

SIALÓLITO GIGANTE DO DUCTO DE WHARTON

- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO



GUEDES M¹, CASTRO-LOPES F¹, MILHEIRO F¹, CARAPENHA AT¹, GOMES V¹, FIGUEIREDO DIAS A¹

¹Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial e Estomatologia, Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é, de entre as patologias que acometem as glândulas salivares, a mais comum na idade adulta. Os sialólitos apresentam uma prevalência aproximada de 1,2% na população geral, são mais comuns no sexo masculino (M/F = 2:1) e na 3ª e 6ª décadas de vida. Topograficamente distribuem-se do seguinte modo: glândula submandibular (80-90%), glândula parótida (5-20%) e glândula sublingual (>2%), sendo estas diferenças explicadas por factores intrínsecos da glândula submandibular.

Os sialólitos apresentam-se em dimensões variáveis (1-14mm), sendo considerados sialólitos gigantes quando apresentam dimensões superiores a 15mm e peso superior a 1g.

A apresentação clínica clássica consiste numa tumefacção dolorosa da glândula afectada aquando das refeições, com alívio pós-prandial. Os sialólitos gigantes são raros e pouco relatados na literatura.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 47 anos, é referenciada para o Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial e Estomatologia pelo seu médico assistente, por achado em ecografia de glândulas salivares compatível com sialolitíase da glândula submandibular direita.

Referia dor e tumefacção episódicas na região submandibular direita com 2 meses de evolução. Ao exame objectivo apresentava tumefacção dolorosa da região submandibular direita e massa dolorosa palpável intra-oralmente, de forma e consistência compatíveis com sialólito ao nível do ducto de Wharton. Posteriormente, estes achados foram confirmados com recurso a ortopantomografia.

Optamos por realizar uma sialolitotomia transoral, sob anestesia local, que decorreu sem intercorrências. Ao follow-up dos 3, 6 e 12 meses manteve-se sempre assintomática.



Figura 1 – Foto pré-operatória com tumefacção evidente ao longo do trajecto do ducto da glândula submandibular.



Figura 2 – Ortopantomografia onde se observa massa radiopaca mimetizando dente incluído na região dos ápices de 43-45.



Figura 3 – Canulação do ducto de Wharton com sonda lacrimal e identificação do cálculo.



Figura 4 – Sutura colocada em volta do ducto, a montante do cálculo, para evitar a sua migração.



Figura 5 – Incisão longitudinal no ducto de Wharton, directamente sobre o cálculo palpável.



Figura 6 – Exérese do sialólito gigante.



Figura 7 – Sialólito gigante com 17x4mm de maiores dimensões.



Figura 8 – Zona cirúrgica após sialoductoplastia

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A preservação da função glandular deve ser sempre que possível atingida, independentemente da técnica cirúrgica eleita (conservadora Vs invasiva).

Neste caso, pelo sialólito apresentar uma localização relativamente favorável, decidiu-se realizar uma sialolitotomia por via transoral, com um resultado cirúrgico e clínico satisfatório e estável no tempo.

Assim, a sialolitotomia por via transoral, em casos cuidadosamente seleccionados, apresenta-se como uma técnica cirúrgica válida na abordagem terapêutica de sialólitos gigantes.

