

MUCOCELE

MUCOCELE

Carla Vendramini MARIANO¹

Caio PIKUNAS¹

Cintia Maria MIGUEL¹

Lídia Kyoko NAKAMURA¹

José Carlos Pettorossi IMPARATO²

Sérgio Luiz PINHEIRO²

RESUMO

A mucocele é uma lesão não infecciosa de origem traumática que envolve as glândulas salivares e respectivos ductos. O fenômeno de retenção de muco ocorre quando o ducto principal de uma glândula salivar acessória é seccionado ou obstruído, impedindo o fluxo salivar, formando uma cavidade semelhante a um cisto. Essas lesões são geralmente indolores e de superfície regular, com coloração azulada. No exame histopatológico observa-se uma cavidade circunscrita envolta por tecido de granulação que contém mucina livre, além de infiltrado de leucócitos polimorfonucleares, linfócitos e plasmócitos. Em geral, o tratamento de escolha é a excisão cirúrgica com remoção da glândula acessória. O objetivo deste trabalho é expor, através do relato de um caso clínico, a etiologia, patogênese e características clínicas da lesão da mucocele, podendo assim obter um diagnóstico diferencial, provável tratamento e prognóstico.

Termos de indexação: mucocele, saliva, odontopediatria.

¹ Acadêmicos, Faculdade de Odontologia, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas, Brasil.

² Disciplina de Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP. Correspondência para/Correspondence to: S.L.PINHEIRO. E-mail: jimparato@uol.com.br

ABSTRACT

Mucocele is a non-infectious lesion of traumatic origin that involves the salivary glands and their respective ducts. The mucus retention phenomenon occurs when the main duct of an accessory salivary gland is sectioned or obstructed, impeding the salivary flux and forming a cavity similar to a cyst. These lesions are generally painless and possess a regular surface with bluish color. The histopathologic exam shows a circumscribed cavity involved in granulation tissue which contains free mucin and infiltrate of polymorphonuclear leukocytes, lymphocytes and plasmocytes. In general, the treatment of choice is the surgical excision with removal of the accessory gland. The objective of this paper is to report a clinical case, discussing the etiology, pathogenesis and clinical characteristics of mucocele lesions, in order to obtain a differential diagnosis, probable treatment and prognosis.

Index terms: mucocele, saliva, pediatric dentistry.

INTRODUÇÃO

Etiologia e patogênese

Segundo Shafer *et al.*¹, o fenômeno da retenção de muco é uma lesão comum. Alguns pesquisadores acreditavam que este tipo de lesão resultava da obstrução do ducto da glândula salivar menor ou acessória, embora trabalhos experimentais de Bhaskar & Bolden² em camundongos não conseguiram produzir o fenômeno da retenção de muco pela ligação dos ductos das glândulas submandibular e sublingual, mas mostraram que se o ducto salivar fosse seccionado, permitindo o acúmulo de saliva nos tecidos, desenvolvia-se uma cavidade bem delimitada histologicamente idêntica à mucocele natural. Tais pesquisas indicaram que a secção traumática de um ducto salivar, como a produzida pela mordida dos lábios ou da bochecha, ou a pinçagem do lábio pelo fórceps, antecede o fenômeno da retenção. A obstrução crônica de um ducto salivar pode resultar de um fragmento de cálculo no interior do ducto, ou mesmo da contração de tecido conjuntivo cicatricial à volta de um ducto, depois de uma lesão traumática.

De acordo com Marcushamer *et al.*³ e Regezi & Sciubba⁴, mucocele é um termo que

abrange o fenômeno de extravasamento de muco e cisto de retenção de muco. São considerados separadamente por apresentarem microscopia e patogênese distintas.

Para Regezi & Sciubba⁴, Colombini⁵, Veazey & Krolls⁶, Porter *et al.*⁷, a etiologia do fenômeno de extravasamento de muco está relacionada com o trauma mecânico do ducto excretor da glândula salivar menor, produzindo sua transecção ou ruptura. Seqüencialmente, há extravasamento de muco no estroma do tecido conjuntivo circunjacente, onde induz a uma reação inflamatória secundária, contendo inicialmente neutrófilos, seguidos de macrófagos. Segue-se uma resposta do tipo tecido de granulação, resultando na formação de uma parede em volta do depósito de mucina. O tecido vizinho da glândula salivar sofre uma alteração inflamatória secundária, inespecífica à retenção de muco, ocorrendo assim cicatrização na glândula e ao seu redor. Em contrapartida, quanto a etiologia e patogênese do cisto de retenção de muco, Regezi & Sciubba⁴ citam que o cisto de retenção de muco resulta da obstrução do fluxo salivar por um sialólito ou cicatriz periductal. A mucina retida é circundada por epitélio ductal, conferindo à lesão um aspecto semelhante a um cisto na microscopia.

Características clínicas

Segundo Shafer *et al.*¹, Colombini⁵, Bermejo *et al.*⁸ e Anastassov *et al.*⁹, o fenômeno de retenção envolvendo glândulas acessórias ocorre com mais frequência no lábio inferior, mas pode ocorrer também no palato, bochecha, língua e o assoalho da boca. Não há predileção por qualquer grupo etário, sendo mais frequente nas três primeiras décadas de vida. A lesão pode estar localizada bem profundamente nos tecidos, ou ficar excepcionalmente superficial e dependendo da localização, apresentará aspecto clínico variável. A lesão superficial aparece como uma vesícula circunscrita, elevada, medindo de vários milímetros a um centímetro ou mais de diâmetro, de tonalidade azulada, translúcida. Já Marcushamer *et al.*³ relatam mucocele como uma lesão flutuante, não estendendo normalmente para mais de um centímetro de diâmetro. A lesão mais profunda

também se revela por uma tumefação; contudo, devido à espessura do tecido subjacente, a cor e o aspecto da superfície são os da mucosa normal. De acordo com McDonald & Avery¹⁰ e Guedes Pinto¹¹, as mucoceles ocorrem mais comumente no lábio inferior, com o assoalho da boca e bochecha. Segundo Regezi & Sciubba⁴, o fenômeno de extravasamento de muco é mais frequente no lábio inferior; a mucosa jugal, superfície ventral da língua (onde se localizam as glândulas de Blandin – nuhn), o assoalho a boca e a região retromolar são comumente afetados. Já o cisto de retenção de muco é raramente encontrado no lábio inferior, sendo mais frequente no lábio superior, palato, bochecha e assoalho de boca, assim como no seio maxilar. O fenômeno de extravasamento de muco afeta mais comumente adolescentes e crianças, ocorrendo cerca da metade dos casos relatados abaixo dos 21 anos de idade e mais de um quarto entre os 11 e 20 anos. Já o cisto de retenção de muco aparece numa

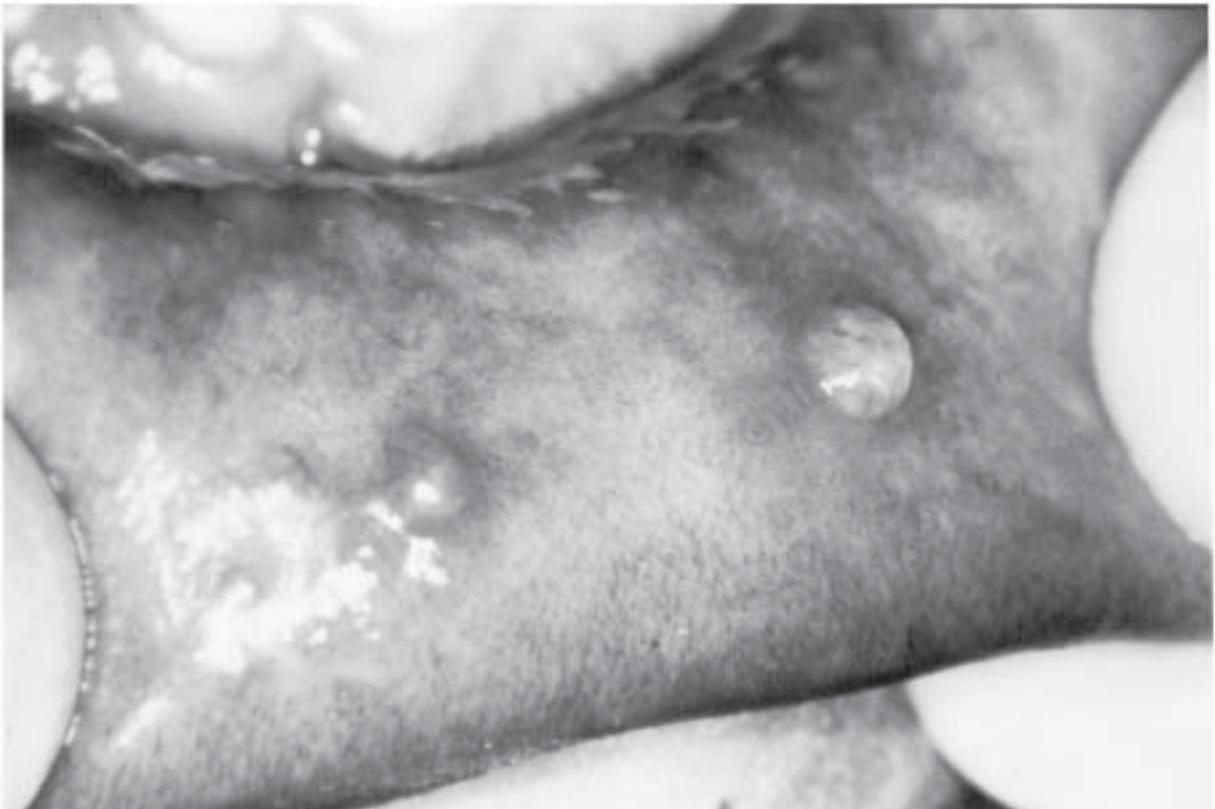


Figura 1. Lesões no lábio inferior de origem traumática, com aspecto bolhoso, superfície regular e assintomática, sugerindo mucocele.

faixa etária mais elevada. A mucocele através do fenômeno de extravasamento de muco apresenta superfície regular com coloração ou transparência azulada, tendo uma localização mais superficial e seu diâmetro varia de uns poucos milímetros a uns poucos centímetros. O cisto de retenção apresenta um tamanho que varia de 3 a 10mm e, a palpação são móveis, insensíveis e geralmente sem a alteração inflamatória periférica. O objetivo deste trabalho é expor, através do relato de um caso clínico, a etiologia, patogênese e características clínicas da lesão da mucocele, podendo assim obter um diagnóstico diferencial, provável tratamento e prognóstico.

RELATO DE CASO

Paciente L.A.L., 8 anos de idade, leucoderma, sexo feminino, apresentou-se à Clínica de Odontopediatria da Pontifícia Universidade Católica de

Campinas, apresentando lesões no lábio inferior, de aspecto bolhoso, assintomáticas, de origem traumática, sugerindo mucocele (Figura 1).

Foi realizada anestesia infiltrativa e posterior excisão cirúrgica das duas lesões acometendo o lábio inferior, incluindo as respectivas glândulas salivares (Figura 2). A peça foi fixada em formol a 10% e encaminhada para exame anatomopatológico. Através do exame anatomopatológico foi possível confirmar o diagnóstico clínico de mucocele, com as lesões apresentando dimensões de aproximadamente 1,0cm e 1,5cm. Os resultados do anatomopatológico apresentaram fragmentos de mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado, lâmina própria com conteúdo semelhante a muco, junto a infiltrado inflamatório mononuclear e polimorfonuclear (Figuras 3, 4, e 5). Após acompanhamento clínico de um ano, a paciente não apresentou recidiva, com ausência de aparecimento de novas lesões.



Figura 2. Excisão cirúrgica das lesões e sutura.

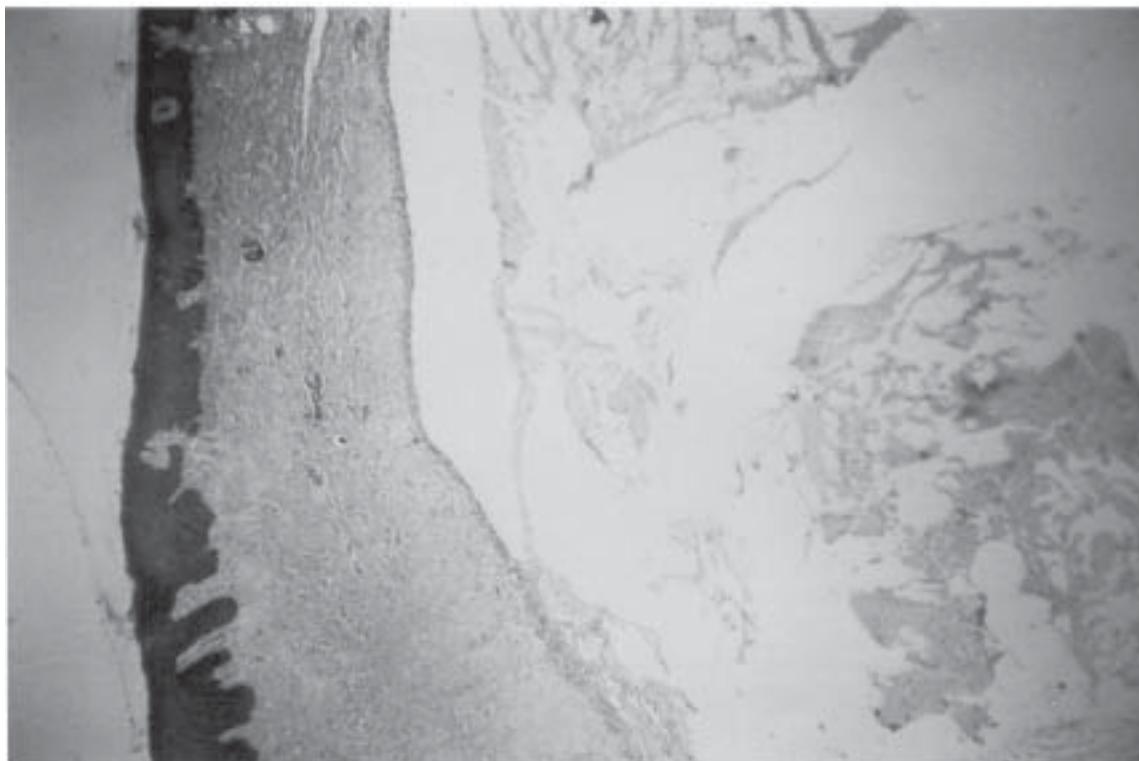


Figura 3. Corte histológico com tecido epitelial de revestimento sobre o tecido conjuntivo, muco extravasado em direção ao tecido conjuntivo.

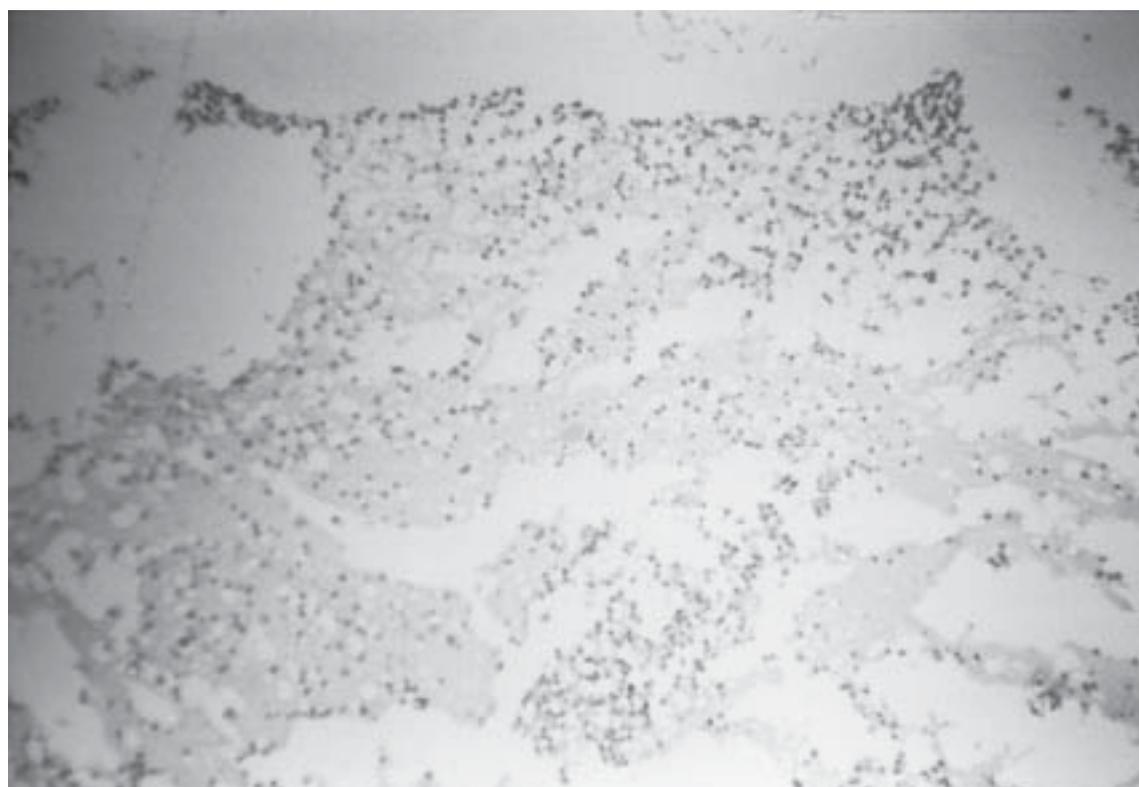


Figura 4. Corte histológico com presença de muco com células macrofágicas (macrófagos).

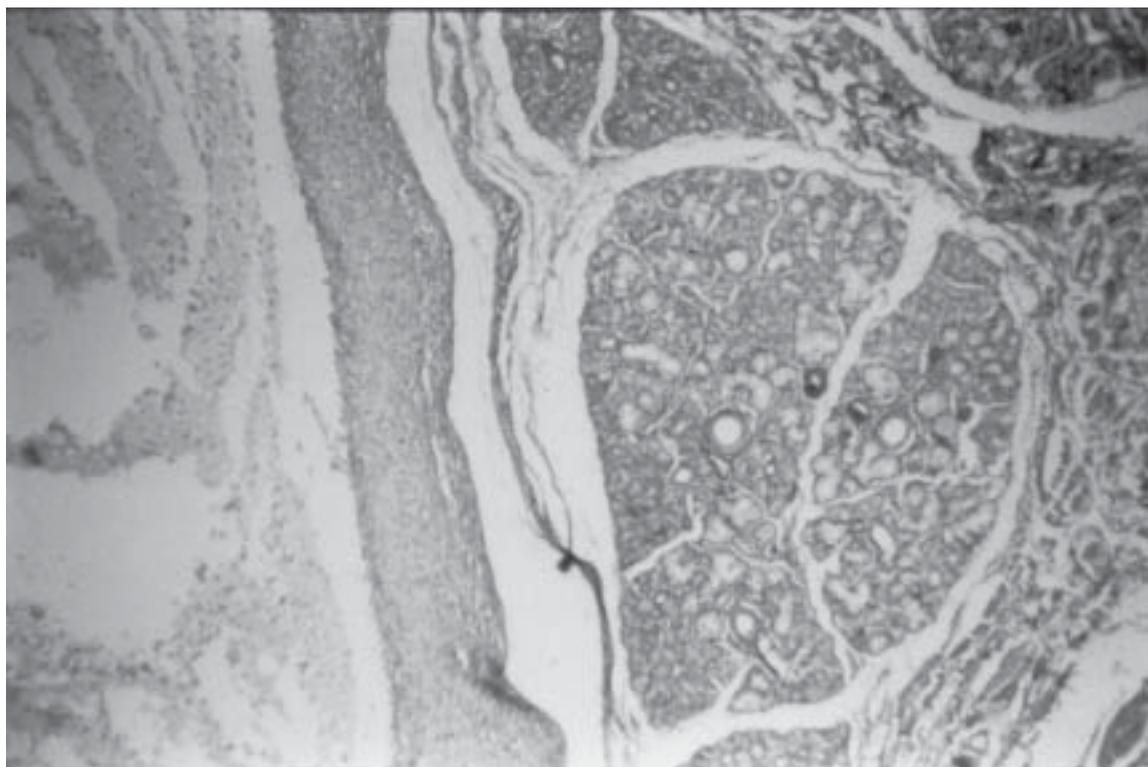


Figura 5. Corte histológico no qual observa-se glândulas(ductos), tecido conjuntivo e muco extravasado.

DISCUSSÃO

Shafer *et al.*¹, Colombini⁵, Porter *et al.*⁷, ressaltam que a maioria das mucocelas, sendo do tipo de extravasamento, consiste em uma cavidade circunscrita no tecido conjuntivo, causando elevação óbvia da mucosa com adelgaçamento do epitélio, como se ele fosse estirado. A cavidade não é revestida por epitélio e portanto, não é um cisto verdadeiro. Sua parede é formada por tecido conjuntivo fibroso comprimido e fibroblastos. A luz da cavidade semelhante a cisto está preenchida por um coágulo eusινόfilo contendo número variável de células principalmente leucócitos e fagócitos mononucleares. Os ácinos das glândulas salivares adjacentes à área da mucocela e associados ao ducto envolvido frequentemente apresentam alterações, que podem consistir em inflamação intersticial, desintegração das células mucosas acinares individuais, resultando na formação de áreas minúsculas de muco estagnado. Histopatolo-

gicamente Regezi & Sciubba⁴ definem mucocela como uma cavidade bem circunscrita envolta por tecido de granulação que contém mucina livre. Essa mucina e o tecido de granulação são infiltrados por um grande número de neutrófilos, macrófagos, linfócitos e ocasionalmente células plasmáticas. A glândula salivar adjacente cujo ducto foi seccionado mostra uma dilatação ductal, cicatrização, células inflamatórias crônicas e degeneração acinar. Com relação a cavidade cística do cisto de retenção de muco, esta se apresenta tapizada por células epiteliais ductais. O tipo de revestimento formado pelas células epiteliais varia de pseudoestratificado a uma camada dupla de células colunares ou cuboidais. A luz do cisto contém tampão mucoso ou sialólito. O tecido conjuntivo de suporte que forma o remanescente do cisto mostra-se minimamente inflamado.

Neste trabalho foi observado nos cortes histológicos tecido epitelial de revestimento sobre o tecido conjuntivo, muco extravasado em direção ao tecido conjuntivo e presença de muco com células

macrofágicas. De acordo com Veazey & Krolls⁶, a mucoccele quando se localiza profundamente pode se assemelhar a um fibroma, hemangioma ou hematoma. Segundo Pinkham¹², hemangioma, linfangioma, carcinoma mucoepidermóide de crescimento lento podem ser incluídos no diagnóstico diferencial da retenção de muco. Regezi & Sciubba⁴ relatam que o surgimento rápido de uma transparência azulada no lábio inferior, seja característica do fenômeno de extravasamento de muco, outras lesões devem ser consideradas quando uma história típica está ausente, como carcinoma mucoepidermóide, malformações vasculares, varizes venosas, neurofibroma e lipomas. Quando surge um mucoccele na mucosa alveolar, um cisto de erupção ou cisto gengival devem ser incluídos no diagnóstico diferencial. Quanto ao cisto de retenção de muco, deve-se diferenciar de extravasamento de muco e neoplasmas benignos do tecido conjuntivo. Regezi & Sciubba⁴, McDonald & Avery¹⁰, Guedes Pinto¹¹ e Pinkham¹² preconizam o tratamento da mucoccele por meio da excisão cirúrgica, com a retirada da glândula salivar acessória envolvida para evitar a recidiva. Segundo Regezi & Sciubba⁴, o prognóstico é excelente.

Em conclusão a Mucoccele é uma lesão benigna, indolor, comum no lábio inferior, de origem traumática que envolve as glândulas salivares e respectivos ductos, e histopatologicamente, se apresenta como uma cavidade circunscrita envolta por tecido de granulação contendo mucina livre, infiltrado de leucócitos, linfócitos e plasmócitos.

REFERÊNCIAS

1. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.
2. Bhaskar SN, Bolden TE. Pathogenesis and management of mucocelas. *J Dent Res* 1956; 35:863-74.
3. Marcushamer M, King DL, Ruano NS. Cryosurgery in the management of mucocelas in children. *Pediatr Dent* 1997; 19(4):292-3.
4. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clínico-patológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 475p.
5. Colombini NEP. Cirurgia maxilo-facial do terço inferior da face. São Paulo: Pancast; 1991.
6. Veazey WS, Krolls SO. Common benign lesions of the lower lip. *Dentistry* 1995; 15(1):22-4.
7. Porter SR, Scully S, Kainth B, Ward-Booth P. Multiple salivary mucocelas in a young boy. *Int J Pediatr Dent* 1998; 8(2):149-51.
8. Bermejo A, Aguirre JM, Lopez P, Saez MR. Superficial mucoccele: report of 4 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88(4):469-72.
9. Anastassov GE, Haiavy J, Solodnik P, Lee H, Lumerman H. Submandibular gland mucoccele – diagnosis and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 33(2):159-63.
10. McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
11. Guedes Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Santos; 1997.
12. Pinkham JR. Odontopediatria: da infância à adolescência. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

Recebido para publicação em 26 de novembro de 2003 e aceito em 3 de fevereiro de 2004.

