

# Sialolitíase Submandibular Gigante

Sónia Ribas, Virgínia Soares, Pedro Koch

Hospital de Braga, Portugal

Serviço de Cirurgia - Dir: Dr. Mesquita Rodrigues

Unidade de Cabeça e Pescoço - Resp: Dr. Pedro Koch

## Introdução

A sialolitíase é a causa mais comum de infecção, aguda ou crónica, das glândulas salivares<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>. A sua etiologia e patogénese exactas são desconhecidas<sup>3,5,6,7</sup>. A glândula submandibular é a mais frequentemente envolvida (85% casos), seguida em prevalência pela glândula parótida e glândula sublingual<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>. Esta patologia é extremamente rara nas glândulas salivares minor. A maioria dos cálculos submandibulares têm uma localização intra-ductal (75-85% casos) e os restantes uma localização intra-parenquimatosa<sup>1,3,4,5,6</sup>.

Os cálculos de grandes dimensões são considerados raros e qualquer cálculo com um diâmetro máximo superior a 15mm deve ser considerado como involuntariamente grande e extremamente raro<sup>3,4,5,6</sup>.

## Caso Clínico

### Identificação

F.T.

50 anos

sexo masculino

### História da Doença Actual

Episódios recorrentes de dor localizada à região submandibular direita associados às refeições. Mais recentemente, com períodos de exacerbação de dor e edema submandibulares direitos traduzindo episódios de sialoadenite.

### Exame Objectivo

Palpação bimanual da região submandibular direita – glândula firme e aumentada de tamanho. Sem outras alterações.

### Exames Auxiliares de Diagnóstico

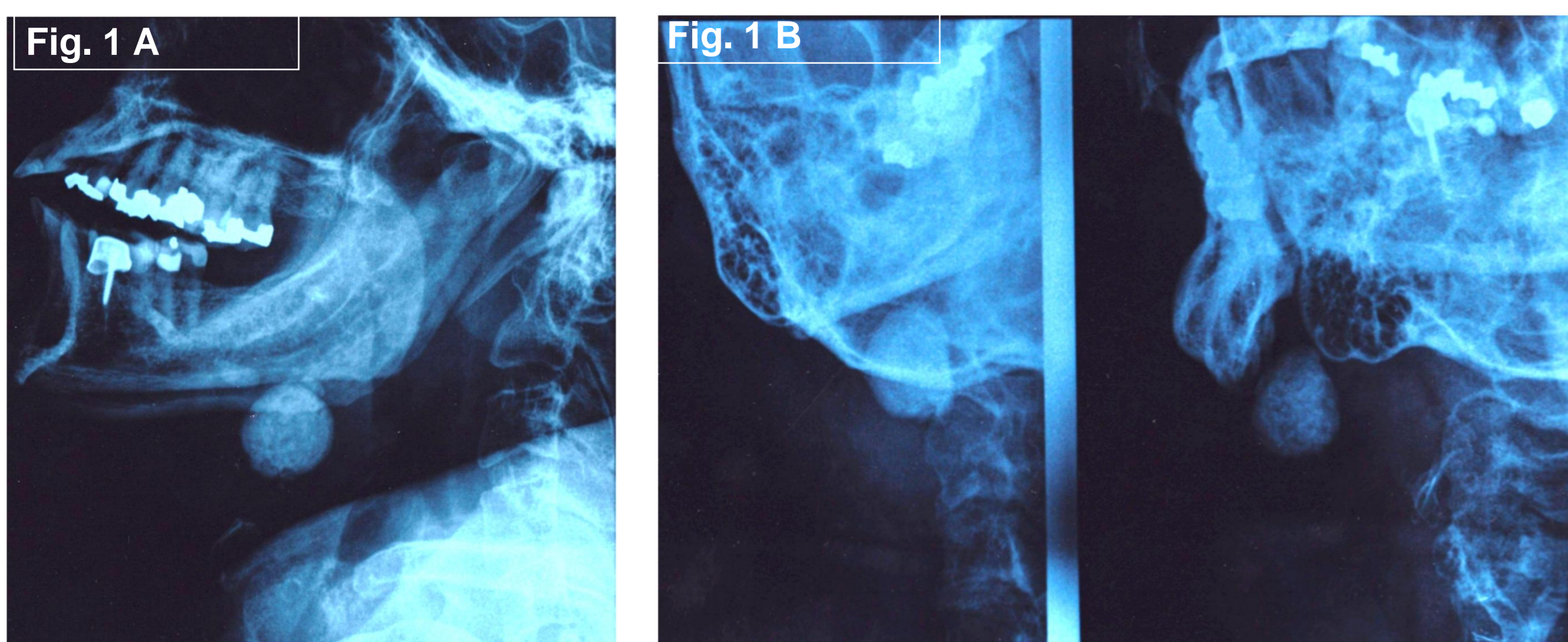


Fig. 1 A e 1 B - Radiografia simples: Volumosa densidade cálcica arredondada, com cerca de 20mm de maior diâmetro na região submandibular. Calcificações alongadas no trajecto habitual do canal excretor da glândula.

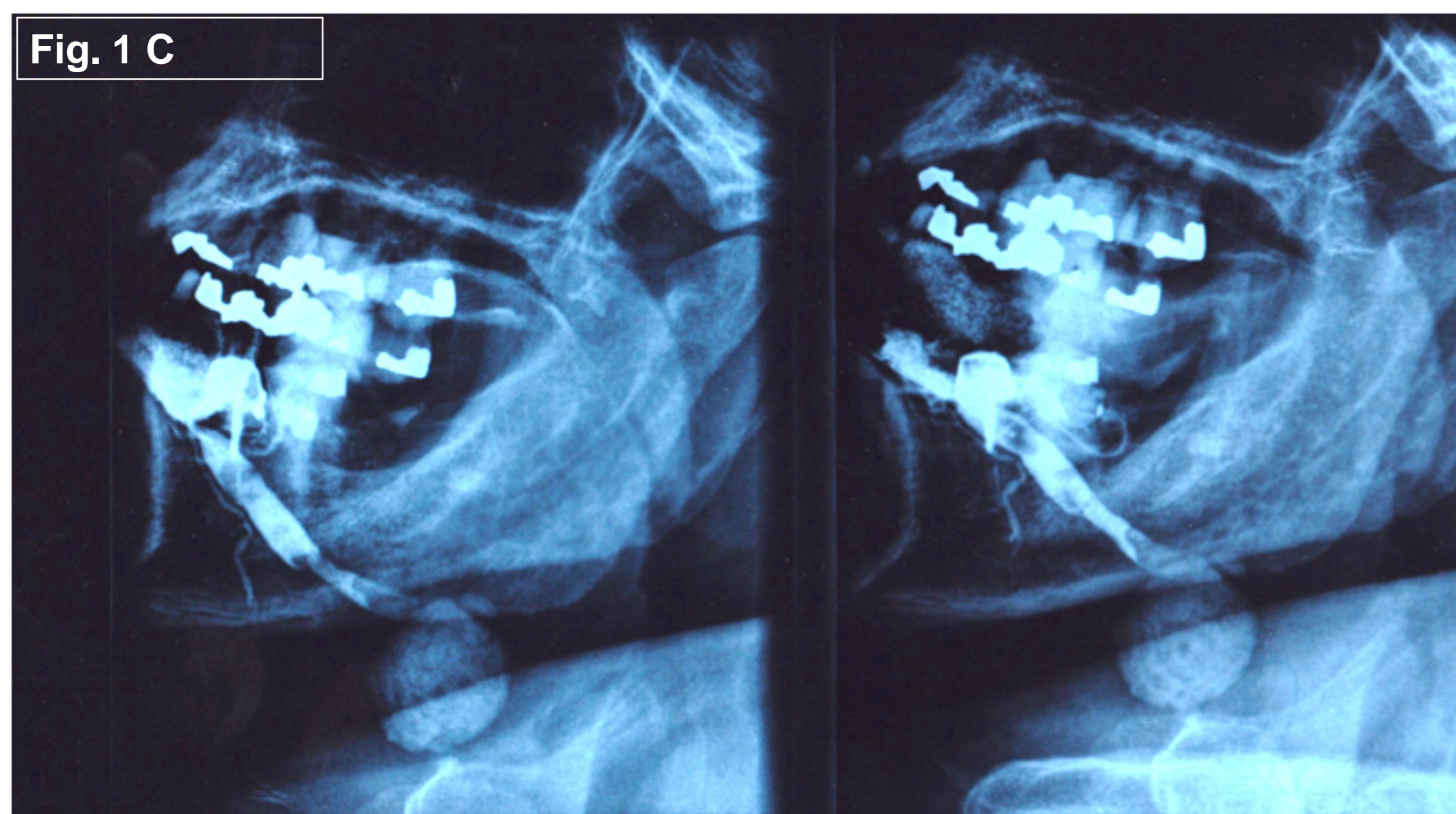
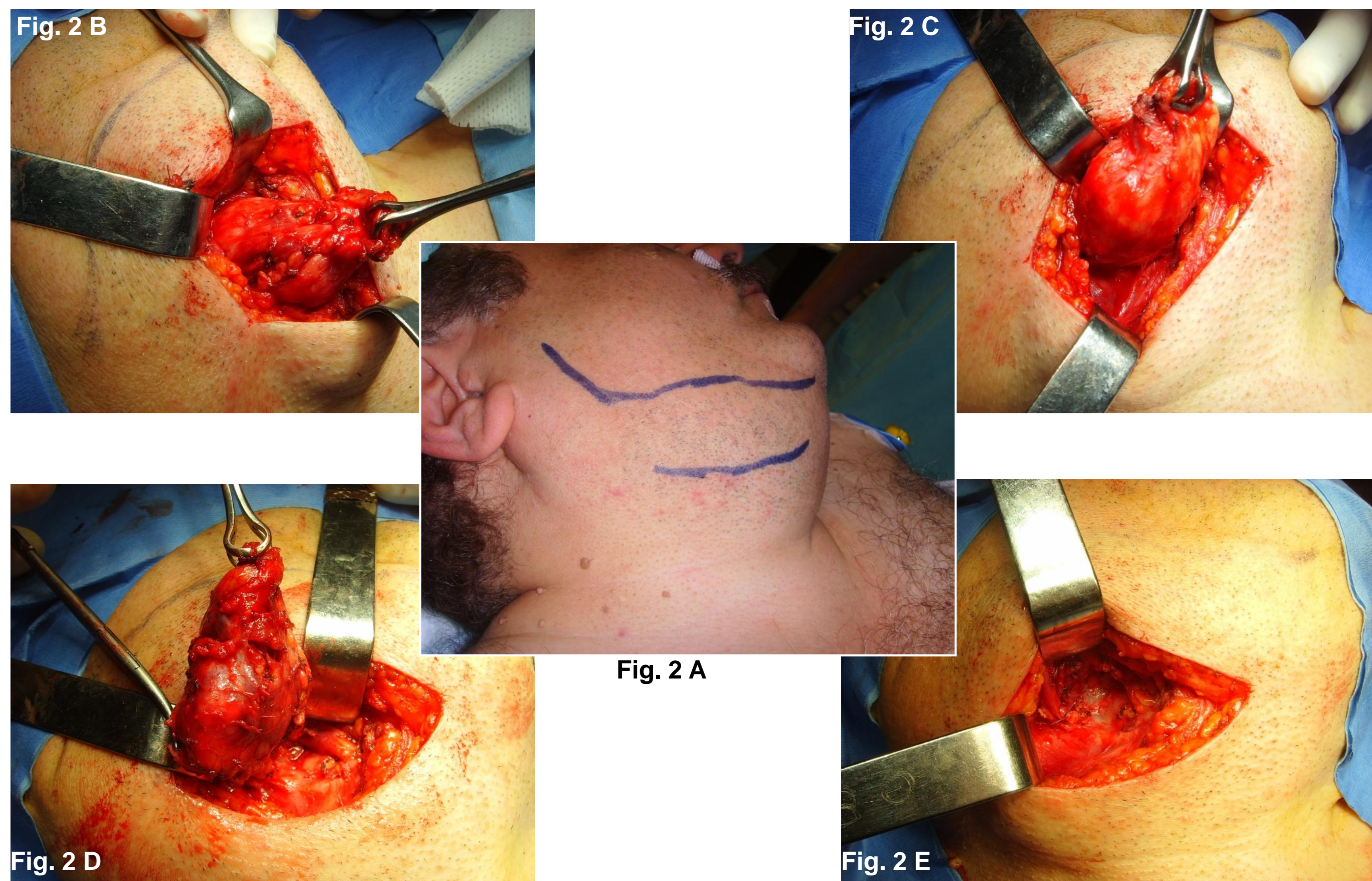


Fig. 1 C - Sialografia submandibular direita: Preenchimento do ducto principal ectasiado, com defeitos de repleção correspondendo a cálculos. Não foi possível a opacificação dos canalículos intra-glandulares devido à imagem calcificada correspondendo a um volumoso cálculo intra-parenquimatoso.

### Cirurgia

Exérese por via cervical da glândula submandibular direita. Fig. 2



### Evolução

Pós-operatório sem intercorrências.

## Conclusão

A sintomatologia associada à sialolitíase é muito característica, embora muitos pacientes possam manter-se assintomáticos e serem diagnosticados por acaso em exames auxiliares de rotina, como as ortopantomografias solicitadas por estomatologistas<sup>1,5,7</sup>. Os graus de inflamação, atrofia e fibrose das glândulas salivares e o tamanho dos cálculos estão relacionados com a duração da sintomatologia e o tempo de permanência do cálculo<sup>2,5,6,7</sup>. O diagnóstico deve ser o mais precoce possível, para evitar complicações infecciosas graves<sup>5</sup>.

A exérese por via cervical da glândula submandibular, por apresentar pouca morbilidade em mãos experientes, é a melhor opção quando a glândula sofreu uma destruição significativa e irreversível ou os cálculos são muito volumosos, intra-parenquimatosos ou proximais<sup>1,2,3,4,6,7</sup>.

### Referências

1 - Carlson E, Ord R. 2008. *Textbook and Color Atlas of Salivary Gland Pathology, Diagnosis and Management*. Wiley-Blackwell. Chapter 5: Sialolithiasis.

2 - Daikiz M, Dogar N, Beydmir. 2000. *Sialolithiasis (Salivary Stone)*. Turk J Med Sci. 31:177-179.

3 - Batori M, Mariotta G, Chatelou H, Casella G, Casella MC. 2005. *Diagnostic and Surgical Management of Submandibular Gland Sialolithiasis: Report of a Stone of Unusual Size*. European Review for Medical and Pharmaceutical Sciences. 9:67-68

4 - Patil S, Sharma S, Prada LK. 2009. *Submandibular Megalith with Erosion of the Floor of Mouth, A rare Case Report*. www.waent.org. Vol 2-2

5 - Almasri MA. 2005. *Management of Giant Intraglandular Submandibular Sialolith with Neck Fistula*. Ann Dent Univ Malaya. 12:41-45.

6 - Siddiqui SJ. 2002. *Sialolithiasis: An Unusual Large Submandibular Salivary Stone*. Br Dental J. 193:89-91.

7 - Alkurt MT, Peker I. 2009. *Unusually Large Submandibular Sialoliths: Report of Two Cases*. Eur J Dent. 3(2):135-139.