

Sialodenite crônica em glândula submandibular: relato de caso clínico

MARCANTE, Nicole; DE PAULA, Daniel S; TAVARES, Livia F. F; NERY, Dirceu T. F; TAVARES, Marconi G. **Sialodenite crônica em glândula submandibular: relato de caso clínico.** Oral Sci., jan/dez. 2017, vol. 9, nº 1, p. 3-6.

Nicole T. MARCANTE¹
Daniel S. DE PAULA¹
Livia F. F. TAVARES²
Dirceu T. F. NERY¹
Marconi G. TAVARES¹

RESUMO: As sialoadenites são processos inflamatórios agudos ou crônicos que acometem as glândulas salivares e tem etiologia infecciosa (bacteriana ou viral), ou não-infecciosa por trauma ou compressão do sistema ductal. Produzem sinais e sintomas clínicos importantes proveniente de alterações estruturais glandulares, principalmente decorrentes da redução do fluxo salivar. Os autores apresentam um caso de paciente acometida por sialodenite crônica em glândula submandibular. Após um ano da biópsia incisional, não se observa recidiva sintomatológica ou da tumefação local.

¹ Curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília – UCB/DF.

² IEEP Odontologia Especializada Ltda..

Recebido. 24 de junho de 2018
Aceito. 09 de novembro de 2018

PALAVRAS-CHAVE – Glândulas Salivares, Patologia Oral, Cirurgia Oral.

Introdução

As sialoadenites compreendem processos inflamatórios que acometem as glândulas salivares, podendo ser classificadas em agudas ou crônicas e em bacterianas ou virais de acordo com seu agente causal (1, 2).

Dentre os fatores etiológicos, as infecções bacterianas das glândulas salivares ganham destaque, visto que produzem sinais e sintomas clínicos importantes proveniente de alterações estruturais glandulares, principalmente decorrentes da redução do fluxo salivar. Ressalta-se que a redução no fluxo pode ser observada ainda em quadros clínicos gerais após desidratação, pós-operatórios e astenia (3). Outros fatores causais são: trauma ao sistema ductal, disseminação hematogênica de infecção originária de outra região do corpo, xerostomia, tumores adjacentes às glândulas salivares ou obstrução do ducto salivar por cálculos ocasionando sialolitíase; sendo esta última apontada como um dos principais fatores tanto em quadros clínicos agudos ou crônicos (3, 4).

Em relação as sialoadenites bacterianas, estas apresentam baixa incidência de acometimento nas glândulas submandibulares quando comparada às parótidas. O motivo deve-se a características da saliva produzida nas glândulas submandibulares que apresentam, reconhecidamente, maior grau de atividade bactericida e de viscosidade, em contraste com a característica serosa e de menor viscosidade do fluido parotidiano (3).

Dentre os sinais e sintomas clínicos produzidos pelas glândulas afetadas tanto em processos agudos como crônicos, destaca-se: aumento de volume, dor, eritema da região, febre, mal-estar e trismo dependendo da localização e extensão do processo infeccioso. Nos quadros agudos, quando a glândula é massageada, geralmente observa-se uma drenagem purulenta a partir do orifício do ducto (4).

O tratamento é realizado de acordo com as características da patologia apresentada, podendo variar desde a prescrição medicamentosa e tratamento sintomatológico específico para cada caso, até a ressecção cirúrgica da glândula (5).

Os autores apresentam um caso de sialoadenite bacteriana inicialmente demonstrando características de uma patologia aguda associada a obstrução do ducto submandibular acometendo a glândula submandibular, com posterior sintomatologia de cronicidade.

Relato de caso

Paciente, sexo feminino, 49 anos de idade, compareceu ao Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) com queixa de dor latejante e inchaço intermitente em região de assoalho bucal do lado esquerdo. Relato surgimento de lesão no ano de 2012, com remissão espontânea à época, quando apresentou drenagem espontânea de secreção serosanguinolenta na região

durante um mês. Após avaliação foi diagnosticada a obstrução da glândula submandibular e a mesma foi tratada com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

Após 5 anos do diagnóstico inicial, a paciente retornou ao HRSM com queixa de dor e tumefação em assoalho bucal do lado esquerdo com saída de coleção seropurulenta ocasional. Durante exame clínico observou-se massa nodular, rósea, de aproximadamente 3x1,5cm localizada em assoalho bucal esquerdo (Fig. 01).

Foi solicitado uma sialotomografia computadorizada da glândula submandibular esquerda, onde não foi observado qualquer sinal de sialolito ou obstrução ductal (Fig. 02). A paciente foi então submetida à biópsia incisional.



Fig 1. Aspecto clínico intra-oral pré-operatório. Observe lesão nodular em região de assoalho bucal do lado esquerdo.



Fig 2. Sialotomografia Computadorizada da Glândula Submandibular Esquerda. Ausência de obstrução ductal.

O procedimento foi realizado em ambiente ambulatorial, sob anestesia local. Realizou-se incisão linear sobre o centro superficial da lesão, divulsão subepitelial separando a lesão do tecido de revestimento do assoalho bucal, exérese do material dissecado (Fig. 03) e sutura com fio de seda 4-0 com pontos simples. Foi prescrito antibiótico por 7 dias, AINE e analgésico por 3 dias pós-operatórios, além das recomendações usuais para pacientes submetidos à cirurgia oral menor. A peça cirúrgica foi enviada para análise histopatológica.

Tanto a cirurgia como o período pós-operatório, transcorreram sem intercorrências e as suturas foram removidas após 7 dias.

O descritivo histológico revelou glândulas salivares sem atipias arquiteturais ou citológicas, abrigando infiltrado inflamatório mononuclear leve, além de ductos ectasiados, caracterizando um processo inflamatório local (Fig. 04). Desta forma, o diagnóstico definitivo após análise de todos os dados clínicos e exames complementares foi de sialodente crônica.

A paciente, após 12 meses de cirurgia, encontra-se sem queixas e sem alterações volumétricas no assoalho bucal (Fig. 05).

Toda a conduta odontológica e de obtenção e divulgação de imagens referentes ao caso clínico seguiu os preceitos éticos relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos.



Fig 3. Peça cirúrgica removida por biópsia incisional e enviada para análise histopatológica.

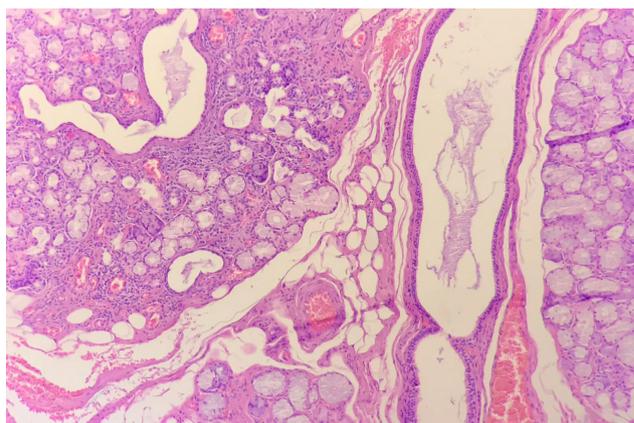


Fig 4. Sialodente. Verifica-se um quadro de infiltrado inflamatório mononuclear (aumento de 40x, coloração por hematoxilina e eosina).



Fig 5. Aspecto clínico intra-oral 12 meses após a intervenção cirúrgica. Ausência de sinais de recidiva.

Discussão

A inflamação das glândulas salivares (sialodente) pode ser oriunda de diversas causas infecciosas e não infecciosas. Sabemos que as infecções virais são mais comuns, destacando-se a caxumba, embora outros vírus possam causar infecções das glândulas salivares, incluindo: *Coxsackie A*, ECHO, *coriomeningite, parainfluenza* e o *citomegalovírus* (1).

Os quadros bacterianos são mais raros, porém também são descritos na literatura, principalmente como associado a redução de fluxo salivar, fator predisponente, para facilitação de colonização bacteriana das glândulas salivares por alteração imunológica loco-regional, entre os principais destacamos os grupos de *Streptococos* e *Staphylococcus* (6).

Para distinguir a infecção bacteriana da infecção viral e dos casos não-infecciosos, deve-se observar a presença de drenagem purulenta do ducto salivar e evidência imaginológica de um processo supurativo no parênquima glandular. (1). Segundo Orlandi *et al.* (6), a inflamação crônica de glândulas salivares é causada por infecção bacteriana crônica devido a resolução incompleta de um processo agudo não tratado corretamente. Tal fato associa-se ao caso clínico apresentado, uma vez que a paciente, apesar de diagnosticada com sialolitíase, foi tratada com AINEs ao invés de alguma terapia para remoção do sialólito. A permanência da obstrução pode ter levado à cronificação do quadro clínico com episódios ocasionais de drenagem espontânea de coleção seropurulenta.

Como uma porta de entrada para infecções, um quadro clínico bem elucidado na literatura é a sialolitíase, que causa obstrução total ou parcial do fluxo salivar gerando dor, edema e infecções associadas (4). Ressalta-se que, dependendo da extensão do cálculo salivar, este gera alteração estrutural do parênquima glandular ou mesmo do padrão ductal. O caso clínico relatado, enquadra-se neste contexto, visto que a paciente apresentou um histórico prévio de presença de sialólito e posteriormente passou a ter episódios recorrentes de alterações clínicas da região submandibular, confirmado na anatomia patológica

realizada e o diagnóstico final de sialodente crônica da glândula submandibular esquerda.

No exame clínico inicial, observamos a saída de secreção de conteúdo seropurulento, sendo indicativo de presença de infecção local. Juntamente com os achados clínicos descritos anteriormente de dor e edema, o quadro de sialodente por uma possível obstrução pela presença de cálculo salivar foi levantado. Cabe ressaltar que o quadro em si pode ter sido originado de um processo infeccioso não tratado anteriormente. Exames de imagens foram solicitados, mas com resultados normais, sem evidências da obstrução ductal ou de sialólitos no interior dos ductos glandulares.

De fato, as tomadas tomográficas associadas à injeção de contraste no interior do ducto submandibular esquerdo proporcionaram parâmetros importantes como a localização e extensão do comprometimento glandular; o que propiciou a instituição de um correto plano de tratamento. Apesar da tomografia computadorizada ser um exame que proporciona fidelidade de imagem, estão presentes desvantagens associadas à administração intra-ductal de contraste, como: reações alérgicas ao líquido de contraste e infecções secundárias que podem ocorrer devido à penetração de bactérias através do ducto durante o exame (7, 8).

A patogênese das sialoadenites não é completamente compreendida, mas é provável que envolva uma combinação de diversos fatores etiológicos que contribuem para a redução do fluxo salivar (1). Alguns fatores que podem estar associados ao desenvolvimento de sialoadenites são: trauma ao sistema ductal, disseminação hematogênica de infecção originária de outra região do corpo, xerostomia, tumores adjacentes às glândulas salivares, além da sialolitíase já mencionada (3). No caso clínico apresentado, não foi relatado histórico de trauma ou presença tumoral adjacente à região afetada, o que nos leva a crer que a patologia apresentada esteja ligada, não apenas ao histórico de sialólito, mas também à anatomia e fisiologia.

A anatomia local do ducto da glândula submandibular apresenta uma curvatura acentuada para alcançar o soalho da boca, o que faz com que o fluxo salivar desta glândula seja antigravitacional. Tal fato contribui para a estagnação da saliva no interior do ducto, aumentando sua alcalinidade e a concentração de cálcio que, associado aos fatores anatômicos, contribuem para a formação dos sialólitos (7, 9). O aspecto anatômico é facilmente percebido no exame de imagem realizado no caso clínico apresentado, onde nota-se o trajeto ascendente pósterio-anterior do ducto glandular submandibular.

Soares *et al.* (10) citam que nos casos onde não há um cálculo visível, porém há manifestações clínicas como dor e edema, a terapia cirúrgica pode ser instituída para envio de material para análise histopatológica e resolução do quadro algico. A biópsia é fundamental para descartar outras patologias que acometem as glândulas salivares, principalmente os quadros neoplásicos. Tal tratamento, como conduzido no caso apresentado, teve como objetivo

a remoção da massa entumescida e a confirmação da hipótese diagnóstica, além de proporcionar uma nova via de drenagem do conteúdo salivar.

O prognóstico do tratamento cirúrgico é favorável e o acompanhamento é essencial para detecção de possível recidiva da sintomatologia ou formação de patologias diversas como a rânula, por exemplo.

Conclusão

Podemos concluir que a sialoadenite crônica da glândula submandibular é relativamente incomum e sua etiologia, apesar de poder ser multifatorial, é mais provavelmente associada a quadros prévios de sialolitíase. Quando as manifestações clínicas se fazem presentes, o tratamento cirúrgico é considerado a primeira opção para um correto diagnóstico e prognóstico favorável com remissão da sintomatologia.

Abstract

MARCANTE, Nicole; DE PAULA, Daniel S; TAVARES, Livia F. F; NERY, Dirceu T. F; TAVARES, Marconi G. **Sialodenite crônica em glândula submandibular: relato de caso clínico.** Oral Sci., jan/dez. 2017, vol. 9, nº 1, p. 3-6.

Sialadenitis is a chronic or acute inflammatory process that affect salivary glands and has infectious etiology (bacterial or viral), or non-infectious by trauma or duct compression. It can lead to clinical symptoms due to glandular structural alteration, mainly caused by reduction of the salivary flow. Authors present a case of chronic sialadenitis of the submandibular gland. After one year of treatment by incisional biopsy, no recurrence of symptoms or local swelling was observed.

KEYWORDS: Salivary Glands, Oral Pathology, Oral Surgery.

Referências

1. Gomes R, Naves M, Carmo M, Aguiar M. Sialoadenites: revisão de literatura sobre a etiologia, o diagnóstico e o tratamento. *Arquivos em Odontologia*. 2006;42(4):257-336.
2. Alvarenga RL, Martins PCA, Seabra RC, Carneiro MA, Souza LC. Sialoadenite supurativa aguda em glândula submandibular. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac. Camaragibe* v.9, n.3, p. 29 - 34, jul./set. 2009.
3. Regezi JA, Sciubba J, Jordan R. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2017.
4. Neville B, Damm DD, Allen C, Chi A. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2016.
5. Pace C, Hwang K, Papadaki M, Troulis M. Interventional Sialoendoscopy for Treatment of Obstructive Sialadenitis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2014;72(11):2157-2166.
6. Orlandi M, Pistorio V, Guerra P. Ultrasound in sialadenitis. *Journal of Ultrasound*. 2013;16(1):3-9.
7. Kignel S. *Estomatologia: Bases do Diagnóstico para o Clínico Geral*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2013.
8. Shacham Y, Havakuk O, Roth A. A Rare Case of Acute Contrast-Induced Sialadenitis after Percutaneous Coronary Intervention. *Imaj*. 2013;15.
9. Vieira RR, Farenzena KP, Mallmann CT. Sialolitíase: revisão de literatura e levantamento de casos. *Odonto*. 2012; 20(40): 31-39 31.
10. Soares GR, Silva ARS, Soubhia AMP, Miyahara GI. Considerações atuais da sialolitíase de ducto de glândula submandibular. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2010;31(1):46-50.