CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS
LTDA FIP CAMPINA GRANDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

LINDEMGLECIA DA SILVA PEREIRA
SUAILY TAINAN DE SOUSA BÉCO

ORDENHA DE SIALOLITO EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO

CAMPINA GRANDE/PB
2023

LINDEMGLECIA DA SILVA PEREIRA

SUAILY TAINAN DE SOUSA BÉCO

ORDENHA DE SIALOLITO EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia das Faculdades Integradas de Patos - Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé

CAMPINA GRANDE/PB

2023

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca - UNIFIP

Pereira, Lindemglecia da Silva.

P436o ORDENHA DE SIALÓLITO EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: relato de caso. / Lindemglecia da Silva Pereira. – Campina Grande: UNIFIP, 2023

59 fls.

Orientador (a): Prof. Dr. Luan Evérton Galdino Barnabé
Monografia - Graduação Bacharelado em Odontologia

1. Cálculo das Glândulas Salivares. 2. Glândula Submandibular. 3. Diagnóstico Bucal. I. Título II. CEESP/UNIFIP

UNIFIP/BC CDU: 616.314

Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

LINDEMGLECIA DA SILVA PEREIRA

SUAILY TAINAN DE SOUSA BÉCO

ORDENHA DE SIALOLITO EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia da UNIFIP- Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o titulo de bacharel em odontologia.

Data da defesa: 11/12/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. William Alves de Melo Júnior
Membro Titular (1° Examinador interno – UNIFIP Campina Grande)

Prof. Esp. José Rodolpho de Lima Dias
Membro Titular (2° Examinador interno – UNIFIP Campina Grande)

Prof. Dr. Luan Everton Galdino Barnabé
Membro Titular (Orientador - UNIFIP Campina Grande)

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu maior e melhor amigo, certamente sem ele nada seria possível, pois dele recebi oportunidade, força de vontade e coragem para superar todos os desafios ao longo dessa caminhada, hoje tenho a certeza que cada passo da minha história foi escrita por suas mãos. Chegar até aqui não foi fácil, mas sei que sozinha seria impossível e por isso queria honrar a vida das pessoas mais importantes pra mim, à minha família.

A minha filha Maria Clara, que é o sentido de tudo em minha vida, você pequena me fez sentir o sentimento mais puro, o amor de mãe, nessa jornada eu tive a grande oportunidade de me tornar uma pessoa melhor, pois dedico o amor mais sincero que tenho, deixando de lado todo egoísmo para se doar, e eu evoluir muito após você existir, desde tão novinha participou da minha jornada tripla, e é você que dá significado a essa trajetória tão corrida, eu só quero te explicar que tudo sempre será por você.

A meu marido Fabricio, que sorte a minha Deus ter nos apresentado, você sempre tão solicito me ajudando nos momentos que mais precisei, suas ações fizeram muita diferença pois pude notar que ao meu lado eu tinha um verdadeiro companheiro, em tantos momentos trocamos os papeis dentro do nosso lar para se ajudar, e em cada difícil saída para batalhar, eu tive aconchego em voltar pra casa, tive suporte, apoio e compreensão.

Minha mãe Claudia uma mulher gigante, que me demostra de onde herdei tanta coragem e esforço, ela foi outra guerreira que me ajudou nesse percurso, sempre estava disposta a me auxiliar quando eu precisava, e em muitos momentos de desafios e angustias entrava em cena me acalentando, aconselhando e jogando em mim palavras de ânimo que vinham como recados da parte de Deus para me motivar e direcionar, você é admirável. Minha gratidão jamais será suficiente para retribuir tudo que fazem por mim, mas dedico a vocês tudo que já conquistei e conquistarei.

Agradeço imensamente ao meu gestor Samuel Filho, pessoa que Deus colocou em meu caminho e que me inspira diariamente como ser humano, você foi importante nesse processo e contribuiu muito para minha constante evolução profissional. Obrigada por confiar em mim, ter compreensão e me ajudar nessa jornada.

Agradeço a meu orientador, Prof. Dr. Luan Everton, a quem desde sempre eu tive uma enorme admiração, no início via ele um professor tão novo mas que carregava um alto senso de responsabilidade ao ministrar suas aulas, e que aulas, durante esses anos pude perceber em você uma grande evolução, você se tornou mais gigante do que já era, influenciado muita

gente que te cerca, saiba que você inspira seus alunos com seu comprometimento e humanização, obrigada por acreditar em mim quando nem eu acreditava, lembro de você um dia me apoiando e Dizendo “acredite mais em você” e saiba que eu jamais esquecerei, pois além de professor você é pra mim um grande amigo, gratidão por tudo Luan, você faz a diferença na vida das pessoas!

E ainda queria expressar minha gratidão a Deus por separar a melhor dupla para mim, Lindenglecia, obrigada por ter compartilhado essa jornada comigo dividindo o fardo, gostaria de ressaltar que és um ser humano incrível, sua competência e dedicação por muita das vezes fez essa caminhada se tornar mais leve, pois foste o equilíbrio em muita coisa que eu não tinha, seu companheirismo teve um grande papel para eu superar o dia a dia de perrengues, só tenho a te agradecer. Gratidão também as colegas de curso que pude conhecer, Catiusca, Maria Clara, Elys Rayane e Ismayara pelas trocas diárias e pelo ambiente amigável no qual convivemos isso foi fundamental para jornada ficar menos difícil. E por fim não menos importante a todos os Mestres que fizeram parte da minha jornada na graduação, a vocês devo todo conhecimento que adquiri, obrigada pelas correções e ensinamentos com a qual guiaram o meu aprendizado até aqui e com certeza me fortaleceram para me tornar uma Cirurgiã dentista. Gratidão a todos!

[...] “Que darei eu ao senhor por todos os benefícios que me tem feito?” [...]

SALMOS 116:12

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, meu Pai Celestial, por sua infinita bondade e misericórdia. Eu provei e vi da Sua fidelidade durante todos esses anos. O Senhor abriu as portas, me deu capacidade e me apresentou a odontologia. Palavras não seriam suficientes para expressar a minha gratidão por todo cuidado e amor. Sem Ele a realização desse sonho não seria possível.

A minha mãe, Marizene, que sonhou junto comigo. Seus ensinamentos me deram forças para perseverar e seu amor deixou minha caminhada mais leve. Por tantas vezes ela foi o meu apoio em dias difíceis e celebrou comigo cada conquista. Essa vitória também é dela. Ao meu pai, Adari, que sempre investiu na minha educação e acreditou em mim. Minha eterna gratidão por me ensinarem princípios e valores que carregarei por toda minha vida.

Aos meus irmãos Lindemberg e Lindecy, e meus cunhados, Raquel e Felipe que estiveram comigo durante todos esses anos. Me lembrarei sempre dos incentivos por meio de palavras, ações e financeiros que vocês me deram. Obrigada por estarem comigo do primeiro ao último dia da graduação.

Ao meu namorado, João Pedro, que vibra com as minhas conquistas e acredita no meu potencial. Seu amor, apoio e incentivo me encoraja a buscar a excelência nas habilidades profissionais.

A minha dupla Suaily, que não poderia ter sido alguém melhor. Obrigada por compartilhar das alegrias e tristezas que essa caminhada rendeu. Deixo registrado a minha enorme admiração por sua determinação e força. Você é uma mulher inspiradora.

Ao meu querido professor, Dr. William Melo, por quem tenho uma enorme admiração e que me acompanha desde o meu primeiro período, acreditando no meu potencial e me ensinando a promover uma odontologia humanista e de qualidade. Minha eterna gratidão por tudo.

Ao meu orientador, Dr. Luan Evérton, que com carinho e dedicação foi o responsável por me atender no momento que precisei, sendo um professor, profissional e ser humano incrível. Obrigada pela paciência na orientação desse trabalho.

Ao meu grupo de amigas Catiusca, Maria Clara, Elys Rayane e Ismayara. Vocês sonharam junto comigo, estudando, rindo, chorando e acreditando que chegaríamos juntas até aqui. Nós vencemos!

Agradeço também aos meus colegas de turma, que confiaram em mim à responsabilidade de representá-los, vocês me ensinaram muito sobre união. Cada piada, revisão antes das provas e outros momentos que compartilhamos, ficará pra sempre na minha memória.

Por fim, agradeço aos mestres queridos que tive ao longo desses cinco anos. Vocês contribuíram significantemente na minha formação. Obrigada por compartilhar de seus conhecimentos, pela paciência e dedicação.

"Melhor o fim das coisas do que o princípio delas." [...]

ECLESIASTES 7:8

RESUMO

RESUMO

O objetivo do presente estudo é relatar um caso de sialolitíase em glândula submandibular, removido por ordenha. Paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, compareceu para atendimento estomatológico com queixa de dor em baixo língua ao falar e comer frutas cítricas. Durante a anamnese, a paciente relatou estágio febril nos últimos três dias. Ao exame físico intrabucal, observou-se aumento de volume doloroso na região submandibular do lado direito com vermelhidão e presença de secreção purulenta no ducto da glândula submandibular do mesmo lado. Ao exame radiográfico oclusal, observou-se estrutura radiopaca paralela à cortical óssea da mandíbula, em região de assoalho, medindo 2 mm em seu maior diâmetro. Diante das características clínicas e radiográficas foi estabelecida hipótese de sialolitíase em glândula submandibular. Com base nisto, na tentativa de um tratamento conservador, optou-se pela realização da remoção por ordenha, massageando no sentido posteroanterior a região de assoalho intra e extra oral, até que houvesse um deslocamento do sialólito que possibilitasse sua remoção através da saída do ducto. Após um intervalo de 45 minutos massageando a glândula foi possível a remoção do sialólito, sendo comprovado por meio de radiografia oclusal. Após o intervalo de 18 meses não foi observada recidiva e a paciente segue em acompanhamento. Diante disso, conclui-se que a ordenha possibilitou uma intervenção conservadora e simples, permitindo a proservação da estrutura glandular, embora essa técnica só seja indicada para sialólitos de pequeno tamanho e que estejam localizados próximos a desembocadura do ducto da glândula.

Palavras-chave: Cálculo das Glândulas Salivares. Glândula Submandibular. Diagnóstico Bucal.

ABSTRACT

ABSTRACT

The objective of the present study is to report a case of sialolithiasis in a submandibular gland, removed by order. A 25-year-old female patient presented for stomatological care complaining of pain in the lower tongue when speaking and eating citrus fruits. During the anamnesis, one patient reported being febrile for the last three days. On intraoral physical examination, there was an increase in painful volume in the submandibular region on the right side with a large presence of purulent joint in the duct of the submandibular gland on the same side. On occlusal radiographic examination, a radiopaque structure was observed parallel to the cortical bone of the mandible, in the bed region, measuring 2 mm in its largest diameter. Given the clinical and radiographic characteristics, hypotheses of sialolithiasis in the submandibular gland were established. Based on this, in an attempt at a conservative treatment, it was decided to carry out the removal in order, massaging in the posteroanterior direction the intra and extra oral bed region, until there was a displacement of the sialolith that allowed its removal through the duct exit. . After an interval of 45 minutes massaging the gland, it was possible to remove the sialolith, which was confirmed by occlusal radiography. After an interval of 18 months, no recurrence was observed and the patient remains under follow-up. In view of this, it is concluded that the order enabled a conservative and simple intervention, allowing the preservation of the glandular structure, although this technique is only indicated for sialoliths of small size and which are located close to the opening of the gland duct.

Keywords: Salivary Gland Calculation. Submandibular Gland. Oral Diagnosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		PÁGINA
Figura 1	Ordenha de sialólito em glândula submandibular. Figura A: Edema e eritema em assoalho bucal do lado direito com presença de secreção purulenta na carúncula da glândula submandibular deste mesmo lado. Figura B: Radiografia oclusal evidenciando estrutura radiopaca circunscrita em assoalho bucal paralela a cortical da mandíbula na altura do primeiro molar. Figura C: Estimulação do fluxo salivar e deslocamento do sialólito por ordenha intra e extra oral. Figura D: Realização de ordenha intra oral e presença de secreção purulenta na carúncula da glândula submandibular. Figura E: Deslocamento do sialólito para região anterior do assoalho, em região de canino. Figura F: Remoção do sialólito pela na carúncula da glândula submandibular com auxílio de pinça clínica. Figura G: Presença de secreção purulenta em assoalho bucal após a remoção do sialólito. Figura H: Radiografia final demonstrando a completa remoção do sialólito.	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FIP – Faculdade Integrada de Patos

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PAAF – Punção Aspirativa por Agulha Fina

USG – Ultrassonografia

LECO – Litotripsia Extracorpórea por Onda de Choque

EPIS- Equipamento de Proteção Individual

CM – Centímetro

MM- Milímetro

TSH – Hormônio Estimulador da Tireoide

COVID-19 – CoronaVírus19

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....20
1.1DEFINIÇÃO DE SIALOLITIASE 20
1.2 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA SIALOLITIASE.....19
1.3 DIAGNÓSTICO.....20
1.4 ASPECTOS CLINICOS.....22
1.5 TRATAMENTO.....23
2 OBJETIVOS 27
2.1 OBJETIVO GERAL.....27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 27
3 METODOLOGIA.....29
3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA.....29
3.3 PROTOCOLO DA COVID-19 29
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 29
4 ARTIGO.....31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 44
ANEXOS.....47
APÊNDICES 58

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 DEFINIÇÃO DE SIALOLITIASE

A sialolitíase é considerada o distúrbio mais comum das glândulas salivares (Pachisia, *et al*., 2019) e é ocasionada por uma obstrução no sistema excretor das glândulas salivares essa obstrução ocorre a partir de uma estrutura calcificadas denominada sialólito ou pedras salivares (Kraaij, *et al.*,2014).

Os sialólitos impedem ou limitam o fluxo salivar e ocasiona a ausência de secreção da glândula afetada, devido à obstrução de seus ductos ou da própria glândula (Silva *et al.*, 2018). Dentre as patologias das glândulas salivares, considera-se que a sialolitíase representa cerca de 30% das alterações em glândulas, com maior incidência na glândula submandibular (83 a 94%), seguida da glândula parótida (4 a 10%) e sublingual (1 a 7%). E nas glândulas salivares menores é rara (Silva *et al.,* 2018).

A glândula submandibular é a mais afetada devido ao trajeto ascentende e sinuoso do ducto de Wharton permitindo que haja uma facilitação de deposição de sais de cálcio. Além disso, devido a maior quantidade de mucina que a glândula submandibular secreta, torna essa secreção mais espessa e dificulta a drenagem, contribuindo para à obliteração do ducto. (S Folchini, 2016). Outro possível fator, seria a redução do fluxo salivar (Ying *et al*., 2015).

1.2 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA SIALOLITIASE

O mecanismo de desenvolvimento dos sialólitos ainda é pouco conhecido. Embora muitas teorias tenham sido elaboradas, acredita-se que as causas podem ser mecânicas, traumáticas, infecciosas, químicas, neurogênicas ou resultantes da presença de corpo estranho (Avishai *et al.,* 2020).

Alguns autores afirmam que essa patologia é o resultado de deposições de sais de cálcio ao redor de uma matriz orgânica, composta por mucina alterada, bactérias e células epiteliais descamadas. Em relação a incidência a predileção são homens de meia idade (Fernandes *et al.*, 2021).

Algumas teorias explicam hipóteses existentes, caracterizando como um problema multifatorial. Uma delas relacionam que a presença de soluções de continuidade no canal

provavelmente dificulta o fluxo salivar e causam estagnação devido a traumas (Medina, 2012). Outros estudos tentam correlacionar a sialolitíase a condições sistêmicas e ao uso de medicamentos pois algumas classes farmacológicas sabidamente causam redução na produção de saliva, portanto, podem teoricamente estar associada ao aumento de formação de sialólitos. Dentre estas classes estão alguns anti-histamínicos, anti-hipertensivos, antidepressivos e antipsicóticos. No entanto, não há uma relação clara e direta estabelecida entre o uso destas drogas e a sialolitíase (Fernandes *et al.,* 2021).

Alterações na composição salivar também são supostamente responsáveis pela formação de sialólitos. Uma das hipóteses para a sua etiologia propõe que um fenômeno metabólico desconhecido acarreta um aumento da concentração de bicarbonato na saliva, reduzindo a solubilidade do fosfato de cálcio e induzindo a precipitação de íon cálcio e fosfato (Badash *et al.,* 2022).

Entre os principais constituintes orgânicos da saliva estão as glicoproteínas, mucopolissacarídeos, lipídios e detritos celulares. E o inorgânico é a carbonato-apatita, acompanhada de outros sais de cálcio, além de muitos tipos de fosfatos, magnésio, ferro, cobre e zinco, quando o PH aumenta permite a queda de fosfato de cálcio da saliva, assim como o aumento da concentração de mucina ligante de cálcio, o que leva a alteração do meio iônico da saliva. Este processo patológico pode aparecer em vários distúrbios sistêmicos onde podemos classificá-lo como calcificação distrófica e metastática (Vivar *et al.,* 2018).

A Calcificação distrófica refere-se a uma deposição de sais minerais e é ocasionada quando os tecidos sofrem algum dano necrótico e isquêmico e não ocorre suprimento sanguíneo suficiente, mas com relação os níveis do cálcio sanguíneo são normais. Geralmente esse tipo de calcificação não produz sinais e sintomas, já a calcificação metastática são deposições do cálcio em tecidos sãos, normalmente não mineralizados, resultante do seu excesso na circulação sanguínea (Jácome *et al.,* 2010).

1.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de sialolotíase pode ser muitas vezes estabelecido com uma anamnese e um exame físico apurado. A palpação no assoalho bucal e na glândula submandibular é uma manobra importante para identificação de cálculos. Além disso, uma glândula com textura firme e pétrea sugere perda de função e fibrose (Fernandes *et al.,* 2021). Além da história do

paciente e da palpação do ducto, várias técnicas de imagem estão disponíveis e são muito uteis para investigação e consequentemente o diagnóstico (Fernandes *et al.,* 2021). Nos exames radiográficos os sialólitos possuem uma característica radiopaca, sendo esse grau de radiopacidade dependendo da composição mineral. Podem ser notado em radiografias oclusais de mandíbula ou exames auxiliares como ressonância magnética, ultrassonografia, tumografia computadorizada, sialografia e sialoendoscopia. (Kuhn-Dall'Magro *et. al.,* 2014)

A imagem pode identificar um sialólito, um abscesso ou imitadores de sialolitíase. As modalidades de imagem incluem sialografia convencional, ultrassonografia, tomografia computadorizada, e ressonância magnética. Para o diagnóstico diferencial de neoplasias, exames de imagem e a PAAF podem ser essenciais para uma precisão no resultado (Badash *et al.,* 2022).

O exame de imagem em sialólitos na glândula submandibular são melhores vistos por meio da radiografia oclusal, no entanto, nem todos os sialolitos podem ser identificados em radiografias convencionais se estiver na fase inorgânica, necessitanto recorrer a ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia. Outra modalidade para radiografia em tecido mole são feitas com filme periapical e/ou oclusal como alternativa para observar os cálculos no ducto de Stenon. (Martorelli *et al*. 2022).

Além das técnicas convencionais de radiografia, outras também são existentes que podem diagnosticar com precisão os sialólitos e demostrar sua localização exata (Hammett; Walker, 2022). Uma das mais úteis na avaliação de glândulas salivares é a sialografia. O exame é realizado pela injeção de contraste através do óstio do ducto da glândula, promovendo o preenchimento retrógrado do sistema ductal. Além disso, o contraste injetado atua como sialogogo e, portanto, pode auxiliar na eliminação de pequenos sialólitos. A sialografia não é indicada em caso de sialólito muito pequeno, pois há um risco de deslocamento no interior do ducto ou em casos de infecção (Augusto *et al*., 2011). O sialograma também fornece informações sobre a função glandular, através da observação de dilatação dos ductos. No entanto, essa técnica está contraindicada em indivíduos com histórico de alergia a contraste (Silva *et al.,* 2018).

A ultrassonografia consiste em um método não-invasivo para o estudo das glândulas salivares, que assim como a sialografia permite a identificação e localização de sialólitos. Além de não ser invasiva, a USG é uma técnica rápida relativamente barata, amplamente disponível e isenta de exposição à radiação (Hammett; Walker, 2022).

Nos casos em que existe a suspeita de sialólitos muito pequenos, lança-se mão da tomografia computadorizada, que emerge como uma técnica extremamente útil (Hong, 2021).

A ressonância magnética é uma técnica alternativa para a investigação de sialolitíase, com as vantagens de não ser invasiva e ser altamente eficiente. Embora não permita a visualização dos cálculos, estes podem ser identificados indiretamente pela dilação do ducto salivar onde se encontram. Este método pode ser utilizado em pacientes com quadros infecciosos agudos em curso, e permite a diferenciação dos quadros agudos e crônicos com base na intensidade de sinal (Torres *et al.*, 2019).

1.4 ASPECTOS CLINICOS

Os aspectos clínicos da sialolotíase podem ser muitas vezes estabelecidos com uma anamnese e um exame físico cuidadoso, contudo, realizar o diagnóstico pode ser um desafio. Os pacientes acometidos podem ou não ser sintomáticos. Quando os cálculos são obstrutivos, geralmente os pacientes apresentam um histórico de edema das glândulas salivar afetada e sintomatologia dolorosa que piora com as refeições (Hammett; Walker, 2022).

A obstrução incompleta do ducto ocorre em alguns casos, a saliva se infiltra ao redor ou através do sialólito e o paciente apresenta-se assintomático resultando em um achado radiográfico (Bugone *et al*., 2023).

Quando os cálculos são grandes, podem ser visivelmente percebidos no exame da cavidade oral, geralmente possuem uma forma oval ou redonda e uma cor esbranquiçada ou amarelada (Hammett; Walker, 2022).

Um quadro mais grave é a tumefação aguda, que dura mais tempo em decorrência da infecção, nesse quadro o paciente desenvolve intensos sintomas como cólicas salivares e secreção purulenta. os tecidos que envolvem a glândula aparecem edemaciados e sensíveis à palpação, principalmente no local em que o cálculo está implantado (Manzi *et al.*, 2010).

1.5 TRATAMENTO

Múltiplas modalidades de tratamento estão disponíveis para o tratamento da sialolitíase, e a escolha do método está relacionada ao tamanho, localização e quantidade dos

sialólitos. As possibilidades vão desde a terapia conservadora a remoção da glândula (Silva *et al.*, 2018).

O tratamento inicial da sialolitíase deve consistir de terapias conservadoras, especialmente nos casos envolvendo pequenos sialólitos, onde o objetivo destas é aumentar o fluxo salivar, na tentativa de que o cálculo seja expelido (Badash *et al.*, 2022).

O tratamento conservador inclui o aumento de ingestão de alimentos ácidos e mais consumo de água, aplicação de calor local, massagem da glândula, administração de sialogogos e anti-inflamatórios não esteroidais. Em caso de infecção adiciona-se terapia antibiótica (Badash *et al.*, 2022).

Outro método minimamente invasivo é o uso de sialogogos com massagem glandular para promover salivação e expelir pequenos sialólitos para o orifício do ducto. Nessa técnica, os sialólitos devem ser próximos ao orifício do ducto e pequenos (Seong-Ho Cho *et al*., 2017).

Sialólitos que estejam localizados na porção anterior do ducto submandibular, especialmente aqueles que estão a até 2 cm do óstio, são passíveis de ressecção por abordagem transoral (Cardoso *et al.*, 2021). Os que estão localizados na porção posterior do ducto ou os que estão intraglandulares, geralmente levam à remoção total da glândula afetada (Augusto e*t al.*, 2011).

Outra abordagem é a sialoendoscopia que consiste em uma alternativa para a exérese de sialólitos localizados profundamente na porção proximal do ducto submandibular ou intraglandular (Hong, 2021). A compreensão avançada do padrão ductal das glândulas salivares maiores, da patologia e da anatomia das estruturas adjacentes associadas permitiu que a sialoendoscopia, seja uma técnica minimamente invasiva, e se tornasse uma boa alternativa adjuvante, portanto sialólitos entre 4 e 5 mm de diâmetro são passíveis de sialoendoscopia (Chandra, 2018).

A litotripsia extracorpórea por onda de choque é uma alternativa para sialólitos não acessíveis por via endoscópica. Na LECO, ondas de choque induzem a fragmentação do cálculo, e os fragmentos podem ser carreados até o óstio pelo fluxo salivar (Hammett; Walker, 2022).

Para casos de sialólitos que possuem tamanho elevado e localização não favorável o tratamento mais indicado é a excisão cirúrgica. Classicamente, casos localizados no interior

do ducto o tratamento de escolha poderá ser a remoção do cálculo, já nos casos sintomáticos não responsivos ao tratamento conservador e cujos sialólitos estão localizados no interior da glândula, faz-se necessário a remorção da glândula afetada. (Alves *et al.*, 2014).

Ao longo dos últimos anos houve um grande desenvolvimento em relação as técnicas não cirúrgicas, onde os tratamentos passaram para métodos mais invasivos como a ressecção de glândula salivar chegando a técnicas minimamente invasivas como a sialoendoscopia intervencionista (Bugone *et al.*, 2023).

A sialolitíase possui um prognostico considerado excelente, pois diante dos vastos protocolos estabelecidos, as técnicas conservadoras são muito bem manejadas e se sobressaem em relação as não conservadoras, os tratamentos listados acima têm excelentes taxas de sucesso (Hammett; Walker, 2022).

OBJETIVO

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar diagnóstico e tratamento de um caso clínico de sialolitíase em glândula submandibular.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os aspectos clínicos do paciente;
- Caracterizar os apectos imaginológicos e laboratórial da sialolitíase;
- Demostrar um protocolo de tratamento com base na técnica de remoção por ordenha;
- Avaliar o prognóstico após o tratamento.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um relato de caso clínico de caráter intervencional e descritivo.

3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Paciente referenciado para o serviço de Estomatologia da UNIFIP Campina Grande para avaliação de lesão com características clínicas e radiográficas compatíveis com sialolitíase em glândula submandibular. Foi realizada anamnese minuciosa, com base nas fichas clínicas de estomatologia, nas quais constarão informações como: dados pessoais, queixa principal, história da doença atual, exame físico extra e intra oral, hipótese de diagnóstico. Após a avaliação clínica, a paciente foi submetida à remoção do sialólito por meio de ordenha seguido de solicitação de exame histopatológico.

3.3 PROTOCOLO DA COVID-19

Em dezembro de 2019 teve o início à pandemia do COVID-19, em detentrimento a isso, em 13 de março de 2020, iniciou o isolamento social. Para retorno das atividades clínicas da clínica escola de Odontologia da UNIFIP Campina Grande foram adotadas medidas pelo comitê de biossegurança da FIP Campina Grande, com relação aos cuidados frente à COVID-19. Foram utilizados EPIs (equipamento de proteção individual) a exemplo do avental descartável, óculos de proteção, touca descartável, máscara N-95/PFF2 e faceshield. Além disso, o atendimento foi realizado em um ambiente aberto e arejado para reduzir os riscos de contaminação pela COVID- 19.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente trabalho respeita as diretrizes e critérios estabelecidos pela resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, através da assinatura do TCLE. Nosso trabalho foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, segundo o número do parecer 6.542.268.

ARTIGO

4 ARTIGO

O presente estudo foi desenvolvido para a apresentação do trabalho de conclusão de curso em graduação em odontologia da UNIFIP Campina Grande. Como resultado do mesmo, o artigo intitulado “Ordenha de sialólito em glândula submandibular: relato de caso*”* será apresentado como fruto deste trabalho de conclusão de curso.

Após as devidas considerações da banca da defesa deste trabalho de conclusão de curso, o artigo será colocado nas normas e enviado para submissão no periódico “Revista Gaúcha de Odontologia” (ISSN: 0103-6971, Qualis para Odontologia: B3).

ORDENHA DE SIALOLITO EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO

MILKING OF SIALOLYTH IN THE SUBMANDIBULAR GLAND: CASE REPORT

Lindemglecia da Silva Pereira[1], Suaily Tainan de Souza Béco[1], Luan Éverton Galdino Barnabé[2]

Graduando do curso de graduação em odontologia da UNIFIP Campina Grande, PB.

1- Professor do curso de graduação em odontologia da UNIFIP Campina Grande, PB.

RESUMO

O objetivo do presente estudo é relatar um caso de sialolitíase em glândula submandibular, removido por ordenha. Paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, compareceu para atendimento estomatológico com queixa de dor em baixo língua ao falar e comer frutas cítricas. Durante a anamnese, a paciente relatou estágio febril nos últimos três dias. Ao exame físico intrabucal, observou-se aumento de volume doloroso na região submandibular do lado direito com vermelhidão e presença de secreção purulenta no ducto da glândula submandibular do mesmo lado. Ao exame radiográfico oclusal, observou-se estrutura radiopaca paralela à cortical óssea da mandíbula, em região de assoalho, medindo 2 mm em seu maior diâmetro. Diante das características clínicas e radiográficas foi estabelecida hipótese de sialolitíase em glândula submandibular. Com base nisto, na tentativa de um tratamento conservador, optou-se pela realização da remoção por ordenha, massageando no sentido posteroanterior a região de assoalho intra e extra oral, até que houvesse um deslocamento do sialólito que possibilitasse sua remoção através da saída do ducto. Após um intervalo de 45 minutos massageando a glândula foi possível a remoção do sialólito, sendo comprovado por meio de radiografia oclusal. Após o intervalo de 18 meses não foi observada recidiva e a paciente segue em acompanhamento. Diante disso, conclui-se que a ordenha possibilitou uma intervenção conservadora e simples, permitindo a proservação da estrutura glandular, embora essa técnica só seja indicada para sialólitos de pequeno tamanho e que estejam localizados próximos a desembocadura do ducto da glândula.

Palavras-chave: Cálculo das Glândulas Salivares. Glândula Submandibular. Diagnóstico Bucal.

ABSTRACT

The objective of the present study is to report a case of sialolithiasis in a submandibular gland, removed by order. A 25-year-old female patient presented for stomatological care complaining of pain in the lower tongue when speaking and eating citrus fruits. During the anamnesis, one patient reported being febrile for the last three days. On intraoral physical examination, there was an increase in painful volume in the submandibular region on the right side with a large presence of purulent joint in the duct of the submandibular gland on the same side. On occlusal radiographic examination, a radiopaque structure was observed parallel to the cortical bone of the mandible, in the bed region, measuring 2 mm in its largest diameter. Given the clinical and radiographic characteristics, hypotheses of sialolithiasis in the submandibular gland were established. Based on this, in an attempt at a conservative treatment, it was decided to carry out the removal in order, massaging in the posteroanterior direction the intra and extra oral bed region, until there was a displacement of the sialolith that allowed its removal through the duct exit. . After an interval of 45 minutes massaging the gland, it was possible to remove the sialolith, which was confirmed by occlusal radiography. After an interval of 18 months, no recurrence was observed and the patient remains under follow-up. In view of this, it is concluded that the order enabled a conservative and simple intervention, allowing the preservation of the glandular structure, although this technique is only indicated for sialoliths of small size and which are located close to the opening of the gland duct.

Keywords: Salivary Gland Calculation. Submandibular Gland. Oral Diagnosis

INTRODUÇÃO

A sialolitíase é uma doença benigna que envolve a formação de cálculos dentro dos ductos das glândulas sublinguais, parótidas e submandibulares[1]. Esses depósitos de cálcio e outros minerais podem bloquear o fluxo da saliva, causando tumefação na glândula salivar acometida. Apesar da causa ainda ser desconhecida, fatores como: idade avançada, lesões ou traumas na boca, síndrome de Sjogren, problemas renais, radioterapia na cabeça e pescoço, medicamentos que afetam a produção de saliva e não beber água suficiente são algumas das condições que podem contribuir para sua formação[2]. Relacionado também à deposição de sais de cálcio ao redor de um nincho central de bactérias, células epiteliais, produtos de decomposição bacteriana, corpos estranhos, retenção salivar devido a composição da própria saliva e fatores morfoanatômicos do ducto[3].

A incidência de inchaço das glândulas salivares é relatada de 1 em 10.000 a 1 em 30.000 dos indivíduos, afetando mais comumente pessoas de 30 a 60 anos de idade, com predominância do sexo masculino. A glândula submandibular é o local mais comum, devido produzir saliva mais alcalina, predispondo à precipitação de sais inorgânicos sendo aproximadamente 85% dos casos. Na glândula parótida, a saliva é menos viscosa, atingindo cerca de 15% dos casos[1]. Estudos apontaram que aproximadamente cerca de 1,2% da população são acometidos por esses cálculos e 66% dessas obstruções intraductais são benignas[4].

Na glândula afetada, os sintomas clínicos envolvem inchaço e dor. Em casos mais graves, em que há o bloqueio do ducto completo, esses sintomas podem ser mais recorrentes e pronunciados durantes as refeições[5]. O diagnóstico é baseado na anamnese e no exame de imagem, com atenção especial à frequência e duração do inchaço das glândulas salivares[6]. No tratamento, a localização, tamanho, forma do cálculo e mobilidade são fatores que influenciam no resultado. A intervenção precoce após o diagnóstico é relatada como vantajosa e com melhores resultados, levando a uma expansão do escopo menos invasivo, preservando a glândula[7].

Diante disso, o objetivo do presente estudo é relatar de caso de um paciente com sialolitíase em glândula submandibular destacando aspectos clínicos, radiográfico e histopatológico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, compareceu para atendimento estomatológico com queixa de dor em baixo língua ao falar e comer frutas cítricas. Durante a anamnese, a paciente relatou estágio febril nos últimos três dias. Ao exame físico intrabucal, observou-se aumento de volume doloroso na região submandibular do lado direito com vermelhidão e presença de secreção purulenta no ducto da glândula submandibular do mesmo lado. Durante a anamnese não foi relatado comprometimento sistêmico ou uso de medicações.

Ao exame clínico, a paciente apresentava dor à palpação na região afetada, boa abertura de boca e ao realizar a manobra de ordenha da glândula submandibular, observou-se saída de secreção purulenta na carúncula sublingual direita (Figura 1 A). Além disso, constatou-se a presença de um nódulo móvel e de consistência endurecida que obstruía a passagem de saliva.

Após o exame físico, realizou se uma radiografia oclusal em mandíbula e foi observado uma estrutura radiopaca medindo em torno de 2 mm em seu maior diâmetro, paralela a cortical óssea da mandíbula em região de assoalho, estrutura essa compatível com um sialólito na glândula submandibular (Figura 1 B). Diante das características clínicas e radiográficas foi estabelecida hipótese de sialolitíase em glândula submandibular.

Após a radiografia oclusal pôde-se ver a localização e tamanho da lesão, e com base nisto optou-se pela realização da remoção por meio de ordenha do sialólito, na tentativa de um tratamento mais conservador e preservando a glândula envolvida.

Para realização do procedimento foi solicitado a paciente a ingestão de água como também foi realizado um processo de massagem intra e extra oral em região de assoalho (Figura 1 C), estimulando a liberação de saliva pela glândula submandibular e possibilitando dessa maneira o deslocamento do sialólito (Figura 1 D).

Foram realizadas outras radiografias oclusal para avaliar o deslocamento do sialólito ao longo do trajeto do ducto da glândula sub mandibular (Figura 1 E), e após um deslocamento da estrutura em direção a carúncula da glândula no assoalho foi possível a visualização clínica do sialólito e sua remoção com auxílio de uma pinça clínica (Figura 1 F), o material foi incluído em solução de formaldeído a 10% e encaminhado para a avaliação histopatológica.

Após a remoção do sialólito pode se observar um deslocamento em volume de secreção purulenta em direção ao assoalho vindo da glândula submandibular (Figura 1 G), o que estava causando os sintomas como dor, edema e febre. Para a confirmação da remoção do sialólito

realizou-se uma nova radiografia oclusal (Figura H), indicando a ausência do sialólito. A paciente apresentou durante a consulta um quadro febril associado também a sialolitiase indicando uma possível infecção e disseminação sistêmica, e para o controle da condição após a remoção do sialólito foi prescrita a antibioticoterapia com amoxicilina 500 mg de 08 em 08 horas por 07 dias além de antinflamatório, nimesulida de 100 mg de 12 em 12 horas e analgésico, dipirona 500mg 06 em 06 horas por 03 dias.

Para elucidação da etiologia do sialólito solicitou-se também exames complementares como hemograma, TSH, T4 livre e ultrassonografia abdominal total a fim de descartar a presença desses cálculos em outras áreas do corpo.

Diante das características clínicas e radiográficas foi estabelecida hipótese de sialolitíase em glândula submandibular. Com base nisto, na tentativa de um tratamento conservador, optou-se pela realização da remoção por ordenha, massageando no sentido posteroanterior a região de assoalho intra e extra oral, até que houvesse um deslocamento do sialólito que possibilitasse sua remoção através da saída do ducto. Após um intervalo de 45 minutos massageando a glândula foi possível à remoção do sialólito, sendo comprovado por meio de radiografia oclusal. Diante disso, conclui-se que a ordenha possibilitou uma intervenção conservadora e simples, permitindo a proservação da estrutura glandular, embora essa técnica só seja indicada para sialólitos de pequeno tamanho e que estejam localizados próximos à desembocadura do ducto da glândula.

Após o intervalo de 18 meses da realização do procedimento a paciente segue em acompanhamento sem sinais de reincidiva da condição, não possui queixas de dor e obteve uma melhora no seu fluxo salivar, sendo assim, apresenta sinais e sintomas de normalidades com preservação da glândula salivar.

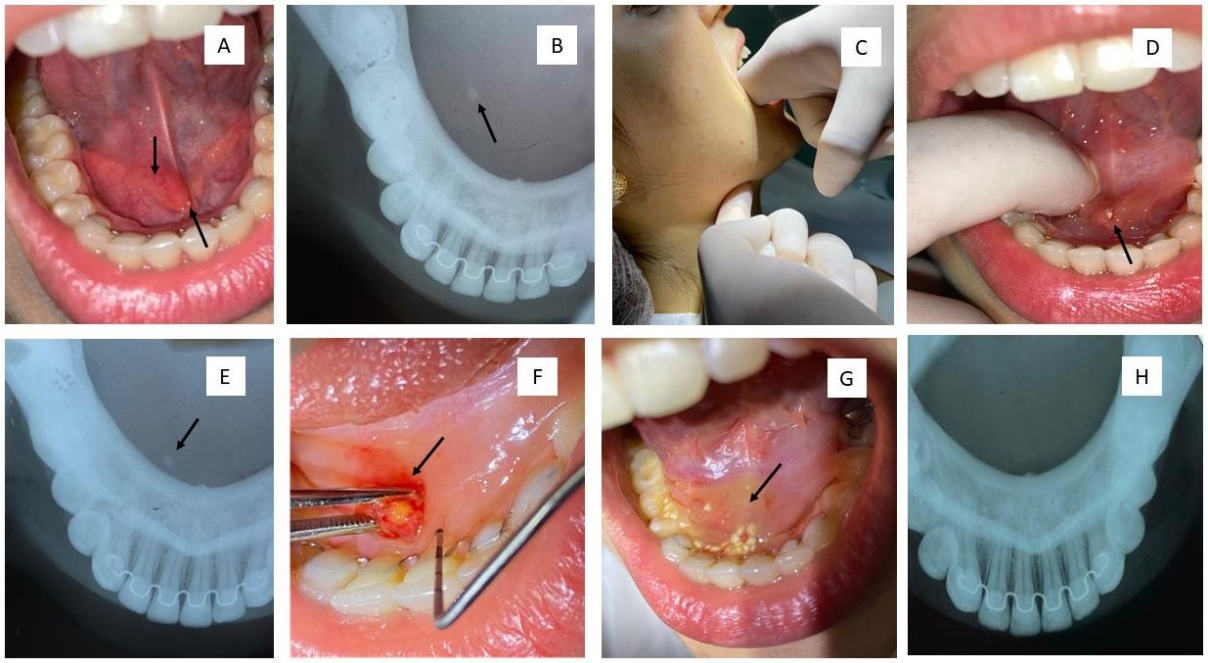


Figura 1: Ordenha de sialólito em glândula submandibular. Figura A: Edema e eritema em assoalho bucal do lado direito com presença de secreção purulenta na carúncula da glândula submandibular deste mesmo lado. Figura B: Radiografia oclusal evidenciando estrutura radiopaca circunscrita em assoalho bucal paralela a cortical da mandíbula na altura do primeiro molar. Figura C: Estimulação do fluxo salivar e deslocamento do sialólito por ordenha intra e extra oral. Figura D: Realização de ordenha intra oral e presença de secreção purulenta na carúncula da glândula submandibular. Figura E: Deslocamento do sialólito para região anterior do assoalho, em região de canino. Figura F: Remoção do sialólito pela na carúncula da glândula submandibular com auxílio de pinça clínica. Figura G: Presença de secreção purulenta em assoalho bucal após a remoção do sialólito. Figura H: Radiografia final demonstrando a completa remoção do sialólito.

DISCUSSÃO

Os sialólitos são estruturas que se formam no interior dos sistemas dos ductos salivares ou na própria glândula. Acredita-se que se originem da deposição de sais de cálcio ao redor do acúmulo de restos orgânicos presentes na região[8]. É relatado na literatura que a ocorrência de sialolitíase seja mais comum no gênero masculino[9], porém o presente caso acometeu uma paciente do gênero feminino, podendo está associado a anatomia do ducto da glândula submandibular ou a baixa ingestão de água pela paciente.

Quando falamos em predominância quanto a localização de sialolitíase, a paciente faz parte do grupo de mais casos descritos, que são na glândula submandibular. Essa glândula é a localização mais afetada tendo uma predominância de 85% dos casos, seguida da parótida em 15% e sublingual e menores com 5% dos casos[10]. A glândula submandibular apresenta uma localização anatômica inferior ao assoalho bucal tendo a necessidade da sua secreção seguir em um sentido antigravitacional o que favorece a deposição de minerais no interior do ducto de Worton favorecendo a formação do sialólito.

No presente caso solicitamos o exame radiográfico com o objetivo de investigar com precisão a localização, tamanho e formato do sialólito. O exame radiográfico de escolha foi a radiografia oclusal na região mandibular, apesar da à tomografia e ressonância magnética serem ótimos métodos para o diagnóstico de sialolitíase, optamos pela radiografia oclusal visando o baixo custo e a precisão rápida no resultado. Colaborando com este entendimento Pretto *et al.*[11] ressalta que para detectar cálculos nas glândulas submandibulares e sublinguais, o exame radiográfico oclusal é o mais indicado. Existe também um exame denominado Sialografia o mesmo é obtido através da injeção de um contraste radiográfico pela luz do ducto. Para Pozza[12] a sialografia apresenta algumas desvantagens por se tratar de um procedimento invasivo devido ao envolvimento de radiação, podendo ainda ocasionar perfuração traumática, sangramento ou até a ruptura do ducto, além da dor do paciente durante a injeção do contraste, podendo ainda apresentar efeitos colaterais ao material injetado. Em alguns casos a injeção de radiocontraste não é indicada, como em pacientes que tenham alergia ao contraste, inflamação aguda ou com risco de extravasamento[13].

Diante dos achados clínicos como a sintomatologia dolorosa da paciente em momentos específicos do dia, principalmente no de maior fluxo salivar como o horário de alimentação e fala, associado a um quadro infecioso, e juntamente com exame complementar, mais precisamente radiografia oclusal, foi possível chegar ao diagnóstico de sialolitíase.

No caso ora apresentado, o tratamento conservador foi possível devido ao tamanho e localização do sialólito, indo de acordo com Pretto *et al.*[11] quando relata que a escolha do tratamento está diretamente ligada à localização do cálculo salivar, e Manzi *et al.*[14] que fortalece o entendimento quando relata que o tratamento conservador para cálculos pequenos das glândulas salivares maiores pode ser indicado, com massagens leves nas glândulas e uso de estímulos para salivação como frutas cítricas, aumento na ingestão de líquidos e sialogos.

Na literatura existem outros métodos como terapia para a sialolitíase, dentre eles a Cirurgia e a Sialoendoscopia, segundo Manzi *et al.*[14] na terapia cirúrgica alguns riscos podem

ocorrer no pós-operatório como fibrose na área do ducto e também a formação de rânula. Já a técnica de sialoendoscopia consiste em fragmentar os sialólitos, e segundo Bugone *et al.*[10] a sialoendoscopia faz uso de métodos que permitem explorar o sistema ductal de maneira óptica e permite a retirada de cálculos sob visão endoscópica. A compreensão avançada do padrão ductal, da patologia e da anatomia das estruturas adjacentes associadas as glândulas permitem que a sialoendoscopia, seja uma técnica minimamente invasiva, se tornando uma boa alternativa adjuvante[13]. A técnica de Sialoendoscopia foi sendo refinada nas últimas duas décadas devido aos avanços na instrumentação óptica e endoscópica, portanto, sialólitos entre 4 e 5 mm de diâmetro são passíveis de sialoendoscopia[13].

No caso apresentado o tratamento de escolha foi à terapia conservadora buscando a remoção do cálculo por meio de ordenha, pois o sialólito possuía pequena proporção. Corroborando com este entendimento Badash *et al.*[15] afirma que o tratamento inicial da sialolitíase deve consistir de terapias conservadoras, especialmente nos casos envolvendo pequenos sialólitos. Essa escolha possibilitou uma intervenção de forma rápida, necessitando de pouco recurso e sendo realizado em nível ambulatorial.

Buscando estimular o aumento na produção de saliva foi ofertado a paciente gomas de mascar, vinagre de maçã e água. Segundo Pretto *et al.*[11] pode se optar pela estimulação salivar, utilizando bochechos com suco de limão três vezes ao dia por uma semana. Foi realizada massagem na glândula com movimentos de ordenha, com o objetivo de fazer o cálculo se deslocar seguindo o fluxo de excreção de saliva do ducto.

Após a remoção do sialólito foi observado uma saída de secreção purulenta o que estava causando os sintomas de infecção na paciente, e devido ao quadro clinico foi realizado a prescrição medicamentosa como terapia complementar. Segundo Bugone *et al.*[10] pode ocorrer um quadro de sialoadenite associada, portanto neste caso a terapia com anti-inflamatórios e antibióticos é recomenda.

A escolha do tratamento para o caso apresentado foi a mais coerente e segura, considerando todos os determinantes e tendo em vista que os sinais e sintomas foram eliminados, e em consequência a glândula salivar foi preservada. A terapia conservadora beneficiou a paciente, pois possibilitou uma intervenção de forma rápida e com baixo custo, sendo realizada em nível ambulatorial. Após o tratamento, não foram observados sinais de recidiva e a paciente permanece em proservação.

REFERÊNCIAS

1. HAMMETT, J.T.; WALKER, C. Sialolithiasis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, Jan. 2022. Doi: PMID: 31751035.

2. FERNEINE, E.M. Managing Sialolithiasis. J Oral Maxillofac Surg, v.79, n.7, p.1581-1582 Jul.2021. Doi: 10.1016/j.joms.2021.04.021. PMID: 34215413.

3. LIMA, et al. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, v.13, n.1, p. 23-28, jan/mar. 2013.

4. SILVEIRA JUNIOR, J.B., et al. Multiple sialolithiasis in submandibular gland duct: a rare case report. RGO, Revista Gaúcha de Odontolologia, v.68, 2020. Doi: 10.1590/1981- 863720200002920180103

5. PACHISIA, S., et al. Submandibular sialolithiasis: A series of three case reports with review of literature. Clin Pract, v.20, n.1, pag. 1119, mar. 2019 Doi: 10.4081/cp.2019.1119. PMID: 30996853; PMCID: PMC6444375.

6. WOLF, G.; LANGER, C.; WITTEKINDT, C. Sialolithiasis: Current Diagnostics and Therapy. Laryngorhinootologie. v.98, n.11, p.815-823, Nov 2019. Doi: 10.1055/a-0896- 9572. Epub 2019 Nov 18. PMID: 31739357.

7. KOCH, M. et al. Treatment of Sialolithiasis: What Has Changed? An Update of the Treatment Algorithms and a Review of the Literature. Journal of Clinical Medicine, v. 11, n.1, p.231, 2022. Doi: doi.org/10.3390/jcm11010231

8. FERNANDES, N. C. Diagnóstico e tratamento de sialolitíase: Revisão de Literatura. Revista fluminense de odontologia, n.55, p.64-76, jan-jul.2021.

9. XAVIER, Thiago Brito. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SIALOLITO GIGANTE EM REGIÃO BUCAL: RELATO DE CASO. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v.17 n.2 2021.

10. BUGONE, Érica et al. Sialolito de grandes proporções em glândula submandibular. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e24212139705-e24212139705, 2023.

11. PRETTO, José Luiz Bernardon et al. Sialolito em glândula submandibular–relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 12, n. 3, 2007.

12. POZZA, Daniel; SOARES, Lívia; DE OLIVEIRA, Marília Gerhardt. Exames complementares por imagens no diagnóstico e no planejamento cirúrgico de patologias em glândulas salivares. 2005.

13. CHANDRA, Srinivasa Rama. Sialoendoscopy: review and nuances of technique. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**, v. 18, p. 1-10, 2019.
14. MANZI, Flávio Ricardo et al. Sialolito na Glândula Submandibular: Relato de caso clínico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 50, 2010.

15. BADASH, I. et al. Contemporany Review of Submandibular Gland Sialolithiasis and Surgical Management Options. Cureus Inc, v.14, n.8, Aug.2022. Doi:10.7759/ cureus.28147

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Os critérios de diagnóstico para a sialolitíase são indispensáveis na prática odontológica, visto a alta prevalência da condição e os aspectos típicos para o seu diagnóstico.
- A terapia conservadora beneficiou a paciente, pois possibilitou uma intervenção de forma rápida e com baixo custo, sendo realizada em nível ambulatorial, e em consequência à glândula salivar foi preservada.
- O prognóstico apresenta relação direta com o as características da lesão, como tamanho, localização e quantidade, e no presente caso o prognóstico foi bom, pois após o tratamento, não foram observados sinais de recidiva e a paciente permanece em proservação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, N. S. et al. Sialolito de grandes dimensões no ducto da glândula submandibular. **Revista da Associacao Paulista de Cirurgioes Dentistas**, v. 68, n. 1, p. 49–53, 2014.

AUGUSTO, G. et al. Contribuição ao estudo dos sialolitos – relato de caso. **Revista Portuguesa de Estomatología, Medicina Dentária e Cirugia Maxilofacial**, v. 52, n. 3, p. 161–164, jul. 2011.

AVISHAI, G. et al. Sialolithiasis—Do Early Diagnosis and Removal Minimize Post-Operative Morbidity? **Medicina**, v. 56, n. 7, p. 332, 2 jul. 2020.

BADASH, I. et al. Contemporary Review of Submandibular Gland Sialolithiasis and Surgical Management Options. **Cureus**, 18 ago. 2022.

BARTOLOMEU, S. et al. SIALOLITÍASE INTRADUCTAL PAROTÍDEA: RELATO DE CASO INTRADUCTAL PAROTID SIALOLITHIASIS: CASE REPORT. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research -BJSCR BJSCR,** v. 38, n. 3, p. 2317–4404, 2022.

BUGONE, Érica et al. Sialolito de grandes proporções em glândula submandibular. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e24212139705-e24212139705, 2023.

INÊS, A.; CARDOSO, B. **Sialoendoscopia, procedimento eficaz no tratamento da sialolitíase? Revisão Sistemática**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/3750/MIMD_DISSERT_24619_Ana%20Cardoso.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 out. 2023.

CHANDRA, Srinivasa Rama. Sialoendoscopy: review and nuances of technique. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**, v. 18, p. 1-10, 2019.

CHO, S.-H. et al. Removal of submandibular calculi by surgical method and hydraulic power with curved needle: a case report. **Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 43, n. 3, p. 182, 2017.

FERNANDES, N. C. Diagnóstico e tratamento de sialolitíase: Revisão de Literatura**. Revista fluminense de odontologia**, n.55, p.64-76, jan-jul.2021.

FERNEINI, E. M. Managing Sialolithiasis. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 79, n. 7, p. 1581–1582, jul. 2021.

FOLCHINI, S.; BOTEZELI STOLZ, A. SIALOLITOS NA GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE CASO. **Odontologia Clínico-Científica (Online),** v. 15, n. 1, p. 1–5, 1 mar. 2016.

HAMMETT, J.T.; WALKER, C. Sialolithiasis. In: **StatPearls [Internet].** Treasure Island, Jan. 2022. Doi: PMID: 31751035.

HONG, L. N. Ultrasound - Guided Siaslendoscopy with holmiun: Yttrium Aluminum Garnet (YAG) Laser Treatment of parotid Sialolithiasis. **Am J Case Rep**, v.22, p.1-6, feb.2021. Doi: 10.12659/AJCR.929883.

JACOME, A.M.S.C; ABDO, E.N. Aspectos Radiográficos das Calcificações em Tecidos Moles da Região Bucomaxilofacial. **Odontologia Clinico-Cientifica**, v.9, n.1, p.25-32, jan- mar. 2010.

KOCH, M. et al. Treatment of Sialolithiasis: What Has Changed? An Update of the Treatment Algorithms and a Review of the Literature. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n.1, p.231, 2022. Doi: doi.org/10.3390/jcm11010231

LIMA, et al. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v.13, n.1, p. 23-28, jan/mar. 2013.

MAGRO, A. K.-D. et al. Sialólito de glândula salivar submandibular: relato de caso. **RFO UPF**, v. 19, n. 3, p. 343–347, 1 dez. 2014.

MANZI, Flávio Ricardo et al. Sialolito na Glândula Submandibular: Relato de caso clínico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 50, 2010.

MEDINA, J.; COREY, N.; HAHN, B. Acute Wharton's duct sialadenitis and submandibular infection. **J Emerg Med**. v.44, n.1, p 125-127, jan.2013. Doi: 10.1016/j.jemerd.2012.02.065.

NEVILLE, B. Patologia das Glândulas Salivares. in:_____. **Patologia Oral e Maxilo Facial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Cap.11, p. 422-429.

PACHISIA, S., et al. Submandibular sialolithiasis: A series of three case reports with review of literature. **Clin Pract**, v.20, n.1, pag. 1119, mar. 2019 Doi: 10.4081/cp.2019.1119. PMID: 30996853; PMCID: PMC6444375.

POZZA DH, Soares LP, Oliveira MG. Exames complementares por imagens no diagnóstico e no planejamento cirúrgico de patologias em glândulas salivares. **Revista Brasileira de Patologia Oral**. 2005;4(3):156-161.

POZZA, D.; SOARES, L.; OLIVEIRA, M. G. DE. Exames complementares por imagens no diagnóstico e no planejamento cirúrgico de patologias em glândulas salivares. **repositorio-aberto.up.pt**, 2005.

PRETTO, José Luiz Bernardon et al. Sialolito em glândula submandibular–relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 12, n. 3, 2007.

SILVA, F.B.M., et al. Diagnosis and treatment of Sialolithiasis: Case Report. **Rev. cir. Traumato l. buco-maxilo-fac**, v.18, n.2, p. 25-29, abr-jun. 2018. Doi: biblio-1254788

SILVEIRA JUNIOR, J.B., et al. Multiple sialolithiasis in submandibular gland duct: a rare case report. RGO, **Revista Gaúcha de Odontolologia**, v.68, 2020. Doi: 10.1590/1981-86372020000292018010

TOMMASI, A.F.; Lima A.A.S. Patologia das Glândulas Salivares. in: Tommasi, M.H. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Cap.22, p. 287-292.

TORRES, L. H. S. et al. Remoção cirúrgica de sialolito em glândula submandibular: relato de caso. **Arch Health Invest**, v.8, n.8, p.421-424, 2019.

VIVAR, P., et al. patología calcificante de las glándulas salivales: presentación de dos casos clínicos. **Rev. Adm,** v.75, n.2, p.98-102, mar.-abr 2018. Doi: biblio-907093

WOLF, G.; LANGER, C.; WITTEKINDT, C. Sialolithiasis: Current Diagnostics and Therapy. **Laryngorhinootologie**. v.98, n.11, p.815-823, Nov 2019. Doi: 10.1055/a-0896-9572. Epub 2019 Nov 18. PMID: 31739357.

XAVIER, Thiago Brito. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SIALOLITO GIGANTE EM REGIÃO BUCAL: RELATO DE CASO. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v.17 n.2 2021.

YING, X. et al. Recurrent sialoliths after excision of the bilateral submandibular glands for sialolithiasis treatment: A case report. **Experimental and Therapeutic Medicine**, v. 11, n. 1, p. 335–337, 10 nov. 2015.

ANEXOS

ANEXO A- NORMAS DA REVISTA

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em português, nas categorias listadas abaixo. Para assegurar a qualidade e uniformidade dos textos traduzidos para a Língua Inglesa, esse trabalho deverá ser realizado, necessariamente, por um tradutor altamente capacitado e com experiência comprovada na versão de textos científicos.

a) Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa;

b) Revisão (a convite): síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo;

c) Revisão Sistemática e Meta-Análise

Ao sintetizar os resultados de estudos primários, sejam eles qualitativos e/ou quantitativos, esse tipo de manuscrito deve responder a uma questão específica, ser limitado a 30.000 caracteres, incluindo espaços, e seguir a sequência do PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; & nbsp;6: e1000097. doi:10.1136/bmj.b2535.). O manuscrito deve informar detalhadamente como se deu o processo de busca e recuperação dos estudos originais, o crit&eacut e;rio de seleção dos estudos incluídos na revisão e fornecer um resumo dos resultados obtidos nos estudos revisados (com ou sem uma abordagem de meta-análise). Não há limite para a quantidade de referências e figuras. Tabelas e figuras, caso sejam incluídas, devem apresentar as características dos estudos revisados, as intervenções que foram comparadas e respectivos resultados, além dos estudos excluídos da revisão. Demais tabelas e figuras pertinentes à revisão devem ser apresentadas como descrito anteriormente. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

d) Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema;

e) Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Página de rosto

a) Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

b) título completo em português e inglês, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como “avaliação do...”, “considerações a cerca de...”, “estudo exploratório”, sem abreviaturas e siglas ou localização geográfica;

c) Sugestão obrigatória de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 50 caracteres, em português e inglês;

d) nome de todos os autores por extenso. Não abreviar o prenome. A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

e) Informar a afiliação institucional atual em 3 níveis, sem abreviaturas ou siglas, além da cidade, estado e país de todos os autores e com endereços completos. NÃO INCLUIR titulação (DDS, MSc, PhD etc) e/ou cargos dos autores (Professor, Aluno de Pós- Graduação, etc). Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados por extenso e no idioma original da instituição.

f) Indicação do endereço completo da instituição à qual o autor de correspondência está vinculado. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

g) informar e-mail de todos os autores

h) Informar explicitamente, a contribuição de cada um dos autores no artigo. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como administração do projeto, análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita - primeira redação, escrita - revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, software, supervisão, validação e visualização. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Redigir a contribuição no idioma que o artigo será publicado.

i) Informar o número de Registro ORCID®. Caso não possua, fazer o cadastro através do link: <https://orcid.org/register>. O registro é gratuito.

Resumo

Todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme ou Medical Subject Heading (MeSH).

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

Introdução

Deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos

Devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$) devem ser mencionados.

Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados

Devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Ilustrações

São consideradas ilustrações todo e qualquer tipo de tabelas, figuras, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, mapas, organogramas, diagramas, plantas, quadros, retratos, etc., que servem para ilustrar os dados da pesquisa. É imprescindível a informação do local e ano do estudo para artigos empíricos. Não é permitido que figuras representem os mesmos dados de tabelas ou de dados já descritos no texto.

A quantidade total de ilustrações aceitas por artigo é de 6 (seis), incluindo todas as tipologias citadas acima.

As ilustrações devem ser inseridas após o item Referências e também enviadas separadamente em seu programa original, através da plataforma, no momento da submissão.

As ilustrações devem ser editáveis, sendo aceitos os seguintes programas de edição: Excel, GraphPrism, SPSS 22, Corel Draw Suite X7 e Word. Caso opte pelo uso de outro programa, deverá ser usada a fonte padrão Frutiger, fonte tamanho 7, adotada pela revista na edição.

As imagens devem possuir resolução igual ou superior a 600 dpi.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

Não são aceitos gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D).

O autor se responsabiliza pela qualidade das ilustrações, que deverão permitir redução de tamanho sem perda de definição, respeitando-se as seguintes medidas:

Formato retrato: uma coluna (7,5cm); duas colunas (15cm). Formato paisagem: uma coluna (22 x 7,5cm); duas colunas (22 x 15cm).

A cada ilustração deverá ser atribuído um título breve e conciso, sendo numeradas consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

Para Gráficos, deverá ser informado título de todos os eixos.

Todas as colunas de Tabelas e Quadros deverão ter cabeçalhos. As palavras Figura, Tabela e Anexo, que aparecerem no texto, deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Inclua sempre que necessário notas explicativas. Caso haja alguma sigla ou destaque específico (como o uso de negrito, asterisco, entre outros), este deve ter seu significado informado na nota de rodapé da ilustração.

Caso haja utilização de ilustrações publicadas em outras fontes bibliográficas, é obrigatório anexar documento que ateste a permissão para seu uso, e ser citada a devida fonte.

O uso de imagens coloridas é recomendável e não possui custos de publicação para o autor.

Discussão

Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, conforme no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

Citar no mínimo 80% das referências dos últimos 5 anos e oriundas de revistas indexadas, 20% dos últimos 2 anos.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses e de textos não publicados (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Quando o documento citado possuir o número do DOI (Digital Object Identifier), este deverá ser informado, dispensando a data de acesso do conteúdo (vide exemplos de material eletrônico). Deverá ser utilizado o prefixo https://doi.org/...

Citações bibliográficas no texto: Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, dentro de colchetes (exemplo: [1], [1,2], [1-3]), após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Revistas

Ledonio CG, Burton DC, Crawford CH 3rd, Bess RS, Buchowski JM, Hu SS, et al. Current evidence regarding diagnostic imaging methods for pediatric lumbar spondylolysis: a report from the scoliosis Research Society Evidence-Based Medicine Committee. Spine Deform. 2017 Mar;5(2):97-101. doi: 10.1016/j.jspd.2016.10.006

Scott RA. Capital allowances for dentists. Br Dent J. 2012;212(5):254. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.218

Livro

Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. Patologia bucomaxilofacial contemporânea. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2012.

Capítulos de livros

Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). Estética em odontopediatria: considerações clínicas. São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 29-34.

Texto em formato eletrônico World Health Organization. Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries. Geneva, 2007. [cited 2007 Dec 21]. Available from: .

Documentos legais Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001 nov 9; Seção 1:44.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver).

ANEXO B

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SIALOLITÍASE EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE DOIS CASO
Pesquisador: Luan Éverton Galdino Barnabé
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 75467523.2.0000.5181
Instituição Proponente: CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.542.268

Apresentação do Projeto:
De acordo com o proponente: "Trata-se de dois relatos de casos clínicos de caráter observacional e descritivo. Pacientes referenciado para o serviço de Estomatologia da FIP Campina Grande para avaliação de lesão com características clínicas e radiográficas compatíveis com sialolitíase em glândula submandibular. Será realizada anamnese minuciosa, com base nas fichas clínicas de estomatologia, nas quais constarão informações como: dados pessoais, queixa principal, história da doença atual, exame físico extra e intraoral, hipótese de diagnóstico. Após a avaliação clínica, a paciente será submetida à remoção do sialolíto por meio de ordenha seguido de solicitação de exame histopatológico. Será incluído um caso de sialolitíase em glândula submandibular de paciente que buscou atendimento na clínica escola da FIP Campina Grande e que assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Casos que não possuam informações suficientes para o diagnóstico e pacientes que optem em não participar da pesquisa. O trabalho respeitará as diretrizes e critérios, o qual a paciente deverá assinar o TCLE segundo a resolução 466/12 e 510/12 do Conselho Nacional de Saúde para o fornecimento das informações relacionadas ao caso. Após avaliação da pré banca o estudo será enviado para a plataforma Brasil e posteriormente para o comitê em pesquisa com seres humanos da UNIFIP".

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Relatar diagnóstico e tratamento de dois casos de sialolitíase em glândula submandibular.

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2240831.pdf	03/11/2023 00:48:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/11/2023 00:47:43	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADOR.pdf	03/11/2023 00:47:30	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	03/11/2023 00:46:55	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	03/11/2023 00:46:36	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	03/11/2023 00:46:17	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/11/2023 00:46:04	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	03/11/2023 00:45:51	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	03/11/2023 00:45:25	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PATOS, 29 de Novembro de 2023

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

Objetivo Secundário:

Apresentar os aspectos clínicos dos pacientes; Avaliar os aspectos histopatológicos da sialolitíase; Caracterizar os aspectos imaginológicos e laboratórial da sialolitíase; Demostrar um protocolo de tratamento com base na técnica de remoção por ordenha; Avaliar o prognóstico após o tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para o desenvolvimento desses casos são mínimos sendo caracterizados pelo procedimento de ordenha e fornecimento de informações pelos pacientes. Tais riscos serão minimizados por uma abordagem menos invasiva e coleta de dados em ambiente fechado apenas com o
pesquisador e os responsáveis.

Benefícios:

Será estabelecido o processo de diagnóstico e tratamento da paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012 , 510/2016 e 580/2018 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em pesquisa do UNIFIP - Centro Universitário de Patos , considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil, a ser realizado em até 60 dias depois da apresentação pública.

APÊNDICES

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: SIALOLITÍASE EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR: RELATO DE DOIS CASO.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé.

Informações sobre o projeto:

Você está sendo convidado para participar de um estudo ("relato de caso"), tendo como objetivo de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais, imagens fotográficas e lâminas histológicas do seu caso clínico que se encontra em sua ficha de prontuário odontológico na Clínica Escola de Odontologia da FIP Campina Grande.

Quanto aos riscos de participação neste estudo é mínimo e se por ventura ocorrer alguma intercorrência, esta será revertida, garantindo a integridade física, moral e mental como participante do relato de caso. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, portanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

O estudo proposto terá como benefício o conhecimento das características clínicas e histopatológica, bem como do tratamento e proservação da sialolitíase, em função das particularidades de apresentação dessa condição, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizações que não considere convenientes e, até mesmo abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos/UNIFIP – (Rua Horácio Nóbrega s/n, Bairro Belo Horizonte, Patos – PB, 58.7004-200), através do telefone: 0xx(83)3471-7300 – ramal: 276 ou pelo e-mail cep@fiponline.edu.br.

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com a assinatura deste termo.

Pesquisador(a) Responsável

Contato com o/a Pesquisador/a responsável:

Av. Mal. Floriano Peixoto, 3333, Santa Rosa, Campina Grande – PB.

Telefone para contato: (83) 3065-3881

E-mail: luanevertoncd@gmail.com

Eu, _____, portador do RG:

_____, abaixo assinado, tenho recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei, de acordo com a RESOLUÇÃO 510/2016, Capítulo III, Artigo 9º, todos os meus direitos abaixo relacionados:

I. Ser informado/a sobre o estudo;

II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;

III. Ter sua privacidade respeitada;

IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;

V. Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;

VI. Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa; nos termos da lei;

VII. O ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa. Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Campina Grande, Paraíba, _____de _____de _____.

_____

Assinatura

