

Mucocele do Lábio Inferior: Relato de Caso Atípico.

Marcus Woltmann *, Marcos Frech **, Felipe Eilert Santos ***

Gabriel Haddad Kalluf ****, Patrícia dos Santos Cé *****

Resumo: Os autores descrevem um caso clínico atípico de uma lesão de lábio inferior de aproximadamente 4 cm de diâmetro, associada a trauma de mordida em um adolescente de 15 anos, com uma evolução de 6 meses. A lesão foi diagnosticada clinicamente como mucocele sendo realizada a sua exérese cirúrgica e confirmado diagnóstico através do exame anatomo-patológico.

Palavras-Chave: Mucocele; Fenómeno de extravasamento de muco; Fenómeno de retenção de muco

Abstract: An atypical case of a down lip lesion with an approximately 4cm diameter was described by these authors. The lesion, having a six months evolution, was associated with a bite trauma in a fifteen years old teenager. It was clinically diagnosed as a mucocele and after surgical remotion, the diagnosis was confirmed within the anatomy-pathological test.

Key-words: Mucocele; Mucous extravasation phenomenon; Mucous retention phenomenon

(Woltmann M, Frech M, Santos FE, Kalluf GH, Cé PS. Mucocele do Lábio Inferior: Relato de Caso Atípico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2008;49:165-169)

* Especialista em Anatomia Cirúrgica da Face (USP-SP), Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial (Santa Casa - São Paulo-SP), Mestrando Implantodontia (SLMandic-SP), Professor Cirurgia Bucomaxilofacial (FURB-SC)

** Especialista e Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial (Ufpel-RS), Especialista Implantodontia (IPENO) Professor Cirurgia Bucomaxilofacial (FURB-SC)

*** Especialista e Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial (Ufpel-RS), Professor Cirurgia Bucomaxilofacial (FURB-SC)

**** Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial (Santa Casa - Piracicaba-SP), Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial (UFU-MG)

***** Graduanda em Odontologia (FURB-SC), Estagiária da disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial (FURB-SC)

INTRODUÇÃO

Mucocele é o nome dado à manifestação clínica de dois fenômenos distintos que podem acometer as glândulas salivares menores: fenômeno de extravasamento e o fenômeno de retenção de muco⁽¹⁻⁴⁾. Quando encontradas no assoalho bucal são chamadas rânula, pois o aumento de volume lembra o ventre de uma rã⁽⁵⁾.

O fenômeno de extravasamento de muco é causado por traumas exercidos sobre o ducto excretor ou o parênquima glandular, levando ao acúmulo de fluídos produzidos nos ácinos para o tecido conjuntivo circunjacente a glândula afectada. Já no fenômeno de retenção de muco ocorre a obstrução do ducto excretor, este pode ser resultante 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^(5,6).

Um mucocele apresenta-se como uma lesão nodular, com consistência flutuante a palpação se superficial, ou fibrosa se mais profunda, sua coloração é semelhante aos tecidos adjacentes ou levemente azulada quando superficial. O tamanho varia de poucos milímetros até 1 ou 2 cm. Tem forma oval e superfície lisa. Pode aparecer repentinamente (fenômeno de extravasamento) ou lentamente (fenômeno de retenção), sem sintomatologia dolorosa. Frequentemente, o paciente relata seu esvaziamento após o rompimento com saída de um líquido do interior e posterior recorrência⁽⁴⁾.

A localização preferencial do mucocele de extravasamento é o lábio inferior por ser a área mais susceptível a trauma, devido às cúspides dos dentes superiores. Outras regiões envolvidas são a mucosa jugal e palato⁽³⁻⁵⁾. O fenômeno de retenção de muco raramente ocorre no lábio inferior, acometendo principal-

mente o palato, bochecha, e assoalho bucal^(3,5-7).

Os mucocelos de extravasamento são mais comuns em crianças e adultos jovens, enquanto as de retenção são mais frequentes em pacientes com idade avançada. Não há predileção óbvia por qualquer dos sexos^(1,5).

A variedade de extravasamento consiste em um fino tecido de granulação circundado por uma condensação de tecido conjuntivo com variadas células inflamatórias e elementos vasculares. O tecido conjuntivo condensado pode ser confundido com o epitélio⁽⁵⁾. O mucocelo revestido por epitélio representa uma lesão do fenómeno de retenção^(2,8).

Há três técnicas para tratar os mucocelos de lábio inferior as quais também podem ser aplicadas para a mucosa jugal e palato. As lesões pequenas podem ser completamente excisadas, certificando-se incluir o tecido glandular associado bem como todas as glândulas marginais antes do fechamento primário. Os grandes mucocelos podem ser tratados por um procedimento não invasivo (marsupialização), pois a excisão ou dissecação podem ser problemáticas às estruturas vitais, tais como o ramo labial do nervo mentuniano⁽⁵⁾. O terceiro procedimento envolve a dissecação do mucocelo junto com as glândulas mucosas anexas. Esta técnica é preferida para lesões de tamanho moderado. Tal como a técnica de excisão, todas as glândulas marginais devem ser removidas antes do fechamento primário⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente G.A.S., 15 anos, género masculino, compareceu ao ambulatório da disciplina de cirurgia bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da FURB (Blumenau-SC), referindo aumento de volume no lábio inferior há 6 meses, indolor e com períodos de aumento e diminuição de volume após traumas repetitivos por mordedura acidental, com eventual saída de líquido do seu interior. Ao exame clínico, observou-se a presença de uma lesão tumoral em lábio inferior de aproximadamente 4 cm em seu maior diâmetro, com consistência flutuante a palpação, coloração rósea semelhante aos tecidos circunjacentes, e presença de pequena área ulcerada em fase cicatricial em local da última mordedura (Figura 1). Com as informações colhidas a hipótese de diagnóstico era de mucocelo. Realizou-se a intervenção cirúrgica sob anestesia local através do bloqueio do nervo mentuniano bilateral, seguido de uma incisão labial semi-lunar, os tecidos foram delicadamente divulsionados afim de não ocorrer o rompimento da lesão (Figura 2). Procedeu-se o pinçamento da glândula afectada de maior tamanho, sua divulsão em relação ao plano muscular subjacente bem como as glândulas associadas à lesão (Figuras 3 e 4). Realizou-se a sutura simples da muco-

sa (Figura 5) e o rompimento da lesão para constatar o extravasamento de mucina confirmando o diagnóstico em questão (Figura 6). O mucocelo apresentava um tamanho atípico e as glândulas associadas davam um aspecto de “cachos de uva” (Figura 7). O exame anátomo-patológico corroborou o diagnóstico de mucocelo de extravasamento (Figuras 8 e 9).



Figura 1 - Lesão tumoral em lábio inferior à esquerda com presença de pequena úlcera.

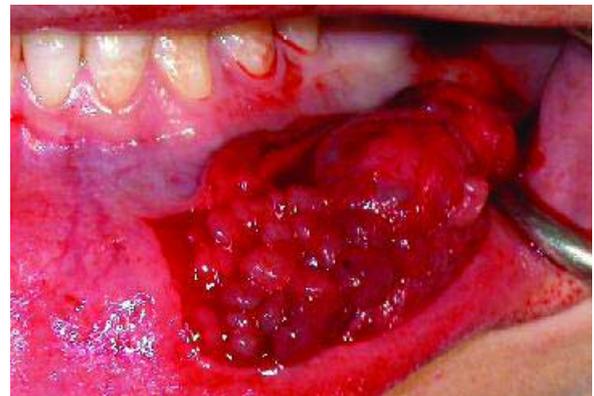


Figura 2 - Aspecto da lesão após incisão semi-lunar e glândulas acessórias anexas

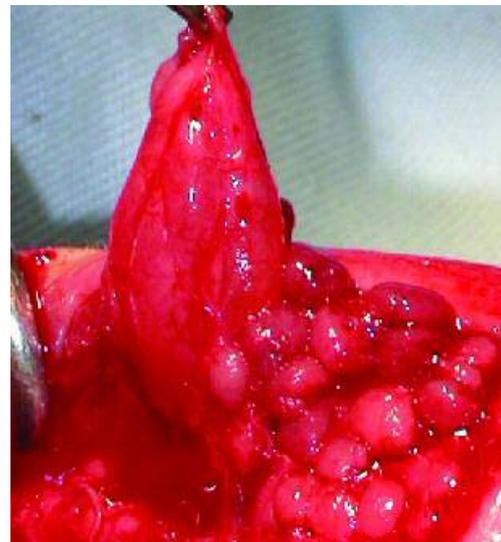


Figura 3 - Pinçamento da lesão principal

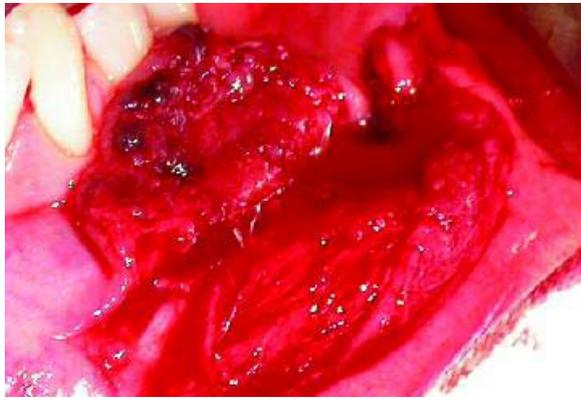


Figura 4 - Aspecto do leito cirúrgico após remoção da lesão



Figura 5 - Aspecto final após suturas



Figura 6 - Lesão medindo 4 cm em seu maior diâmetro, mostrando glândulas acessórias anexas a lesão principal.



Figura 7 - Lesão principal rompida propositalmente mostrando saída de líquido semelhante a mucina.

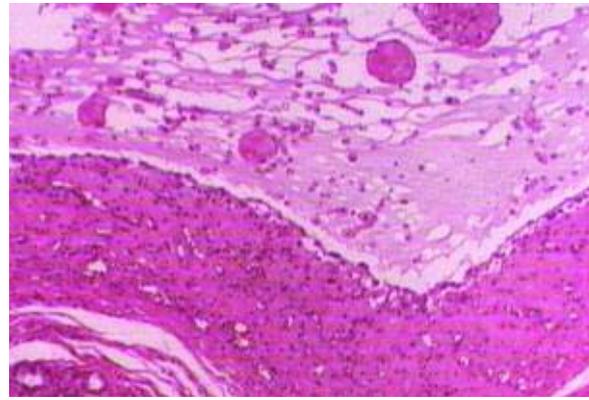


Figura 8 - Fotomicrografia, mostrando lesão cística sem revestimento epitelial e com parede constituída por tecido fibroso denso e de granulação. O conteúdo é de histiócitos e material basofílico e amorfo (muco). HE- 100X.

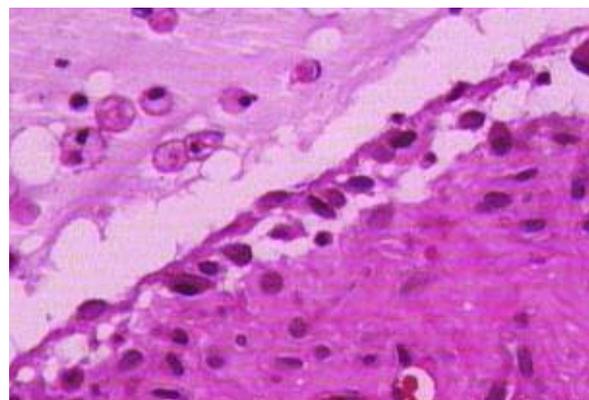


Figura 9 - Fotomicrografia, mostrando em detalhe a lesão. HE- 200X

DISCUSSÃO

Diversos estudos^(3,9-11) relatam haver maior prevalência entre a segunda e terceira décadas de vida, enquanto que Neville⁽¹³⁾ e Shaffer⁽⁴⁾, afirmam não haver predileção por grupo etário, já que pode ocorrer em qualquer idade.

Em relação ao gênero a maioria dos autores^(2,10,13,14) observaram não haver diferença significativa na distribuição de mucoceles entre homens e mulheres. Já Evenson⁽¹⁶⁾ relata maior incidência em mulheres e Largura *et al*⁽²⁾ em homens.

A literatura corrente sobre mucoceles^(2-5,8,16) é unânime em apontar o lábio inferior como local acometido com maior frequência.

O mucocele normalmente é causado por traumas exercidos sobre o ducto excretor ou o parênquima glandular^(5,6), e frequentemente o paciente relata seu esvaziamento após o rompimento com saída de um líquido do interior e posterior recorrência⁽⁴⁾. Em nosso caso clínico o paciente relatava o hábito de morder o lábio, e fases de aumento e diminuição de volume labial com saída de um líquido da lesão compatível com os relatos descritos na literatura.

Tipicamente o mucocele costuma apresentar um tamanho segundo a literatura que varia de poucos milímetros até 1 ou 2 cm⁽⁴⁾, no caso clínico em questão o tamanho da lesão de aproximadamente 4 cm mostra-se bastante atípico, não somente pela dimensão aumentada como pelo número de glândulas acessórias anexas a lesão principal.

De acordo com Amui⁽⁸⁾ há a necessidade de diagnóstico diferencial, uma vez que, os mucocelos assemelham-se a outras lesões, tais como o hemangioma (pela coloração azul intensa)^(17,18), lipoma (pela coloração e localização sublingual), linfangioma, neurofibroma, neoplasma de glândulas salivares, carcinoma adenocístico e o tumor misto benigno⁽⁹⁾.

Embora existam opções de tratamento para os mucocelos, tais como marsupialização, remoção cirúrgica total do mucocele e glândulas associadas, dissecação do mucocele⁽⁵⁾, drenagem do líquido mucoso⁽¹⁶⁾, e crioterapia⁽¹⁹⁾, o tratamento ideal para qualquer forma de mucocele é sua completa excisão cirúrgica com a remoção das glândulas salivares acessórias envolvidas^(3,10,14,17,20). Concordamos com a técnica de remoção total da lesão e glândulas anexas por entendermos que se trata do método com menor probabilidade de recidiva, método escolhido para a resolução do caso clínico. Mariano *et al.*⁽¹⁷⁾ concordam com as possibilidades de recidiva da lesão e recomendam a sua preservação.

Segundo Neville⁽¹³⁾ o tecido excisado deve ser enca-minhado para anátomo-patológico para confirmar o diagnóstico e afastar a possibilidade de um tumor de glândulas salivares.

CONCLUSÕES

A revisão da literatura e o presente caso clínico nos permitem as seguintes considerações:

1. Os mucocelos podem ocorrer em qualquer idade, sendo as de extravasamento mais comuns em pacientes jovens, e as de retenção em adultos;
2. A localização preferencial do mucocele de extravasamento é o lábio inferior por ser a área mais susceptível a trauma;
3. Devido a possibilidade de recidivas, os mucocelos devem ser tratadas preferencialmente pela excisão cirúrgica completa bem como glândulas salivares anexas;
4. Deve-se instruir o paciente quanto à remoção do hábito de mordedura do lábio, bem como realizar a preservação do caso;
5. Embora os dados clínicos e a saída de saliva da lesão sejam quase que patognomónicas de mucocele, o anátomo-patológico faz-se necessário para descartar neoplasias de glândula salivar.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Harrison JD. Salivary mucoceles. *Oral Surg* 1975; 39:268-78.
- 2 - Largura LZ, Grandó LJ, Raul LH, Gil JN. Remoção Cirúrgica de Mucocele. *Revista da APCD* 1998; 52:435-438.
- 3 - Regezi JA, Sciuba JJ. Doenças das Glândulas Salivares. In: *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991:162-205.
- 4 - Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Lesões físicas e químicas da cavidade bucal. In: *Tratado de Patologia Bucal*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987:486-548.
- 5 - Harold DB. Mucoceles and Ranulas. *J Oral Maxillofacial Surg* 2003;61:369-378.
- 6 - Carneiro Leão J, Gomes DO. Mucoceles características clínicas e tratamento. *Jornal da Radioface* 2001; 2:4.
- 7 - Gill D. Two simple treatments for lowerlip mucoceles. *Austr J Derm* 1996; 37:220.
- 8 - Amui RF, Amui MO, Miranzi RMNF, Lima MA. Mucocele (fenômeno de extravasamento mucoso) envolvendo a superfície ventral da língua: apresentação de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia da Bragança Paulista* 1999; 17:107-112.
- 9 - Amui RF, Carvalho PSP, Filho AH, Araújo MS. Mucocele de Assoalho Bucal. *Revista da APCD* 2000; 54:136-9.
- 10 - Chaudry AP, Reynolds DH, LaChapelle CF, Vickers RA. A clinical and experimental study of mucocele (retention cyst). *J Dent Res* 1960; 39: 1253-1962.
- 11 - Oliveira KC, Bezerra, AR; Sampaio, RKPL. Mucocele – aspectos clínicos, histológicos e de tratamento. *Rev Bras Odont* 2000, 57: 46-50.
- 12 - Robinson L; Hjorting-Hansen E. Pathological associated with mucous retention cyst of minor salivary glands. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1964;18:191-205.

- 13 - Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia das Glândulas Salivares In:1ªed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1998:314-352.
- 14 - Sebastian BJV, Donat SFJ, Diago PM, Masanet MMA. Clinico-pathological study of oral mucoceles. Av.Odontoestomatol 1990; 6:389-391.
- 15 - Yamasoba T, Tayama N, Syoji M, Fukuta M. Clinicostatiscal study of lower lip mucoceles. Head Neck 1990; 12:316-320.
- 16 - Eveson JV. Superficial mucoceles: pitfall in clinical and microscopic diagnosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 66:318-322.
- 17 - Mariano RC; Santana SI; Lima ARG, Pereira AAC. Mucocele: Fenômeno de extravasamento de muco ou de retenção de muco-relato de caso. BCI 2000; 7:63-67.
- 18 - Peterson LW. Quistes de los huesos y los tecidos blandos de La cavidad bucal y de las estructuras contiguas. In: Kruger, GO. Cirurgia buco-maxilo-facial. 5 ed. Buenos Aires : Panamericana, 1982:230-253.
- 19 - Poker ID, Hooper C. Salivary extravasation cyst of the tongue. Br J Oral Maxxilofac Surg 1990; 28:176-177.
- 20 - Tweetman S, Isaksson S. Cryosurgical treatment of mucocele in children. Am J Dent 1990;3:175-176.
- 21 - McDonalds JS. Tumores dos tecidos moles da boca e cistos e tumores dos ossos. In: McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995:111-128.

