

MUCOCELE: TRATAMENTO CIRÚRGICO RELATO DE CASO CLÍNICO

Mucous Cyst: surgical excision – Case Report

Alessandra Bernadete B. de LIMA*
Juliana Paim da SILVA*
Tatiane Silvia ALMEIDA*
Satiro WATANABE**
Luiz Vieira PINTO***

RESUMO

A mucocele em geral, é uma elevação flutuante azulada, mole e que ocorre com maior frequência na mucosa labial inferior, sob a forma de uma bolha recoberta por uma fina camada de mucosa, contendo líquido salivar em seu interior. Este trabalho consiste em uma revisão de literatura e na apresentação de um caso clínico de mucocele, abordando, etiopatogenia, características clínicas e histológicas, diagnóstico diferencial, bem como o prognóstico e o tratamento da lesão.

UNITERMOS

Mucocele, Fenômeno de extravasamento mucoso, Glândulas salivares, Tratamento.

INTRODUÇÃO

A mucocele é uma lesão comum da mucosa oral, não infecciosa, associada às glândulas salivares e seus respectivos ductos. Origina-se a partir da ruptura de um ducto de glândula salivar e consequente derramamento de mucina para o interior dos tecidos moles adjacentes. Geralmente, este derramamento resulta de um trauma local, embora, em alguns casos, não é possível detectar uma história de trauma.⁸

Várias teorias têm sido propostas para justificar a origem da mucocele. Uma delas é a obstrução parcial ou total do ducto excretor de uma glândula salivar menor, originando mucocele de retenção.⁹ Estes casos, geralmente, não podem ser associados a traumas locais. Os sialólitos são citados como causas de obstrução de ductos e consequentemente provoca uma estase salivar.⁵

Porém, o trauma é a causa mais observada.³ Estudos realizados por Oliveira⁹, demonstraram que 80% das lesões de mucocele tratavam-se de extravasamento do muco.

O prognóstico é favorável e vários tratamentos são propostos pela

literatura, como a excisão da lesão associada ou não à remoção da glândula envolvida, marsupialização, criocirurgia, laser e a micromarsupialização.

O presente artigo tem objetivo de revisar a literatura sobre mucocele e apresentar um caso clínico enfatizando a etiopatogenia, características clínicas e histológicas, diagnóstico diferencial, além do prognóstico e o tratamento desta patologia.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com COLEMAN & NELSON¹ (1996), mucocele trata-se de uma lesão não-infecciosa, causada por traumatismo num ducto salivar, o qual resulta na liberação de mucina para o interior do tecido conjuntivo circunjacente. Esse acúmulo de mucina leva a uma reação inflamatória localizada e à formação de um tecido periférico circundando o fluido extravasado.

IRVING⁵ (1996), afirma que mucocele também pode ser referida como fenômeno de extravasamento mucoso, pois são resultantes de

* Acadêmicas do 9º Período do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Anápolis.

** Professor da Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Anápolis

*** Mestre em Diagnóstico Bucal pela USP

extravasamento mucoso secundário a alguma forma de trauma ou secção de um ducto excretor.

Em 1998, NEVILLE⁷, relata que a mucocele é mais comum em crianças e adultos jovens, talvez pelo fato de estes pacientes serem submetidos a traumatismos que induzem ao extravasamento de mucina com mais freqüência. No entanto, as mucoceles têm sido relatadas em pacientes de todas as idades, incluindo neonatos e pacientes jovens.

LARGURA⁶ (1999), descreveu as seguintes características clínicas para este fenômeno de extravasamento:

- Ocorre uma elevação da mucosa, formando uma vesícula circunscrita, com tamanho variando de poucos milímetros a 1 ou 2 centímetros de diâmetro;

- Geralmente é indolor;
- Quando se localiza profundamente, apresenta uma coloração igual à da mucosa ou apresenta-se azulada quando for mais superficial;

- A mucosa de lábio inferior é a localização preferencial;

- Mais prevalente na segunda década de vida ou na terceira década.

- Possui distribuição equilibrada entre os sexos.

NEVILLE⁷, afirma que 75% dos casos de mucocele ocorre no lábio inferior. Normalmente são encontradas lateralmente à linha média. A mucosa jugal, o ventre anterior da língua e o soalho da boca são localizações menos comuns. FAGUNDES³ (1999), relata que o termo "rânula" deve ser empregado para descrever mucocele de ocorrência específica no soalho da boca.

Em 2000, OLIVEIRA⁸ realizou uma pesquisa e concluiu que as mucoceles são mais freqüentes em pacientes brancos (71%), não há predileção por sexo, predomina na segunda década de vida (49%), o lábio inferior foi o sítio mais afetado, apresentando cor normal (46,1%), com tamanho em média 9mm e com média de 6 meses no tempo de evolução.

No aspecto histológico, em mais de 90% dos casos não se constata o revestimento epitelial, fazendo com que, nesses casos, a lesão seja considerada como um pseudocisto OLIVEIRA⁸. Segundo FILHO⁴ (2001),

histologicamente, estas lesões apresentam fluido muco-seroso espesso circundado por tecido conjuntivo compactado. Para IRWING⁵ o tecido fibroso adjacente pode ser infiltrado com linfócitos, neutrófilos e plasmócitos.

O diagnóstico de mucocele é basicamente clínico FILHO⁴; DELBEM² (2001), afirma que o profissional deve realizar uma anamnese acurada, já que informações passadas podem ser extremamente válidas para o diagnóstico final da lesão. É importante o questionamento sobre períodos de remissão e provável trauma no lábio inferior. O diagnóstico correto é de grande importância para o sucesso do tratamento.

De acordo com REGEZI⁹ (2000), para o diagnóstico diferencial deve-se considerar o tumor mucoepidermóide inicial e o adenocarcinoma mucinoso. Porém, essas neoplasias são raras no lábio inferior e acomete uma população mais idosa.

DELBEM² (2001), Relata que o prognóstico é favorável, e vários tratamentos são propostos, como a excisão da lesão associada ou não à remoção da glândula envolvida, marsupialização, criocirurgia, laser e micromarsupialização. Geralmente o tratamento mais indicado é a excisão cirúrgica local com remoção da glândula salivar envolvida. O tecido excisado deve ser encaminhado para a confirmação do diagnóstico e afastar a possibilidade de um tumor de glândula salivar.

CASO CLÍNICO

A paciente N.P., 37 anos, sexo feminino, leucoderma, casada, do lar, procurou a clínica de Semiologia da FOA, queixando de um "caroço" que havia surgido na bochecha, há mais ou menos 15 dias. A anamnese, não evidenciou qualquer alteração sistêmica. A paciente relatou ausência de dor e presença de inchaço que às vezes parecia grande e depois reduzia de volume.

No exame extraoral da face, notou-se uma assimetria (Figura 1). A região cervical não revelou qualquer gânglio palpável.



Figura 1 – Assimetria facial do lado direito

O exame clínico intrabucal revelou um aumento de volume (Figura 2), localizado na mucosa labial inferior direita, de consistência flutuante à palpação e coloração azulada (Figura 3). Os demais tecidos adjacentes apresentaram-se normais. Devido as características clínicas da lesão, permitiu-se um diagnóstico clínico de mucocele (Figura 3). Então a excisão cirúrgica da lesão foi recomendada como tratamento de escolha, devido o poder da recidiva da lesão.



Figura 2 – Aspecto clínico da lesão



Figura 3 – Aspecto clínico da lesão numa visão mais aproximada

Para a realização da cirurgia foram solicitados exames complementares que confirmaram a ausência de quaisquer alterações sistêmicas.

Para a cirurgia, realizou-se a antisepsia extra e intraoral. Logo após foi feita anestesia local utilizando lidocaína com adrenalina 1:100.000, ao redor da lesão, à uma distância suficiente para não ocorrer a perfuração da mesma.

Em seguida, o lábio foi tracionado a fim de imobilizá-lo e obter uma cirurgia com pouco sangramento. Com a lâmina de bisturi nº 15, fez-se uma incisão anterior à mucocele de forma linear (Figuras 4 e 5).

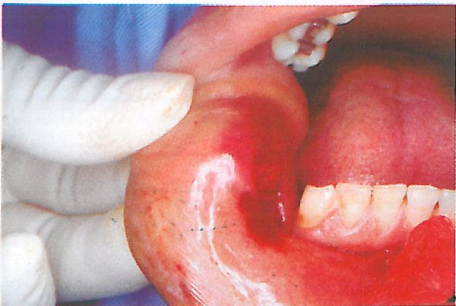


Figura 4 – Fase cirúrgica

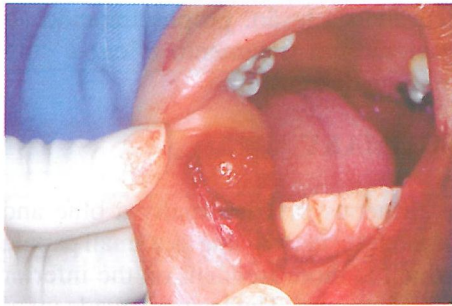


Figura 5 – Fase cirúrgica

Posteriormente realizou-se uma divulsão tecidual, utilizando uma pinça hemostática reta.

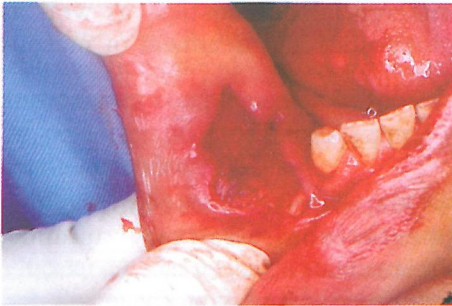


Figura 6 – Loja exposta

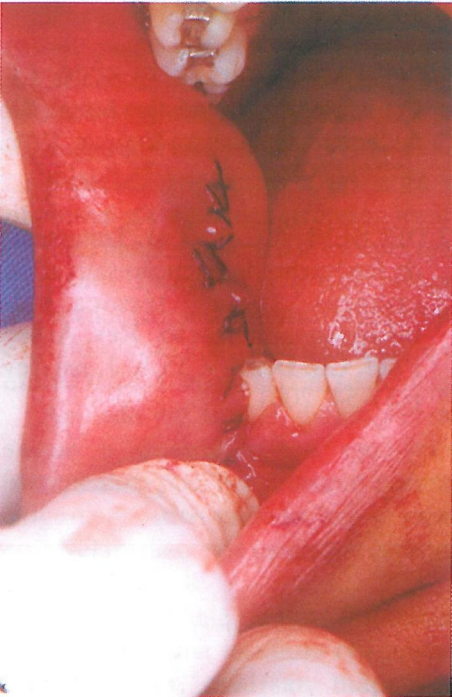


Figura 7 – Sutura após a remoção da lesão

Após a cirurgia de remoção da lesão (Figura 6), procedeu a sutura com fio de seda 4.0, em pontos isolados (Figura 7). A medicação prescrita no pós-operatório foi: Dipirona sódica 500 mg/l, ministrando 35 gotas de 4 em 4

horas em caso de dor.

A peça removida (Figura 8) foi enviada para exame histológico, confirmando o diagnóstico clínico de mucocele (Figura 9).



Figura 8 – Peça cirúrgica removida; sua forma sugere a presença de conteúdo mucoso no seu interior



Figura 9 – Confirmação do diagnóstico de mucocele pelo histopatológico

COMENTÁRIOS

As características clínicas do caso relatado coincidem com as descritas pela literatura COLEMAN & NELSON¹ (1996), LARGURA et al⁶. (1998), DELBEM et al². (2001), no que diz respeito à prevalência do fenômeno de extravasamento em adultos jovens, à localização da lesão na mucosa labial inferior, e aos aspectos físicos de um modo geral.

Os achados citados acima foram observados na tentativa de afastar outras possibilidades de diagnóstico apresentadas na literatura, tais como tumor mucoepidermóide inicial e o adenocarcinoma mucinoso.

Em relação à etiopatogenia da lesão, segundo alguns autores IRVING⁵ (1996); NEVILLE et al.⁷ (1998); OLIVEIRA et al.⁸ (2000), a causa mais freqüente para o aparecimento de mucocele é o traumatismo local. No caso clínico relatado esta causa é observada.

Alguns autores NEVILLE et al⁷. (1998), LARGURA et al.⁶ (1998), consideram importante o exame histopatológico após a excisão cirúrgica da lesão, com objetivo de confirmar o diagnóstico clínico.

A maioria dos autores indicam a excisão cirúrgica da lesão associada à remoção da glândula salivar menor envolvida, por ser o tratamento mais eficaz e com menor possibilidade de recorrência COLEMAN & NELSON¹ (1998), NEVILLE et al⁷., OLIVEIRA et al⁸. (2000), FILHO et al.⁴ (2001). Este foi o tratamento utilizado no caso clínico relatado. O cirurgião-dentista deve atentar para o acompanhamento periódico do paciente após o tratamento cirúrgico, pois a lesão pode recidivar.

CONCLUSÃO

Analisando a lesão, e os relatos descritos na literatura, podemos afirmar que o tratamento eficiente e com menor possibilidade de recorrência da mucocele, é a remoção cirúrgica juntamente com a glândula salivar envolvida. Para tanto, é necessário uma anamnese clínica detalhada para se obter um diagnóstico preciso, possibilitando ao paciente um tratamento precoce com acompanhamentos periódicos após a

retirada da lesão, proporcionando ao paciente um tratamento eficaz e com mínimo de transtorno.

SUMMARY

Mucous cyst is usually a blue and smooth surface visible as a small papule which is more frequent on the inferior labial mucosa. The lesion is made up of translucent mucosa containing a salivary fluid inside. The present study consists of literature review and description of a clinical case, including etiopathogeny, clinical and histologic features, differential diagnostics, as well as prognostics and treatment of mucous cyst.

UNITERMS

Mucous cyst, Mucus extravasation phenomenon, Salivary glands, Treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-COLEMAN, G.G.; NELSON, J.F. **Princípios de diagnóstico bucal**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996, p. 243-244.
- 2-DELBEM, A.C.B. et al. Tratamento de fenômeno de retenção salivar em crianças pela técnica de micromarsupialização. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** V. 55, n. 1, jan./fev. p.51-54, 2001.

3-FAGUNDES, D. M. et al. Rânula: Relato de um caso clínico. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**. V. 18, jul./dez. p. 80-84, 1999.

4-FILHO, H.N. et al. Tratamento cirúrgico da Rânula – Considerações de interesse clínico e relato de caso. **Rev. Bras. de Cirurg. e Implant.** V. 8, n.29, jan./mar. p. 31-34, 2001.

5-IRVING, D.M.D. **Salivary Gland Tumor Pathology**. New York Tokio: Igaku-Shoin, 1996, p. 131.

6- LARGURA, L.Z. et al. Remoção cirúrgica de mucocele. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** V. 52, n.6, Nov./Dez.p. 435-438, 1998.

7- NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998, V. 11, p. 314-316.

8- OLIVEIRA, K.C. et al. Mucocele – Aspectos clínicos, histológicos e de tratamento. **Rev. Bras. de Odontologia**. V. 57, n. 1, jan./fev. p. 46-50, 2000.

9- REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia Bucal: Correlações Clínicas patológicas**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000, p. 195-198.

ERRATA

No Trabalho científico “*Compreensão dos cuidados odontológicos por gestantes em Goiânia – Go*”, página 113 do volume 4, número 2, julho/dezembro de 2002, a autora Vanessa Souza Di Mambro Pimenta é acadêmica do 3º ano da Faculdade de Odontologia de Anápolis e não professora. O nome correto da acadêmica é Vaneza Souza Di Mambro Pimenta.

PROFISSIONAIS LAUDO-DEPENDENTES

“É perfeitamente aceitável que, para abrir uma nova estrada nos domínios do desconhecido, o homem se sirva de complexos e onerosos recursos tecnológicos. No entanto, uma vez aberta a estrada, é de se esperar que sua utilização se faça à base de recursos bem mais simples.” (Mario Rigatto).

O processo evolutivo das Ciências da Saúde tem sido surpreendente mediante conquistas que eram, até então, inatingíveis.

Os recursos tecnológicos permitem, com precisão, um diagnóstico apurado e tratamento correto das doenças.

O problema está, porém, no uso rotineiro de tais recursos, que ofuscam a importância e a necessidade de um bom

exame físico.

Essa idéia tem se difundido no meio acadêmico.

Com isso, a atuação dos futuros colegas fica apoiada, excessivamente, nos exames complementares. Tornam-se, com o tempo, profissionais de saúde laudo-dependentes.

Exames de sangue e de imagem são métodos de grande utilidade para elucidar dúvidas no diagnóstico, mas não substituem procedimentos básicos, como a anamnese e o exame clínico.

Exames que substituem a investigação clínica têm tornado o médico ou o cirurgião-dentista cada vez menos ágil na tomada da anamnese e na execução do exame físico.

Aquele, que antes analisava o paciente na sua integridade, hoje, exercita punhos solicitando exames que não sabe interpretar e que pouco acrescentariam se a história médica fosse explorada com critério e sabedoria e o exame físico executado com seqüência.

Apoiado em laudos, muitas vezes, segue o doente preso em seus sofrimentos, pois o tratamento correto exige diagnóstico apurado. Isso se torna possível mediante os caminhos do bom exame clínico.

Estamos diante de uma fascinante descoberta e uma insidiosa conquista! Podemos ver, analisar, mapear e dimensionar nossos pacientes por dentro com tamanha precisão e nitidez que acreditamos não precisar tocá-los por fora.

Os exames que deveriam complementar, hoje substituem.

E distante estamos de promover, com magnitude, a saúde dos nossos pacientes. Estamos perdendo nossas habilidades

como cirurgiões-dentistas ou médicos, pois abusando desses recursos, nos acomodamos diante do doente.

É preciso utilizar de maneira eficiente e coerente o conhecimento que adquirimos nos anos de estudo como acadêmicos e profissionais.

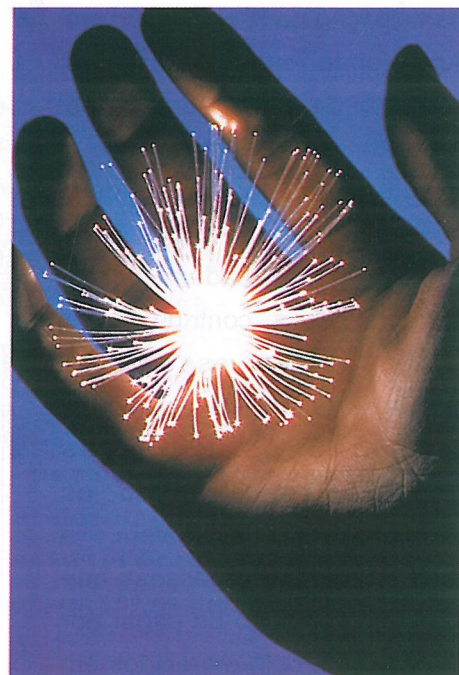
Utilizar a luz dos olhos, a paciência de escutar e a revelação de um toque, podendo contar, é claro, com a ajuda da tecnologia, mas não deixá-la substituir em demasia o exame clínico.

Com isso, vamos ficando cada vez mais longe do diagnóstico, cada vez mais longe dos nossos pacientes.

Luciano Augusto de Jesus
especialista em CTBMF e
especializando em Imagenologia Dento-
Maxilo-Mandibular.



Toque sem preconceito



...a revelação de um toque