

JADWIGA WAŚKOWSKA¹, RAFAŁ KOSZOWSKI¹, JACEK PAJĄK², ANNA WĄSEK¹

Nietypowy kształt kamienia ślinowego – opis przypadku

Atypical Shape of Salivary Calculus – Case Report

¹ Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej w Bytomiu Śl. AM

² Katedra i Zakład Patomorfologii Śl. AM

Streszczenie

Kamica ślinowa jest częstym schorzeniem dużych gruczołów ślinowych. Kamienie najczęściej występują w śliniance podżuchwowej. Od składu chemicznego i umiejscowienia kamieni ślinowych zależą różnorodne kształty i rozmiary. Autorzy przedstawili przypadek 38-letniego mężczyzny z kamicą ślinianki podżuchwowej o nietypowym kształcie (przypominającym kiel) i dużych rozmiarach złożu. Mimo wielkości kamienia, ból i objawy sugerujące kolikę pojawiały się późno i były słabo nasilone. Opisano kliniczno-radiologiczną diagnostykę różnicową oraz obraz morfologiczny usuniętego złożu. Stwierdzono, że rozpoznanie kamicy ślinowej w przypadku nietypowego kształtu kamienia wymaga zestawienia obrazu klinicznego i radiologicznego z oceną śródoperacyjną oraz obrazem mikroskopowym (**Dent. Med. Probl. 2005, 42, 1, 195–198**).

Słowa kluczowe: kamica ślinowa, diagnostyka różnicowa.

Abstract

Salivary calculosis is a common disease affecting large salivary glands. Calculuses are most often found in the submandibular gland. Chemical composition and location of salivary calculuses have an effect on both their shapes and sizes. The authors present a case of a 38-year-old man with submandibular gland calculosis showing non-typical (fang-like) shape and the size of a large deposit. Although the calculus was fairly large, both pain and symptoms suggesting a colic were slight and occurred late. Clinical-radiological comparative diagnostics as well as morphological picture of the removed deposit are described. It was found that a diagnosis of salivary calculosis required a combination of clinical-radiological picture, intra-operative evaluation, and microscopic picture (**Dent. Med. Probl. 2005, 42, 1, 195–198**).

Key words: salivary calculosis, comparative diagnostics.

Kamica ślinowa jest częstym schorzeniem dużych gruczołów ślinowych. Dotyczy głównie osób dorosłych, częściej mężczyzn niż kobiet, rzadko występuje u dzieci [1, 2]. Niekiedy może występować rodzinie [1]. Skłonność do tworzenia kamieni w różnych narządach, także w śliniankach, wykazują często osoby otyłe, chore na nadciśnienie tętnicze [3]. Kamienie ślinowe powstają w wyniku zaburzeń metabolizmu wapnia i wytrącania się soli. Prowadzi to do tworzenia ognisk, wokół których nawarstwiają się substancje organiczne i nieorganiczne. Procesowi temu sprzyja zagęszczenie śliny w stanach zapalnych gruczołów ślinowych lub w schorzeniach, którym towarzyszy zmniejszone jej wydzielanie [1, 3].

W przeważającej liczbie przypadków (do 85%) kamienie występują w śliniankach podżuchwowych. Sprzyja temu budowa anatomiczna ich przewodu wyprowadzającego oraz skład chemiczny i kierunek przepływu śliny [1–7]. Najczęściej powstaje jeden kamień. W około 25% przypadków kamicy ślinowej obserwuje się kamienie mnogie. Złogi najczęściej umiejscawiają się w przewodzie wyprowadzającym i znacznie rzadziej w miększu ślinianki. Od składu chemicznego oraz położenia zależy kształt i rozmiar kamieni ślinowych [1–4, 7].

Celem pracy było przedstawienie przypadku kamicy ślinianki podżuchwowej o nietypowym kształcie i rozmiarach złożu.

Opis przypadku

38-letni mężczyzna został skierowany do Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej w Bytomiu Śl. AM z podejrzeniem zęba ektopowego na dnie jamy ustnej. W wywiadzie podawał, że od ponad 2 lat obserwuje twarde, niebolesne wygórowanie na dnie jamy ustnej po stronie prawej. Nie zaobserwował żadnych stanów zapalnych, obrzęków ani dolegliwości bólowych tej okolicy. Sporadycznie, w ostatnich 3 miesiącach przed zgłoszeniem się do leczenia, podczas spożywania pokarmów odczuwał klucie w okolicy podżuchwowej po stronie prawej.

Badaniem przedmiotowym nie stwierdzono asymetrii twarzy. Na dnie jamy ustnej w rzucie zębów 33–35 było wyczuwalne twarde, owalne wygórowanie, położone równoległe do łuku zębowego. Badanie radiologiczne (zdjęcie zgryzowe dolne i pantomograficzne) wykazało na dnie jamy ustnej obecność cienia, przypominającego kształtem i rozmiarami kieł (ryc. 1, 2). Wykonano zabieg operacyjny. W znieczuleniu miejscowym, po nacięciu tkanek dna jamy ustnej, uwidocznił się poszerzony przewód wyprowadzający ślinianki podżuchwowej. Usunięto z niego twarde twóro kształtu zęba o chropowatej powierzchni, koloru piaskowego, o długości 3,5 cm, kruszący się pod wpływem narzędzi tnących (ryc. 3, 4). Usunięty zółg przekazano do badania histopatologicznego. Uzyskany materiał utrwalono przez 48 godzin w 10% buforowanej formalinie, a następnie odwapniano w roztworze wersenianu sodu (EDTA). Po 14 dniach uzyskano prawie całkowite rozpuszczenie substancji mineralnych. Pozostały po odwapnieniu materiał w postaci miękkiej, błonistej, organicznej otoczki zatopiono w bloczek parafinowy. Skrojono skrawki grubości 4,5 μm , które barwiono metodą hematoksylina-eozyna.

Ocenę przeprowadzono w mikroskopie świetlnym (ryc. 5–7). Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie kamienia ślinowego.

Omówienie

Kamienie ślinowe mogą osiągać wielkość od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Długi czas trwania schorzenia prowadzi do wytworzenia zółgów o dużych rozmiarach i często nietypowych kształtach [1–4, 7, 8]. Sutay et al. [5] opisali duży kamień przewodu ślinianki prawej podżuchwowej, o wymiarach 37 \times 7 mm, Rahnama i Tomaszewski [7] kamień przewodu lewej ślinianki podżuchwowej wielkości 25 \times 10 mm, a Goncalves et al. [8] kamień lewej ślinianki podżuchwowej o długości 22 mm. W opisanym przypadku długość zółgu wynosiła 3,5 cm. Był to największy kamień w dotychczasowym materiale Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Śląskiej Akademii Medycznej.

Kamień w przewodzie wyprowadzającym ślinianki może powodować charakterystyczne objawy. Początkowo dochodzi do utrudnionego odpływu śliny, aż do całkowitego zacinowania światła przewodu. Powoduje to ból podczas spożywania posiłków, określane jako kolka ślinowa. Towarzyszy jej przemijający obrzęk gruczołu [1, 3]. Kamienie o powierzchni ziarnistej, z ostrymi brzegami, mogą ranić tkanki miękkie i powodować perforację dna jamy ustnej [5]. W opisanym przypadku, mimo dużych rozmiarów zółgu, ból i objawy sugerujące kolkę ślinową pojawiły się późno i były słabo nasilone.

Rozpoznanie kamicy ślinowej ustala się na podstawie danych z wywiadu, badania palpacyjnego oraz radiologicznego. Kamienie ślinianek podżuchwowych można uwidocznnić na pantomo-



Ryc. 1. RTG pantomograficzne
Fig. 1. Pantomographic X-ray



Ryc. 2. RTG zgryzowe dolne
Fig. 2. Lower occlusal X-ray



Ryc. 3. Usunięty kamień ślinowy

Fig. 3. Salivary calculus upon removal

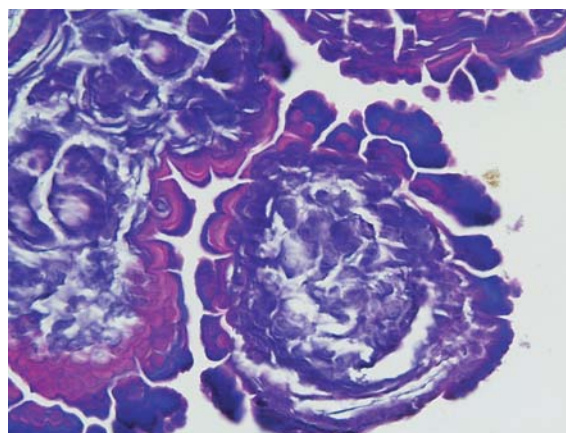


Ryc. 4. Przekrój poprzeczny kamienia ślinowego

Fig. 4. Transverse cross-section of salivary calculus

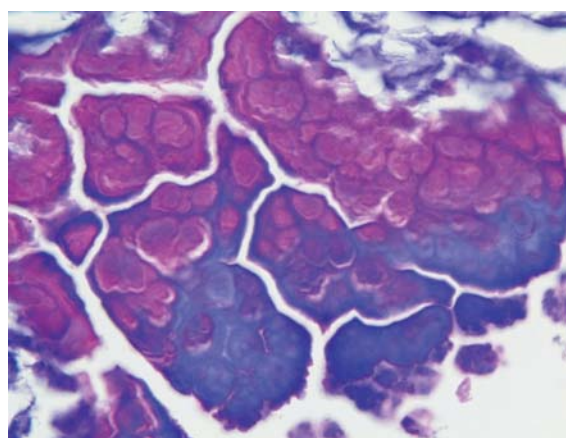
gramach, rentgenogramach w projekcji zgryzowej dolnej oraz skośno-bocznej żuchwy. Rzadziej jest konieczne wykonanie TK. W przypadku kamieni bezcieniowych przeprowadza się badanie USG lub sialografię [1, 3, 6, 8]. W opisanym przypadku podstawowe techniki obrazowania okazały się wystarczające do określenia przed zabiegiem operacyjnym umiejscowienia i rozmiarów złoju.

Nietypowy kształt kamienia oraz jego wielkość i umiejscowienie, szczególnie przy braku charakterystycznych objawów, może niekiedy sprawiać trudności diagnostyczne. Atanasov [4] opisał przypadek błędnej interpretacji rentgenogramu skośno-bocznego żuchwy, sugerującego obecność zębiaka w okolicy kąta żuchwy. Duże kamienie przewodów wyprowadzających ślinianek podżuchwowych mają najczęściej podłużny i nieregularny kształt. W opisanym przypadku zółg miał wielkość i kształt prawidłowo wykształconego kła, co mogło sugerować obecność zęba ektopowego. Ostateczne rozpoznanie ustalono na podstawie badania przedmiotowego, radiologicznego, obrazu śródoperacyjnego i badania mikroskopowego usuniętego złoju.



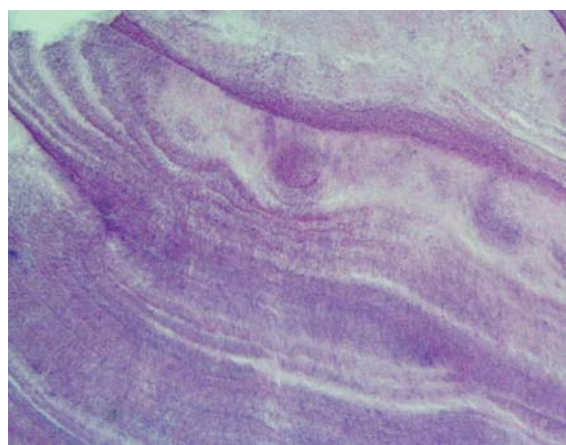
Ryc. 5. Brodawkowate struktury z liniami uwapnień na powierzchni kamienia. Barwienie HE, pow. ok. 250×

Fig. 5. Papilliform structures with calcification lines on the calculus surface. HE staining. Magnification approx. ×250



Ryc. 6. Brodawkowate struktury z liniami uwapnień na powierzchni kamienia. Barwienie HE, pow. ok. 500×

Fig. 6. Papilliform structures with calcification lines on the calculus surface. HE staining. Magnification approx. ×500



Ryc. 7. Blaszkowe linie uwapnień w macierzy organicznej części kamienia. Barwienie HE, pow. ok. 400×

Fig. 7. Lamellar calcification lines in the matrix of the calculus organic region. HE staining. Magnification approx. ×400

Piśmiennictwo

- [1] WYSZUMIRSKI M., GRZESIAK-JANAS G.: Zastosowanie nowoczesnych technik w leczeniu kamicy ślinianek. *Magazyn Stomat.* 2001, 11, 46–48.
- [2] SIDDIQUI S. J.: Sialolithiasis: an unusually large submandibular salivary stone. *Br. Dent. J.* 2002, 193, 89–91.
- [3] GAWĘDA A., RAHNAMA M.: Kamica ślinowa. Opis przypadków. *Czas. Stomat.* 1996, 49, 66–68.
- [4] ATANASOW D. T.: Sialolithiasis or complex odontoma? *Folia Medica* 2003, 45, 46–47.
- [5] SUTAY S., ERDAG T. K., IKIZ A. O., GUNERI E. A.: Large submandibular gland calculus with perforation of the floor of the mouth. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2003, 128, 587–588.
- [6] CHOI J., KIM I. K., OH N. S.: Multiple sialolith in sublingual gland: Report of a case. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2002, 31, 562–563.
- [7] RAHNAMA M., TOMASZEWSKI T.: The case of the submandibular gland sialolith. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia* 2001, 56, 437–440.
- [8] GONCALVES M., HOCHULI-VIEIRA E., LUGAO C. E. B., MONNAZZI M. S., GONCALVES A.: Sialolith of unusual size and shape. *Dentomaxillofac. Radiol.* 2002, 31, 209–210.

Adres do korespondencji:

Jadwiga Waśkowska
Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej Śl. AM
pl. Akademicki 17
41-902 Bytom
tel./fax: +32 282 74 78
e-mail: chirstom@slam.katowice.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.07.2004 r.
Po recenzji: 10.08.2004 r.
Zaakceptowano do druku: 10.08.2004 r.

Received: 20.07.2004
Revised: 10.08.2004
Accepted: 10.08.2004