

Mucocele superficial em lábio inferior: relato de caso

Tony Santos Peixoto¹

Emmanuel Albuquerque Souza²

Josuel Raimundo Cavalcante³

Alessandro Leite Cavalcanti⁴

Resumo

Mucoceles são cistos mucosos relacionados com a obstrução ou trauma das glândulas salivares menores. Preferencialmente, estão localizadas no lábio inferior, palato mole, região retromandibular e mucosa oral. Microscopicamente, constituem-se em extravasamento subepitelial de sialomucina, que ocorre na interface do tecido epitelial conectivo. O diagnóstico da mucocele superficial é principalmente clínico, sendo raramente indicada a realização de biópsia. Este artigo descreve uma lesão em lábio inferior cujo diagnóstico definitivo foi de mucocele, ou fenômeno de retenção de muco.

Palavras-chave: mucocele - glândulas salivares menores - diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Mucocele é um termo utilizado para diagnóstico clínico de dois fenômenos que acometem as glândulas salivares menores: o fenômeno de extravasamento e o cisto de retenção de muco (LARGURA et al., 1998). O fenômeno de extravasamento de muco é comum na mucosa oral, originado da ruptura de um ducto de glândula salivar e conseqüente derramamento de mucina para o interior dos tecidos moles adjacentes, resultante de um trauma local, embora, em alguns casos, não se detecte uma história de trauma (OLIVEIRA; BEZERRA; SAMPAIO, 2000). O cisto de retenção de muco é um cisto verdadeiro, que ocorre quando existe obstrução, parcial ou completa, do ducto salivar, com resultante

expansão, delimitada por epitélio. Essa obstrução pode originar-se de massa calcificada, um sialólito, ou de fragmentos condensados (MUSTAPHA; BOUCREE, 2004; ANDIRAN et al., 2001).

A mucocele manifesta-se, clinicamente, como uma vesícula circunscrita, delimitada e elevada, podendo ultrapassar 10mm de diâmetro e ter coloração variada, de azulada a translúcida (SANTOS et al., 2002), com crescimento lento. As lesões são flutuantes, porém podem ter consistência firme à palpação. O lábio inferior é a região mais frequentemente acometida, contabilizando aproximadamente 60% dos casos, geralmente encontrados lateralmente à linha média (NEVILLE et al., 2004). Descrições

¹Cirurgião-Dentista. Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Departamento de Odontologia. Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

²Aluno do Curso de Graduação em Odontologia. Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

³Doutorando. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Faculdade de Odontologia. Universidade de Pernambuco - UPE

⁴Professor Doutor. Departamento de Odontologia. Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Correspondência para / Correspondence to:

Tony Santos Peixoto

Campus Universitário s/n

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

58109-900. Campina Grande - PB - Brasil

Tel.: (83) 3315-3300

E-mail: tonyspeixoto@yahoo.com.br

de mucoceles em língua são raras e geralmente são observadas lesões de pequeno diâmetro – menores de 20mm (ANDIRAN et al., 2001). A prevalência de mucocele é equivalente entre os sexos e ocorre principalmente nas primeiras décadas de vida (CHAUDHRY et al., 1960).

Microscopicamente, células inflamatórias, principalmente leucócitos polimorfonucleares e macrófagos se encontram no interior da mucosa. As glândulas salivares envolvidas exibem degeneração e metaplasia (OLIVEIRA; CONSOLARO; FREITAS, 1993). No fenômeno de extravasamento, observa-se uma cavidade revestida por tecido conjuntivo e submucosa, um pseudocisto; enquanto que, no cisto de retenção, nota-se um revestimento por epitélio simples, estratificado ou pseudoestratificado, que contém muco no interior.

Existe a necessidade de realizar-se o diagnóstico diferencial, uma vez que, clinicamente e pela localização, as mucoceles assemelham-se a outras lesões (CÂMARA et al., 2002). Dentre as várias hipóteses diagnósticas estão: fibroma traumático, lipoma, neoplasia de glândulas salivares, cistos dermóides, hemangiomas e, no caso dos cistos de retenção, podem-se observar sialólitos ou flebólitos decorrentes da calcificação de um trombo intravascular (MUSTAPHA; BOUCREE, 2004).

A remoção cirúrgica da lesão e das glândulas envolvidas é o tratamento mais indicado (NEVILLE et al., 2004). Entretanto, outras técnicas como a micromarsupialização (BERTI et al., 2006) e o laser de CO₂ (KOPP; ST-HILAIRE, 2004) também podem ser utilizados. O prognóstico é excelente, embora algumas lesões possam recidivar, de acordo a conduta terapêutica adotada.

O presente trabalho objetiva apresentar, por meio de um caso clínico, a conduta adotada frente a essa alteração em um paciente infantil.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 8 anos de idade, feoderma, procurou o Serviço de Cirurgia

e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, referendado por um Cirurgião-Dentista do serviço público do município de Campina Grande-PB, queixando-se de uma “bolha no lábio” (Figura 1). Durante a anamnese, foi constatado que a lesão surgira em torno de três meses, apresentava-se assintomática, sendo decorrente de um hábito parafuncional – mordedura de lábio. Nenhuma alteração sistêmica fora observada na história recente.

Ao exame intra-oral, observou-se uma lesão de aspecto bolhoso, de base séssil, flutuante à palpação, bem delimitada, superfície lisa, de coloração semelhante à da mucosa circunjacente, levemente esbranquiçada, com cerca de 1,0cm de diâmetro, localizada no lado direito do lábio inferior (Figura 1). Diante do quadro exposto, chegou-se à hipótese diagnóstica de mucocele, sendo a remoção cirúrgica da lesão (biópsia excisional) a conduta terapêutica adotada.

O procedimento cirúrgico compreendeu a realização de anestesia local infiltrativa, utilizando-se Lidocaína a 2%, com Epinefrina 1:200.000, seguida de incisão e exérese da lesão, por delicada divulsão, a fim de que não se rompesse o pseudocisto (Figura 2). Removeram-se, em seguida, as glândulas acessórias subjacentes, para evitar recidiva, e executou-se sutura simples com fio de seda 4.0. Após a cirurgia, orientou-se a criança e a responsável por ela acerca dos cuidados pós-operatórios, sendo prescrito Nimesulida gotas (50mg/ml), além de crioterapia nas primeiras 24 horas. A peça cirúrgica (Figura 3) foi encaminhada para exame histopatológico. Decorridos sete dias, o paciente retornou para a remoção da sutura, sendo verificada a cicatrização da ferida cirúrgica. O paciente foi mantido sob acompanhamento, a fim de se verificar a não recidiva da lesão.

No exame histopatológico, pôde-se notar conteúdo mucoso, circundado por tecido conjuntivo e intenso infiltrado inflamatório crônico no interior da cavidade, com a presença de linfócitos e plasmócitos, sendo, portanto, confirmado o diagnóstico de um fenômeno de retenção de muco.



Figura 1 - Aspecto clínico inicial: vista frontal.



Figura 2 - Exérese da lesão.



Figura 3 - Aspecto macroscópico da lesão.

DISCUSSÃO

A mucocele descrita no presente relato acometeu o lábio inferior, local de maior prevalência da lesão, conforme reportado por Chaudhry e colaboradores (1960), Mustapha e Boucree (2004), e Neville e colaboradores (2004). Outras localizações incluem o palato (BERTI et al., 2006), mucosa jugal (NICO; PARK; LOURENÇO, 2008) e face inferior da língua (SUGERMAN; SAVAGE; YOUNG, 2000; JINBU et al., 2003).

O exame histopatológico revelou características de pseudocisto, com área de mucina extravasada, semelhante ao descrito por Shareef e colaboradores (2005). Analisando secções histopatológicas, verificaram a existência

de superfície epitelial distendida e preenchida por mucina. A mucina aparece com coloração azul, com cavidade circunscrita, como margem de tecido de granulação e colágeno.

Conforme previamente relatado por Campana e colaboradores (2006), o diagnóstico dessa condição é clínico, e a biópsia é raramente indicada. Entretanto, o exame histopatológico é importante para estabelecer o diagnóstico conclusivo, além de definir a conduta terapêutica adequada (NEVILLE et al., 2004).

No presente caso, o tratamento adotado foi a excisão cirúrgica, posto que, de acordo com Andiran e colaboradores (2001), pelo fato de a maioria das mucoceles serem pequenas, a excisão em associação com a remoção das glândulas afetadas é preferível, sendo a recorrência incomum.

A literatura, no entanto, reporta ainda outros tipos de tratamentos como a crioterapia (TWETMAN; ISAKSSON, 1990), o uso do laser e a micromarsupialização (LIMA et al., 2002; BERTI et al., 2006). Segundo Kopp e St-Hilaire (2004), o uso do laser de CO₂ no tratamento da mucocele propicia uma técnica mais precisa, pois evita sangramento no campo cirúrgico e permite melhor visualização das estruturas anatômicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a mucocele uma condição usualmente detectada na clínica odontológica, de fácil diagnóstico e resolutividade, acometendo com mais frequência pacientes infantis e adultos jovens, é importante que o clínico-geral esteja apto à correta identificação dessa lesão, fornecendo ao paciente o tratamento mais adequado.

Superficial mucocele of the lower lip: case report

Abstract

Mucoceles are mucous cysts related to obstruction or trauma of the minor salivary glands. The preferential localizations are lower lip, the soft palate, mandibular retromolar region, and oral mucosa. Microscopically they are subepithelial extravasations of sialomucin that occur at the epithelial connective tissue interface. The diagnosis of superficial mucocele is mainly clinical, and a biopsy is rarely indicated. This report describes a lesion of the lower lip that was definitively diagnosed by histologic examination as a mucocele or mucus retention phenomenon.

Palavras-chave: Mucocele - Salivary glands, minor - Diagnosis

REFERÊNCIAS

- ANDIRAN, N. et al. Mucocele of the anterior lingual salivary glands: from extravasation to an alarming mass with a benign course. ***Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.***, Limerick, v.61, n.2, p.143-147, June 2001.
- BERTI, S.A. et al. Micromarsupialização: relato de dois casos clínicos. ***R. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.***, Lisboa, v.47, n.3, p.151-155, 2006.
- CÂMARA, L.P. et al. Mucocele: relato de caso clínico. ***J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê***, Curitiba, v.5, n.27, p.378-381, 2002.
- CAMPANA, F. et al. Recurrent superficial mucoceles associated with lichenoid disorders. ***J. Oral Maxillofac. Surg.***, Philadelphia, v.64, n.12, p.1830-1833, Dec. 2006.
- CHAUDHRY, A.P. et al. A clinical and experimental study of mucocele (retention cyst). ***J. Dent. Res.***, Alexandria, v.39, n.6, p.1253-1262, Nov./Dec. 1960.
- JINBU, Y. et al. Mucocele of the glands of Blandin-Nuhn: clinical and histopathologic analysis of 26 cases. ***Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.***, St. Louis, v.95, n.4, p.467-470, Apr. 2003.
- KOPP, W.K.; ST-HILAIRE, H. Mucosal preservation in the treatment of mucocele with CO₂ laser. ***J. Oral Maxillofac. Surg.***, Philadelphia, v.62, n.12, p.1559-1561, Dec. 2004.
- LARGURA, L.Z. et al. Remoção cirúrgica de mucocele. ***R. Assoc. Paul. Cir. Dent.***, São Paulo, v.52, n.6, p.435-438, nov./dez. 1998.
- LIMA, L.M. et al. Mucous extravasation phenomena in babies. ***Braz. J. Oral Sci.***, Piracicaba, v.1, n.2, p.92-94, July/Sept. 2002.

- MUSTAPHA, I.Z.; BOUCREE, S.A. Mucocele of the upper lip: case report of an uncommon presentation and its differential diagnosis. *J. Can. Dent. Assoc.*, Ottawa, v.70, n.5, p.318-321, May 2004.
- NEVILLE, B.W. et al. Patologia das glândulas salivares. In: _____. *Patologia oral e maxilofacial*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004. cap.11, p.373-374.
- NICO, M.M.; PARK, J.H.; LOURENÇO, S.V. Mucocele in pediatric patients: analysis of 36 children. *Pediatr. Dermatol.*, Boston, v.25, n.3, p.308-311, May/June 2008.
- OLIVEIRA, D.T.; CONSOLARO, A.; FREITAS, E.J.G. Histopathological spectrum of 112 cases of mucocele. *Braz. Dent. J.*, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.29-36, Jan./June 1993.
- OLIVEIRA, K.C.; BEZERRA, A.R.; SAMPAIO, R.K.P.L. Mucocele: aspectos clínicos, histopatológicos e de tratamento. *R.Bras.Odontol.*, Rio de Janeiro, v.57, n.1, p.46-50, jan./fev. 2000.
- SANTOS, M.E.S.M. et al. Mucocele, em criança, envolvendo a superfície ventral da língua. *Odontol. Clín.-cient.*, Recife, v.1, n.2, p.135-140, maio/ago. 2002.
- SHAREEF, B.T. et al. Histopathology and ultrastructural features and mucous extravasation phenomenon: report of a case. *Braz. J. Oral Sci.*, Piracicaba, v.4, n.13, p.749-752, Apr./June 2005.
- SUGERMAN, P.B.; SAVAGE, N.W.; YOUNG, W.G. Mucocele of the anterior lingual salivary glands (glands of Blandin and Nuhn): report of 5 cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, St. Louis, v.90, n.4, p.478-482, Oct. 2000.
- TWETMAN, S.; ISAKSSON, S. Cryosurgical treatment of mucocele in children. *Am. J. Dent.*, San Antonio, v.3, n.4, p.175-176, Aug. 1990.

Recebido em / Received: 17/07/2008

Aceito em / Accepted: 29/08/2008