

Mucocele: Relato de Caso Clínico

Mucocele: Case Report

Leila Portela CÂMARA*
 Vitória Ianer Macêdo dos SANTOS**
 Valdenice Aparecida de MENEZES***
 Homero Luiz Sales NEVES****

CÂMARA, L.P.; SANTOS, V.I.M. dos; MENEZES, V.A. de; NEVES, H.L.S. Mucocele: relato de caso clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.5, n.27, p.378-381, set./out. 2002.

A mucocele por extravasamento é uma patologia comum na cavidade bucal, de origem traumática, caracterizada pelo rompimento do ducto de uma glândula salivar menor e acúmulo de mucina (saliva) no tecido subjacente, pode ocorrer em qualquer idade, tendo sido observada com mais freqüência na segunda e terceira décadas de vida. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de mucocele por extravasamento em uma criança de 7 anos de idade que tinha o hábito de morder o lábio inferior, e seu tratamento através de excisão cirúrgica, com retirada da glândula salivar acessória envolvida, para evitar recidiva. Os pais e a paciente foram orientados quanto à necessidade de descontinuar o hábito.

PALAVRAS-CHAVE: Mucocele; Cisto de retenção mucoso; Fenômeno de extravasamento mucoso.

*Mestranda em Odontopediatria – FOP-UPE; Rua Souza de Andrade, 74/502, Graças – CEP 52050-300, Recife, PE; e-mail: wldonto@terra.com.br

** Professora-adjunta da Disciplina de Odontopediatria – FOP-UPE

INTRODUÇÃO

Mucocele é um termo utilizado para diagnosticar clinicamente dois fenômenos que podem acometer as glândulas salivares menores, sendo eles o fenômeno de extravasamento e o cisto de retenção mucoso (LARGURA *et al.*, 1998).

O fenômeno de extravasamento de muco, de maior frequência, é causado por traumas exercidos sobre o ducto excretor ou sobre o parênquima glandular, levando à ruptura e conseqüente infiltração de muco nos tecidos adjacentes. Já o cisto mucoso de retenção é devido à obstrução do ducto excretor, sendo que esta obstrução pode resultar de um fragmento de cálculo no interior do ducto, da contração de tecido conjuntivo cicatricial à volta do ducto, depois de uma lesão traumática, ou até mesmo de cálculos nos ductos de glândulas salivares acessórias ou sialolitíase (CARNEIRO LEÃO & GOMES, 2001).

O lábio inferior, lateralmente à linha média, é a localização mais comum do fenômeno de retenção de extravasamento, sendo acometido em 75 a 80% dos casos, pela tendência a traumas (LASKARIS, 2000). A mucosa jugal, o ventre anterior da língua e o assoalho da boca (rânula) são localizações menos comuns. Por sua vez, o cisto mucoso de retenção pode ser encontrado no palato, na bochecha, no assoalho da boca e no seio maxilar, áreas que também apresentam glândulas

salivares menores, sendo, porém, pouco sujeitos a traumatismo (CARNEIRO LEÃO & GOMES, 2001).

As mucoceles de extravasamento são mais comuns em crianças e adultos jovens, enquanto as de retenção são mais freqüentes em pacientes com idade avançada. Não há predileção óbvia por qualquer dos sexos (CARNEIRO LEÃO & GOMES, 2001).

A mucocele pode estar localizada superficialmente na mucosa, em que aparece tipicamente como uma vesícula ou bolha cheia de líquido de coloração azulada, ou profundamente no tecido conjuntivo como um nódulo flutuante, coberto por mucosa de coloração normal (McDONALD & AVERY, 1995). O tamanho varia de alguns milímetros a pouco mais de um centímetro. A duração da lesão no momento do diagnóstico varia de alguns dias a várias semanas ou mesmo meses. O diagnóstico é geralmente clínico (LASKARIS, 2000). Pode ocorrer drenagem espontânea da mucina, especialmente nas lesões superficiais, e recidiva subseqüente, à medida que a saliva continua a passar para o tecido conjuntivo no ponto em que o ducto foi seccionado. Nas lesões de longa duração, nas quais há drenagem crônica periódica,

*** Professora-adjunta da Disciplina de Odontopediatria – FOP-UPE

**** Doutorando em Odontopediatria – FOP-UPE; e-mail: nevesh@bol.com.br

pode-se observar fibrose superficial (McDONALD & AVERY, 1995).

As mucocelos por extravasamento apresentam-se histologicamente como um acúmulo de muco circundado por tecido de granulação e conjuntivo fibroso (LASKARIS, 2000). A cavidade não é revestida por epitélio e, portanto, não é um cisto verdadeiro. A parede de tecido conjuntivo geralmente apresenta infiltração por grande número de leucócitos polimorfonucleares, linfócitos e plasmócitos. A luz da cavidade está preenchida por um coágulo eosinófilo contendo número variável de células, principalmente leucócitos e fagócitos mononucleares. A mucocela revestida por epitélio representa uma lesão do tipo de retenção (SHAFER *et al.*, 1987).

Existe a necessidade da realização do diagnóstico diferencial, uma vez que, clinicamente e pela localização, as mucocelos assemelham-se a outras lesões.

O tratamento é feito por meio de excisão cirúrgica, com retirada da glândula salivar acessória envolvida. A marsupialização resultará apenas em recidiva (SHAFER *et al.*, 1987; McDONALD & AVERY, 1995).

CASO CLÍNICO

Paciente A.T.S, sexo feminino, 7 anos de idade, leucoderma, foi encaminhada à clínica de odontopediatria da FOP/UPE, em outubro de 2001, para consulta de urgência. A mãe relatou ter observado uma lesão de forma arredondada no lábio inferior de sua filha há aproximadamente um mês, que aumentou de volume rapidamente. A paciente não reclamava de dor ou incômodo e não havia interferência na mastigação ou fala. Ao exame clínico, observou-se uma lesão no lábio inferior, no lado esquerdo da linha média, séssil, nodular, móvel a palpação, medindo aproximadamente 8mm de diâmetro, de coloração semelhante à mucosa circunjacente, superfície lisa, não-ulcerada e assintomática (Figura 1). Durante a anamnese, verificou-se que a paciente apresentava o hábito de morder o lábio inferior. Mediante as características clínicas encontradas, o diagnóstico clínico provável da lesão foi determinado como mucocela.

O plano de tratamento incluiu, inicialmente, estabelecimento de condições para remoção do hábito, seguida de excisão cirúrgica, observando o preceito de remover a glândula salivar menor adjacente à lesão, com o objetivo de evitar recidiva, comumente observada. O prognóstico estabelecido para o caso foi bom.

Após os cuidados pré-operatórios, foi feita a anestesia da área através do bloqueio do nervo alveolar inferior (Figura 2). Em seguida, com-

plementamos com uma infiltrativa à distância (Figura 3), ao longo da mucocela, com o cuidado de não deformá-la, pois isto dificultaria a cirurgia. A incisão do epitélio foi realizada cuidadosamente para que não houvesse perfuração, com lâmina de bisturi número 15 (Figura 4); foi realizada posterior divulsão tecidual. Após a exérese da lesão, as glândulas salivares acessórias associadas foram removidas para prevenir a possível formação de outras mucocelos. O cuidado diante da facilidade de rompimento da lesão é demonstrado por ocasião da retirada não somente da lesão, mas também da glândula subjacente (Figura 5). O aspecto final da ferida cirúrgica é demonstrado na Figura 6. A sutura, com pontos isolados, foi realizada com fio de seda 3-0 montado em agulha atraumática (Figura 7). Após a cirurgia, a mãe foi orientada sobre os cuidados com a região operada e foi prescrito o uso de analgésicos em caso de dor (Tylenol gotas - 30 gotas), anti-inflamatórios (Nisulid gotas - 30 gotas de 12/12h, durante 7 dias) e crioterapia nas primeiras 24 horas. A cicatrização da ferida cirúrgica é observada, após sete dias, por ocasião da retirada da sutura (Figuras 8 e 9).

O diagnóstico definitivo da peça foi de mucocela do tipo fenômeno de extravasamento, uma vez que a análise anatomopatológica revelou "fragmentos de mucosa revestidos por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado. A lâmina própria era constituída por tecido conjuntivo. Em área focal foi observado edema, por vezes contendo material mucóide, tendo de permissão coleção de macrófagos espumosos e células inflamatórias mononucleares. Lóbulos de glândula salivar infiltrados por células inflamatórias e ductos excretores ectásicos também foram visualizados" (Departamento de Medicina Oral da FOP/UPE).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Clinicamente, pode ser difícil, ou até mesmo impossível, estabelecer a diferença entre fenômeno



FIGURA 1: Aspecto inicial da lesão.



FIGURA 2: Bloqueio do nervo alveolar inferior.



FIGURA 6: Aspecto da ferida cirúrgica.



FIGURA 3: Anestesia complementar.



FIGURA 7: Sutura.



FIGURA 4: Incisão.



FIGURA 8: Aspecto da ferida cirúrgica após 1 semana (antes da remoção da sutura).

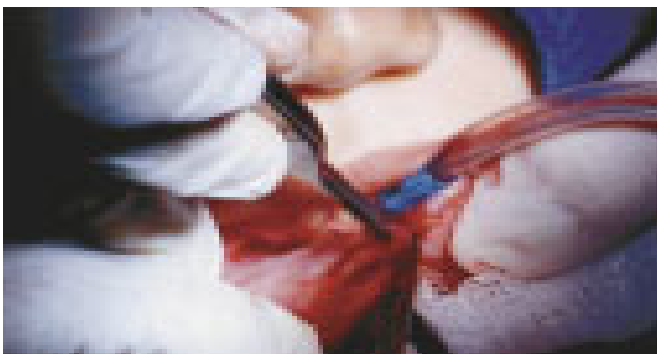


FIGURA 5: Remoção da lesão.



FIGURA 9: Aspecto da ferida cirúrgica após 1 semana (após a remoção da sutura).

sendo importante o posterior diagnóstico anatomo-patológico da peça removida. Características clínicas, como tamanho da lesão, ausência de dor e coloração da mucosa, parecem ser comuns aos dois fenômenos. As principais diferenças salientadas dizem respeito à frequência, idade do paciente e localização preferencial. Estas poucas diferenças clínicas, entretanto, corroboram a hipótese de que há etiologia e patogênese distintas para o cisto de retenção mucoso quando comparado com o fenômeno de extravasamento. Sob o ponto de vista de tratamento e prognóstico, em que analisamos

fundamentalmente a recidiva, os relatos da literatura não apontam diferenças entre as duas lesões. Sendo assim, o tratamento deste tipo de patologia vai depender do diagnóstico clínico, sendo que, para a definição do tipo de mucocele presente, necessita-se de posterior análise anatomopatológica da peça removida.

CÂMARA, L.P.; SANTOS dos, V.I.M.; MENEZES, V.A. de; NEVES, H.L.S. Mucocele: Case report. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.5, n.27, p.378-381, set./out. 2002.

The mucous overflow phenomenon is a common pathology on oral cavity. It is traumatically originated by a rupture of accessory salivary glands duct and consequently accumulation of saliva. It can occur at any age; however, it is more frequent in the second and third decades of life. The aim of this paper was to describe the total removal of a mucocele and the accessory salivary glands involved in this pathology, in a seven year old girl with the habit of biting her inferior lip. The patient and her parents were orientated to discontinue this harmful habit.

KEYWORDS: Mucocele; Mucous retention cyst; Mucous extravasation phenomenon.

REFERÊNCIAS

- CARNEIRO LEÃO, J.; GOMES, D.O. Mucocele: características clínicas e tratamento. **Jornal da Radioface**, Recife, v.2, n.4, p.4, set./out. 2001.
- LARGURA, L.Z.; GRANDO, L.J.; RAU, L.H.; GIL, J.N. Remoção cirúrgica de mucocele. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.52, n.6, p.435-438, nov./dez. 1998.
- LASKARIS, G. Cistos não-odontogênicos. In: _____. **Atlas colorido de doenças bucais da infância e da adolescência**. Porto Alegre/São Paulo: Artes Médicas Sul/Santos, 2000. Cap. 9, p.88-97.
- McDONALD, J.S. Tumores dos tecidos moles da boca e cistos e tumores dos ossos. In: McDONALD, R.E.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Cap.8, p.111-128.
- SHAFER, W.G.; HINE, M.; LEVY, B. Lesões físicas e químicas da cavidade bucal. In: _____. **Tratado de patologia bucal**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. Cap.10, p.486-548.

Recebido para publicação em: 22/01/02

Enviado para reformulação em: 15/03/02

Aceito para publicação em: 19/04/02