS, Rabelo GD. Sialolitíase ductal da glândula submandibular contendo cálculos gigantes: relato de dois casos. *HU Revista*. 2021 Jun 2;47:1–6
4. Silveira Junior JB da, Matias Neto JB, Andrade Junior I, Capistrano HM. Multiple sialolithiasis in submandibular gland duct: a rare case report. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*. 2020;68.
5. Pachisia S, Mandal G, Sahu S, Ghosh S. Submandibular sialolithiasis: A series of three case reports with review of literature. *Clinics and Practice*. 2019 Mar 20;9(1).
6. Nirola A, Grover S, Singh Gambhir R. Submandibular duct sialoliths of unusual sizes- two case reports. *Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy*. 2020 Feb 21;11(1):33–5.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Elsevier: Rio de Janeiro, 2019.

8. Sakthivel P, Yogal R, Singh S, Sharma P, Singh CA. Giant Sialolith of Submandibular Duct. *Journal of Nepal Medical Association*. 2017 Jun 24;56(206).
9. Britto de Melo Silva F. Tratamento cirúrgico de sialolito de grandes proporções em glândula submandibular: relato de caso. *Revista Fluminense de Odontologia*. 2019 Dec 10;
10. Lira Pereira de Castro CC, Rodrigues ÉDR, Vasconcelos BC do E, Moreira TCA. Abordagem intrabucal para exérese de sialolito na glândula sublingual: relato de caso. *Archives Of Health Investigation*. 2021 Feb 24;10(3):427–30.