

Tratamento cirúrgico de sialólito no ducto da parótida: relato de caso

Surgical treatment of sialolith in the duct of the parotid: case report

Tratamiento quirúrgico de sialolito en el conducto del parótido: reporte de caso

Emerson Filipe de Carvalho **NOGUEIRA**¹

Yasmin Lima **NASCIMENTO**²

Maelly Vicente **LÔBO**²

Rebeca Pereira **ESPINDOLA**³

Diogo de Oliveira **SAMPAIO**²

Fábio Andrey da Costa **ARAÚJO**¹

¹Universidade de Pernambuco, UPE, 50100-010 Recife-PE, Brasil

²Hospital Regional do Agreste, Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, 55002-970 Caruaru-PE, Brasil

³Hospital Getúlio Vargas, Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, 50630-060 Recife-PE, - Brasil

Resumo

Introdução: Os sialólitos são lesões mineralizadas nas glândulas salivares que causam obstrução total ou parcial do ducto, acometendo comumente a glândula submandibular. Sua abordagem varia de pouco invasiva à cirúrgicas, a depender do número, localização e dimensões dos cálculos. **Objetivo:** Esse estudo teve como objetivo relatar um caso clínico raro de sialólito no ducto da glândula parótida tratado através da remoção cirúrgica. **Relato De Caso:** Paciente compareceu ao ambulatório com história de dor e edema em face com 2 meses de evolução, referindo piora da sintomatologia após alimentação. Ao exame físico apresentou edema endurecido em região pré-auricular esquerda e ausência de drenagem no ducto da parótida ipsilateral. Foi realizado uma radiografia de tecidos moles com filme periapical, que revelou imagem radiopaca circunscrita sugestiva de um sialólito no ducto da glândula parótida esquerda. Assim, foi realizada excisão cirúrgica do cálculo seguida do restabelecimento da patência ductal através da instalação de cateter venoso. Paciente evoluiu bem e segue em acompanhamento sem recidiva dos sinais e sintomas. **Considerações Finais:** O presente estudo revela que o diagnóstico precoce da sialolitíase e a escolha do plano de tratamento adequado estão associados a um bom prognóstico, e o restabelecimento da patência ductal, quando danificado, é imprescindível para o sucesso do tratamento.

Descritores: Glândula Parótida; Cálculos das Glândulas Salivares; Patologia Bucal.

Abstract

Introduction: Sialoliths are mineralized lesions in the salivary glands that cause total or partial obstruction of the duct, commonly affecting the submandibular gland. It ranges from less invasive to surgical approach, depending on the number, location and dimension of the calculi. **Objective:** This study aimed to report a rare clinical case of a sialolith in the parotid gland's duct treated by surgical removal. **Case Report:** The patient attended the outpatient clinic with a history of pain and edema in the face with 2 months of evolution, reporting worsening symptoms after feeding. On physical examination, he had hardened edema in the left preauricular region and no drainage in the ipsilateral parotid duct. Soft tissue radiography with a periapical film was performed, which revealed a circumscribed radiopaque image suggestive of a sialolith in the left parotid gland's duct. Thus, the calculus's surgical excision was performed, followed by the reestablishment of the ductal patency through the installation of a venous catheter. The patient evolved well and is being followed up without recurrence of signs and symptoms. **Final Considerations:** The present study reveals that the early diagnosis of sialolithiasis and the choice of the appropriate treatment plan are associated with a good prognosis, and the reestablishment of ductal patency, when damaged, is essential for the success of the treatment.

Descriptors: Parotid Gland; Salivary Gland Calculi; Pathology, Oral.

Resumen

Introducción: Os sialólitos son lesiones mineralizadas en las glándulas salivares que causan obstrucción total o parcial del conducto, afectando comúnmente a la glándula submandibular. Su abordaje varía desde poco invasivo hasta quirúrgico, dependiendo del número, ubicación y dimensiones de los cálculos. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo reportar un caso clínico raro de sialólito en el conducto de la glándula parótida tratado mediante extirpación quirúrgica. **Reporte de Caso:** Paciente acudió a consulta externa con antecedente de dolor y edema en el rostro de 2 meses de evolución, refiriendo empeoramiento de la sintomatología tras la alimentación. A la exploración física presentaba edema endurecido en región preauricular izquierda y ausencia de drenaje en conducto parotídeo ipsilateral. Se realizó una radiografía de partes blandas con placa periapical, que reveló una imagen radiopaca circunscrita sugestiva de un sialólito en el conducto de la glándula parótida izquierda. Así, se realizó la escisión quirúrgica del cálculo seguida del restablecimiento de la permeabilidad ductal mediante la instalación de un catéter venoso. El paciente evolucionó bien y se le está dando seguimiento sin recurrencia de signos y síntomas. **Consideraciones Finales:** El presente estudio revela que el diagnóstico precoz de la sialolitiasis y la elección del plan de tratamiento adecuado se asocian a un buen pronóstico, y el restablecimiento de la permeabilidad ductal, en caso de daño, es fundamental para el éxito del tratamiento.

Descriptores: Glándula Parótida; Cálculos de las Glándulas Salivares; Patología Bucal.

INTRODUÇÃO

Sialólitos são lesões nas glândulas salivares caracterizados como formações de cálculos mineralizados que obstruem total ou parcialmente o sistema ductal das mesmas¹. A etiologia dos sialólitos ainda não está elucidada, porém sugere-se que o biofilme presente no ducto ou no parênquima das glândulas salivares interagem com as células imunes hospedeiras funcionando como base para a precipitação das nanopartículas que formam as lesões².

A maioria dos sialólitos se apresentam

na glândula submandibular³, com apenas 5 a 20% dos cálculos localizados na glândula parótida e comumente associados ao edema doloroso unilateral e hipossalivação⁴. O diagnóstico pode ser confirmado pela biópsia excisional das lesões após um exame clínico adequado. Os exames de imagem são recursos diagnósticos relevantes, e para isso podem ser indicados radiografias, ultrassonografias, sialografias, cintilografias e tomografias computadorizadas⁵.

O tamanho dos sialólitos varia de 1 a 10mm e podem atingir até 70mm⁶. A abordagem terapêutica deve ser escolhida baseado nas dimensões, número e localização dos cálculos, variando de técnicas minimamente invasivas, como o tratamento conservador com estimulação do fluxo salivar, a técnicas cirúrgicas mais invasivas.

Diante disto, o objetivo do presente estudo foi relatar o caso de um sialólito no ducto da glândula parótida tratado através da biópsia excisional da lesão e reparação ductal através da instalação de cateter para restauração do fluxo salivar.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 58 anos de idade, melanoderma, compareceu ao ambulatório de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do SUS com queixa de edema e dor em face, com 2 meses de evolução, e com piora dos sintomas após alimentação. Ao exame físico extraoral, observou-se aumento de volume em região pré-auricular esquerda, endurecido (Figura 1). Na vista intraoral, apresentava ausência de drenagem pelo ducto de parótida esquerda e sensibilidade a palpação (Figura 2).



Figura 1. Vista frontal do paciente.



Figura 2: Aumento de volume em região de ducto de parótida esquerda.

Realizou-se radiografia dos tecidos moles na região geniana, com a película para radiografia periapical, onde notou-se imagem radiopaca, oval e bem definida (Figura 3).



Figura 3: Radiografia periapical dos tecidos moles mostrando imagem radiopaca

Após avaliação física e radiográfica a hipótese diagnóstica foi de sialolitíase em ducto de parótida. O paciente foi submetido a anestesia local com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DLA, Catanduva-São Paulo, Brasil), seguido da incisão em região jugal esquerda com lâmina de bisturi número 15 (Lamedid, Barueri-São Paulo, Brasil) acoplado em cabo de bisturi número 3 e divulsão delicada até a localização do cálculo salivar, onde foi feita sua remoção cautelosa (Figura 4).



Figura 4: Aspecto transoperatório no momento da remoção do sialólito

Após a remoção, realizou-se irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9%, colocação de cateter nº 20 no ducto e sutura com fio de seda 4-0 (Johnson & Johnson, São Paulo-SP, Brasil) (Figura 5). Foi prescrito amoxicilina 500mg, ibuprofeno 600mg e bochecho com digluconato de clorexidina 0,12%. O cateter foi mantido e após 15 dias foi removido juntamente com as

suturas. O paciente segue em acompanhamento há 10 semanas, evoluindo bem, sem recidiva dos sinais e sintomas (Figura 6).



Figura 5: Instalação do dreno na região do ducto.



Figura 6: Acompanhamento após 10 semanas do procedimento cirúrgico.

DISCUSSÃO

A sialolitíase se caracteriza geralmente como uma lesão assintomática, unilateral, com evolução lenta e associado a uma deposição de cálcio ao redor do ducto numa taxa de 1:1, 5mm por ano, raramente atingindo 10mm. Seus sinais mais frequentes são o aumento de volume unilateral e a queixa algica diante de estímulos salivatórios, mas pode também apresentar um processo infeccioso associado, o que pode acarretar febre e drenagem de coleção purulenta. Em concordância com o estudo citado, no relato apresentado o paciente se encontrava com aumento de volume unilateral na região geniana e sintomatologia dolorosa¹.

O quadro tem predileção pelo gênero masculino, entre a terceira e a quarta década de vida, condizendo com o presente relato. No que diz respeito ao perfil clínico da doença, apesar da parótida ser a maior dentre as glândulas salivares, a submandibular é a mais afetada, isso se deve às características anatômicas do

ducto de Warthon e as propriedades da saliva produzida, que é mais viscosa e alcalina⁷. O caso em tela apresenta o acometimento por sialolitíase do ducto parotídeo, que é incomum, sendo assim relevante elucidar as características clínicas e radiográficas da patologia nesta localização.

A prevalência ao longo da vida de sialolitíase em qualquer glândula salivar é de cerca de 1 a 2%, dentre esses casos, e apenas 10 a 20% dos cálculos salivares se desenvolvem na glândula parótida^{4,8}. Esses cálculos são comumente localizados no hilo ou no parênquima da glândula, com apenas 10-20% encontrados no ducto parotídeo, como no caso relatado. A presença desses cálculos intraductais leva à obstrução, que causa espasmo na alimentação e predispõe o paciente a infecções bacterianas, podendo evoluir com uma sialoadenite⁴.

O diagnóstico, confirmado a partir da biópsia, dá-se por um exame clínico completo associado a exames complementares como radiografias, sialografias, cintilografias, ultrassonografias ou tomografias computadorizadas. A tomografia computadorizada é mais sensível em comparação ao raio-X e ao ultrassom na detecção de sialolitíase⁸, porém, sialólitos bem mineralizados são facilmente visualizados na radiografia panorâmica, lateral oblíqua de mandíbula, telerradiografias antero-posterior e pósterio-anterior de mandíbula, radiografia oclusal¹. Em nosso caso, a escolha da radiografia periapical deu-se pela facilidade em realizar o exame em consultório, com rápida execução o qual acelerou a recuperação frente a um quadro já bastante sintomático.

Ye et al.⁹ avaliou a abordagem cirúrgica via endoscopia para remoção de cálculo da glândula parótida em 110 casos, sendo em 95 utilizados a técnica transoral e 15 a transcutânea. A técnica minimamente invasiva teve como objetivo reduzir o potencial de lesão nervosa associada a excisão cirúrgica, além de preservar o parênquima glandular, e como resultado obteve resposta excelente em 86 casos numa preservação de 3 anos. Entretanto, o método tem custos elevados e necessita de suporte técnico adequado e uma equipe multidisciplinar, atrasando o desfecho do paciente.

No que diz respeito ao tratamento, pode variar desde extrusão espontânea à excisão da glândula salivar acometida, esta última tendo como possível complicação a lesão do nervo facial². Deve ser considerado o número, tamanho e localização do sialólito no ducto ou

na glândula para a eleição do tratamento cirúrgico, sempre optando por uma abordagem mais conservadora possível¹. Diante de cálculos maiores ou do insucesso de abordagens conservadoras opta-se pela intervenção cirúrgica, seja com remoção total ou parcial da glândula afetada ou pela remoção isolada do sialólito sob anestesia local e preservação glandular, sendo esta última eleita como tratamento nesse estudo devido a menor morbidade associada e ao tamanho do sialólito. Devido a sua localização e tamanho do sialólito no relato apresentado, a remoção cirúrgica pôde ser feita sem maiores dificuldades, assim como o reestabelecimento da patência ductal obtendo-se resultados satisfatórios.

Durante a excisão cirúrgica do sialólito, a lesão do ducto parotídeo é inevitável. A correção dessas lesões requer experiência clínica e conhecimento da anatomia regional¹⁰. A técnica de excisão cirúrgica e instalação de cateter no ducto da glândula parótida a fim de evitar obstrução do mesmo após o ato cirúrgico pode ser considerada bastante importante para o tratamento do sialólito¹¹, tendo sido utilizada no caso relatado sem intercorrências e com um bom prognóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revela que o diagnóstico precoce da sialolitíase e a escolha do plano de tratamento adequado estão associados a um bom prognóstico, e o reestabelecimento da patência ductal, quando danificado, é imprescindível para o sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Martins MES, Fernandes TCB, Oliveira ZFL, Silva FJB, Bombarda-Nunes FF, Pigatti FM. Radiografia periapical no auxílio de diagnóstico para cálculo salivar no ducto de Stensen: relato de caso, Rev Fac Odontol. Porto Alegre 2019;60(2):91-7.
2. Kao WK, Chole RA, Ogden MA. Evidence of a microbial etiology for sialoliths. Laryngoscope. 2020;130(1):69-74.
3. Torres LHS, Santos MS, Diniz JA, Uchôa CP, Silva JAA, Pereira Filho VA et al. Remoção cirúrgica de sialólito em glândula submandibular: relato de caso. Arch Health Invest.2019;8(8):421-24.
4. Brow K, Cheah T, Ha JF, Spontaneous cutaneous extrusion of a parotid gland sialolith, BMJ Case Rep 2016;3;2016:bcr2016214887.
5. Manzi FR, Silva IV, Dias FG, Ferreira EF. Sialólito na glândula submandibular: Relato de caso clínico. ROBRAC. 2010;19(50):270-4

6. Cantanhede ALC, Araújo CG, Pereira SRA, Costa JF, Camelo J. Abordagem terapêutica de sialólito gigante em glândula submandibular: relato de caso, BJSCR. 2019;28 (1);22-4.
7. Gill D. A Giant Submandibular Sialolith in the Setting of Chronic Sialadenitis: A Case Report and Literature Review. Ann Otolaryngol Rhinol 3(8): ID: 11797976
8. Tarmizi NEA, Rahim SA, Singh ASM, Chooi LL, Ong FM, Lum SG. Parotid sialolithiasis and sialadenitis in a 3-year-old child: a case report and review of the literature. Egypt Pediatric Association Gaz, 2020;68(29).
9. Ye X, Zhang YQ, Xie XY, Liu DG, Zhang L, Yu GY. Transoral and transcuteaneous approach for removal of parotid gland calculi: a 10-year endoscopic experience. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2017;124(2):121-27.
10. Rodrigues RD, Rocha ATM, Moura LS, Souza AS, Aguiar JF. Tratamento cirúrgico de sialocele após procedimento de bichectomia para harmonização orofacial. BJSCR. 2020;31(1):48-51.
11. Cavalcanti TBB, Batista HF, Cavalcanti EPM, Batista MSRL, Leão JC. Tratamento cirúrgico de sialolitíase em ducto parotídeo: relato de caso. OARF. 2018;2(1):1-6.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Emerson Filipe de Carvalho Nogueira
Universidade de Pernambuco,
Hospital Universitário Oswaldo Cruz,
Rua Arnóbio Marquês, 310 - Santo Amaro,
50100-130 Recife, Pernambuco, Brasil
Tel: +55-81-31841200
E-mail: emerson_filipe@hotmail.com

Submetido em 15/04/2021

Aceito em 16/07/2021