

Mucocele em mucosa de lábio inferior

Mucocele of the lower lip mucosa

Karen Martins KAISER¹
 Anna Luisa Tellechea da SILVA¹
 Taís Frenzel da ROSA²
 Maurício Assunção PEREIRA²

RESUMO

Mucocele, também conhecido como fenômeno de extravasamento de muco é um pseudocisto de etiologia traumática onde há o rompimento do ducto de uma glândula salivar menor. Clinicamente pode ser observada como uma tumefação ou bolha, flácida à palpação, assintomática, com a superfície lisa e tamanho variado e com coloração igual a da mucosa adjacente ou azulada, dependendo da sua profundidade no tecido. O paciente geralmente relata uma bolha que se rompe e retorna a encher liberando um líquido de gosto salgado. Sua maior incidência é no gênero feminino (25,4%), entre 8 e 14 anos de idade, sendo o sítio mais comum a mucosa do lábio inferior. No presente trabalho iremos ilustrar um caso clínico de mucocele realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, em um paciente com 23 anos do gênero masculino, leucoderma, o qual apresentava uma lesão situada na mucosa do lábio inferior do lado direito, próxima ao fundo de sulco, medindo, aproximadamente, 0,6cm com coloração semelhante à mucosa adjacente normal. O tratamento realizado foi a excisão cirúrgica do mucocele e das glândulas acessórias envolvidas na região da lesão. O laudo histopatológico confirmou o diagnóstico clínico de mucocele.

Termos de indexação: mucocele; doenças da boca; cistos maxilomandibulares.

ABSTRACT

Mucocele, also known as mucous extravasation phenomenon, is a pseudocyst of traumatic etiology, in which a minor salivary gland duct ruptures. Clinically it can be observed as a tumefaction or bubble; it is flaccid on palpation, asymptomatic, with a smooth surface and variable size, and with coloring equal to that of the adjacent mucosa, or bluish, depending on its depth in the tissue. The patient generally reports a bubble that has burst and fills up again, releasing a salty tasting liquid. There is greater incidence in women (25.4%), between the ages of 8 and 14 years, the commonest site being the mucosa of the lower lip. In the present study, the authors will present a clinical case of mucocele seen at the School of Dentistry at the Federal University of Pelotas, in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, in a patient, a 23-year-old leukoderma man, who presented a lesion situated in the mucosa of the lower lip on the right side, close to the bottom of the fold, measuring approximately 0.6 cm, with coloring similar to the adjacent normal mucosa. The treatment performed was surgical excision of the mucocele and the accessory glands involved in the region of the lesion. The histopathologic report confirmed the clinical diagnosis of mucocele.

Indexing terms: mucocele; mouth diseases; jaw cysts.

INTRODUÇÃO

Os lábios são formados por estruturas musculares e cutâneas que formam as metades superior e inferior da parede anterior da cavidade oral e sua abertura externa. Variam em espessura, forma e tamanho, de acordo com a idade e a raça¹. Limitam-se com as regiões anatômicas vizinhas, como a nasal, geniana e mentoniana².

Mucocele, também conhecido como fenômeno de extravasamento de muco, é um pseudocisto de etiologia traumática onde há o rompimento do ducto de uma glândula salivar menor. Clinicamente pode ser observada como uma tumefação ou bolha, flácida a palpação, de coloração igual a da mucosa adjacente ou azulada, dependendo da sua profundidade nos tecidos, assintomática; com a superfície lisa e com tamanho variado. O paciente geralmente relata uma bolha que se rompe e retorna a encher liberando um líquido de gosto salgado³.

¹ Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Odontologia. R. Voluntários da Pátria, 1767, Centro, 96015-730, Pelotas, RS, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: K KAISER (karenkaiser@ibest.com.br).

² Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Cirurgia, Traumatologia e Prótese Buco-Maxilo-Facial. Pelotas, RS, Brasil.

O mucocele pode apresentar-se superficial ou mais profundamente e sua coloração pode estar esbranquiçada com formação de queratina pelo trauma contínuo. A consistência é freqüentemente amolecida, mas pode ser borrachóide quando traumatizado. Embora possam aparecer em qualquer região da mucosa oral, ocorrem preferencialmente na face interna do lábio inferior, sendo mais incidente no gênero feminino^{3,4}.

Cavalcante et al.⁴ avaliou 370 pacientes, 185 do gênero masculino e 185 do gênero feminino, na faixa etária entre zero a 14 anos. Constatou que o mucocele foi a afecção mais expressiva, apresentando-se em 94 casos (25,40% do total). Esta lesão foi mais freqüente no gênero feminino e na faixa etária entre 8 e 14 anos.

Regezi & Sciubba⁵ relatam que a etiologia do mucocele consiste em trauma mecânico no ducto excretor da glândula salivar menor, produzindo sua obliteração ou ruptura. Assim ocorre um extravasamento de muco no estroma do tecido conjuntivo circunjacente, implicando uma reação inflamatória secundária contendo neutrófilos e macrófagos, seguindo-se a formação de tecido de granulação que envolve o depósito de mucina.

A literatura mostra várias opções para o tratamento do mucocele como a criocirurgia, a homeopatia, a marsupialização e a técnica de Shira⁶.

CASO CLÍNICO

No presente trabalho é apresentado um caso clínico de mucocele realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), no Departamento de Cirurgia, Traumatologia e Prótese Buco-maxilo-facial. O paciente com 23 anos de idade, leucoderma, do gênero masculino, apresentava uma lesão que se situava na mucosa do lábio inferior, no lado direito, próxima ao fundo de sulco. A lesão media aproximadamente 0,6cm e tinha coloração semelhante à mucosa adjacente normal (Figura 1).

Na anamnese o paciente relatou possuir o hábito nocivo de morder a região e referiu que ela apresentava períodos de involução e exacerbação sem sintomatologia. Também referiu que ao traumatizar a lesão, percebia o extravasamento de líquido com sabor levemente salgado oriundo do interior da mesma.

Optou-se pela biópsia excisional das glândulas envolvidas e para o procedimento realizou-se anestesia local infiltrativa na região com lidocaína 2% (Figura 2). Seguiu-se a incisão com lâmina n°15, em forma de elipse e englobando

a área pouco maior que a lesão. A divulsão com tesoura de Goldmam-Fox e pinça anatômica delicada deve ser cautelosa para não perfurar o mucocele (Figura 3). Procedeu-se a remoção das glândulas circunjacentes para prevenirem recidivas e em seqüência a sutura com fio mononylon 4-0 e pontos isolados (Figuras 4 e 5).

O espécime foi fixado com formol 10% e enviado ao Centro de Diagnósticos de Doenças da Boca (CDDC) na Faculdade de Odontologia da UFPEL. O laudo histopatológico confirmou o diagnóstico clínico de mucocele (Figura 6).

Decorrente um ano de acompanhamento, não foi observado recidiva nem aparecimento de novas lesões em outra região intraoral.

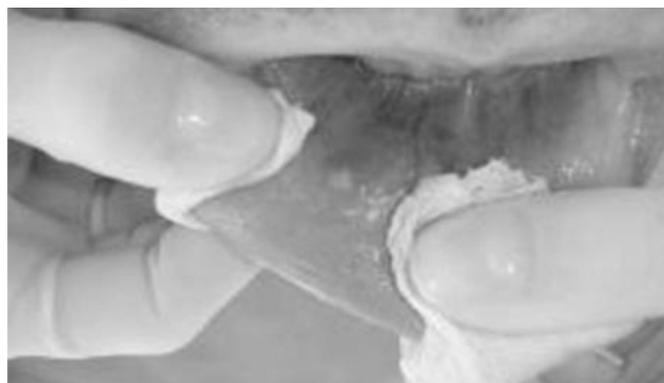


Figura 1. Mucocele com diâmetro aproximado de 0,6 cm de diâmetro.



Figura 2. Anestesia Local infiltrativa no local.



Figura 3. Divulsão dos tecidos.



Figura 4. Local da biópsia após a remoção das glândulas acometidas.



Figura 5. Sutura realizada através pontos simples.

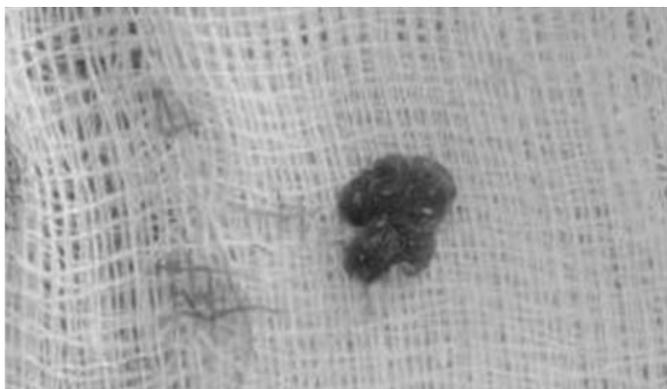


Figura 6. Glândulas acessórias que foram enviadas para o exame histopatológico.

DISCUSSÃO

O mucoccele, dependendo da forma clínica em que se apresenta, pode ser confundido com outras patologias que acometem a região bucal. Desta forma é de suma importância realizar diagnóstico diferencial de outras lesões intraorais como: hemangioma, fibroma, hematoma⁷ e, principalmente, do cisto de retenção de muco⁵.

Quanto à etiologia e patogênese do cisto de retenção de muco, Regezi & Sciubba⁵ estabeleceram que o mesmo resultasse da obstrução do ducto salivar por um sialolito ou cicatriz periductal e a mucina fica, portanto, envolvida por epitélio ductal. Os autores relatam que o cisto de retenção de muco é mais freqüente no lábio superior, no palato, na mucosa jugal, no assoalho da boca, no seio maxilar, mas raramente é encontrado no lábio inferior. Indivíduos mais idosos são acometidos, ao contrário do mucoccele que em geral possui incidência maior em pacientes jovens.

Existem várias formas de tratamento para o mucoccele e na Faculdade de Odontologia da UFPel as técnicas mais empregadas são a micromarsupialização e a excisão cirúrgica por enucleação.

A técnica de micromarsupialização consiste em se passar um fio de seda ou mononylon no interior do mucoccele, na tentativa de induzir um reparo (epitelização) em torno desse fio, que propicie a formação de ductos para drenagem da glândula. Porém, esta técnica não tem uma porcentagem significativa de sucesso, mostrando-se efetiva em mucocceles com pouco tempo de evolução. Além disso, esta forma de tratamento não fornece material para exame histopatológico, impossibilitando a confirmação do diagnóstico.

Já a enucleação consiste na remoção da lesão inteira no momento do procedimento cirúrgico diagnóstico (biópsia excisional), sendo, portanto, um tratamento conclusivo. Esta técnica é feita com a remoção de uma margem de segurança para assegurar a remoção completa da lesão evitando recidivas⁸.

No caso exposto, a opção por excisão cirúrgica deve-se ao fato deste mucoccele apresentar uma camada superficial queratinizada evidenciando o hábito nocivo e freqüente do paciente, que dificultaria a possibilidade de neoformação ductal pela técnica de micromarsupialização.

Embora o diagnóstico clínico seja evidente, o tecido excisionado deve sempre ser encaminhado para análise histopatológica para confirmação. Este exame deve ser realizado com cuidado no intuito de afastar a possibilidade de um tumor de glândula salivar.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o mucoccele é freqüentemente encontrado no lábio inferior de pacientes jovens e está

intimamente relacionado com o hábito de mordiscamento. Devido à forma como se apresenta, deve ser diferenciado de outras lesões que acometem a região bucal e pode ser tratado através de biópsia excisional pela técnica da enucleação cirúrgica. Apesar da história clínica levar a um diagnóstico evidente, o exame histopatológico possui grande importância e não deve ser ignorado.

REFERÊNCIAS

1. Ackerman LV, Del Regato JA. Cancer: diagnosis, treatment and prognosis. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1970. p. 184-98.
2. Picosse LR. Anatomia e embriologia da boca. In: Carvalho MB. Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 234.
3. Neville BW, Damm D, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxillofacial. 2ª. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2004. p. 373.
4. Cavalcante ASR, Marsílio AL, Kuhne SS, Carvalho YR. Lesões bucais de tecido mole e ósseo em crianças e adolescentes. Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos. 1999; 2(1): 67-75.
5. Regezi JA, Sciubba JJ. Cistos da boca. In: Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 260-91.
6. Melo MS. Cistos do complexo bucomaxilo facial: revisão de literatura. [homepage na internet]. [Acesso em 9 Mar 2007]. Disponível em: <http://www.paulogalvaoradiologiaoral.com.br/trabalhos/Cistos_BMF.doc>.
7. Veazey WS, Krolls SO. Common benign lesions of the lower lip. Dentistry. 1995; 15(1): 22-4.
8. Peterson LJ. Cirurgia oral e maxillofacial. 4ª. ed. Rio de Janeiro. Elsevier; 2005.

Recebido em: 9/8/2007
Aprovado em: 23/10/2007

Colaboração

K.M. KAISER participou no auxílio da cirurgia e na revisão do artigo. M.A. PEREIRA participou da cirurgia como operador e orientador da pesquisa. A.L.T. SILVA participou como redatora do artigo. T.F. ROSA participou na execução das fotografias e co-orientadora do artigo.