

# Mucocele em lábio inferior – Relato de caso clínico

Aline Rosler Grings Manfro\*

Rafael Manfro\*\*

Marcelo Carlos Bortoluzzi\*\*\*

## Resumo

Mucocele é a terminologia usada para designar a manifestação clínica de fenômenos que podem afetar as glândulas salivares, sendo eles o extravasamento de muco e o cisto de retenção mucoso. Clinicamente, possuem características clínicas idênticas, porém distintas quando analisadas sob exame histopatológico. Entretanto, sob ponto de vista de prognóstico e de tratamento, a literatura não aponta diferença entre as lesões, sendo a enucleação o tratamento mais comum e usual para o mucocele. A etiologia dessa patologia está relacionada com traumatismo, rompimento ou obstrução do ducto secretor de uma glândula salivar, acumulando a secreção a ser acumulada no próprio ducto da glândula ou nos tecidos superficiais adjacentes. Os autores apresentam um caso clínico de mucocele em lábio inferior e discutem a etiopatogenia e as características clínicas que levaram ao diagnóstico clínico da lesão, assim como seu prognóstico e tratamento. Os autores concluem a eficácia e a resolutividade da técnica cirúrgica de enucleação no relato apresentado.

Palavras-chave: Mucocele. Cisto de retenção mucoso. Fenômeno de extravasamento de muco.

## 1 INTRODUÇÃO

Mucocele é uma nomenclatura genérica empregada à manifestação clínica de fenômenos que podem afetar as glândulas salivares, sendo eles o extravasamento de muco e/ou o cisto de retenção mucoso (REGEZI; SCIUBRA, 2000). Clinicamente possuem aspecto idêntico, porém são distintos quando analisados sob exame histopatológico (REGEZI; SCIUBRA, 2000; HARRISON, 1975). Entretanto, sob o ponto de vista de tratamento e prognóstico, fundamentalmente a recidiva, a literatura não aponta diferença entre as lesões (LARGURA et al., 1998).

A etiopatogenia do mucocele é dada pelo traumatismo, rompimento ou obstrução do ducto secretor de uma glândula salivar (BODNER; TAL, 1991; HARRISON, 2000), geralmente menor, levando a secreção a ser apreendida no próprio ducto da glândula ou a acumular-se nos tecidos superficiais adjacentes (SHAFER; HINE; LEVY, 1985).

De perspectiva clínica, a patologia se apresenta como uma elevação superficial, assintomática, indolor, recoberta por mucosa de coloração normal quando profunda e levemente azulada, quando superficial, apresentando flutuação circunscrita (BHASKAR, 1976; PINDBORG, 1981). Pode ter variação de duração: de dias até vários anos (NEVILLE et al., 2001). Quando superficial, rompe-se liberando material de consistência viscosa. Não é raro o paciente informar o rompimento da lesão com extravasamento de uma "saliva grossa", relatando a princípio, diminuição do tamanho, mas seguido de aumento da lesão em pouco tempo (NEVILLE et al., 2001; BORAKS, 1996).

---

\* Mestre em Odontopediatria pela São Leopoldo Maudic, SP; Especialista em Odontopediatria pela Associação Maungaense de Odontologia, PR; doutoranda em Odontopediatria pela Universidade Cruzeiro do Sul, SP; Departamento de Histologia Bucal pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; professora das disciplinas de Clínica Integrada I e II e Estágio Clínico Multidisciplinar.

\*\* manfroimplante@hotmail.com

\*\*\* mbortoluzzi@gmail.com

O lábio inferior é o sítio de maior acometimento de mucocele (NEVILLE et al., 2001; COHEN, 1965; ELLIS; AUCLAIR, 1995). Apesar de ser esta a localização preferencial do mucocele, essa patologia também poderá estar presente em outras regiões da cavidade bucal, como: mucosa jugal, assoalho bucal, e superfície ventral da língua, e, em menor proporção, no lábio superior (MUSTAPHA; BOUCREE, 2004).

Ao exame histopatológico, o mucocele do tipo extravasamento se apresenta como uma cavidade circunscrita por tecido conjuntivo e submucosa com o estiramento do epitélio. A parede dessa cavidade é forrada por tecido conjuntivo fibroso, e não por epitélio, dando origem a um pseudocisto. Essa é a principal diferença histológica entre essa lesão e o cisto de retenção mucoso (cisto verdadeiro) (REGEZI; SCIUBBA, 2000; SHAFER; HINE; LEVY, 1985).

Existem várias opções de tratamento do mucocele, sendo a cirurgia de enucleação a mais comum e usual (REGEZI; SCIUBBA, 2000; SHAFER; HINE; LEVY, 1985). Outra opção é a micromarsupialização da lesão por meio do transpasse de um fio de sutura pelo centro da lesão, permitindo, dessa forma, o extravasamento do conteúdo mucoso até sua regressão (TOMASI, 1998), porém, esse tratamento apresenta alto índice de recidiva.

## 2 CASO CLÍNICO E DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Paciente do gênero feminino, 19 anos, leucoderma, procurou tratamento com queixa de lesão no lábio inferior do lado direito, com aspecto arroxeadado que teria aparecido repentinamente (Fotografia 1). Quando questionada sobre o tempo em que a lesão persistia, a paciente afirmou que fazia aproximadamente sete dias. Ela mesma não soube informar quanto à possibilidade de ter ocorrido algum trauma prévio no local e também afirmou que a lesão não teria alterado de volume. No exame de palpação, observou-se o aspecto flutuante da lesão, o que juntamente com os dados colhidos na anamnese, inclinou o diagnóstico clínico para mucocele labial.



Fotografia 1: Características clínicas da lesão em lábio inferior: aumento de volume de base sés-sil e coloração arroxeadada

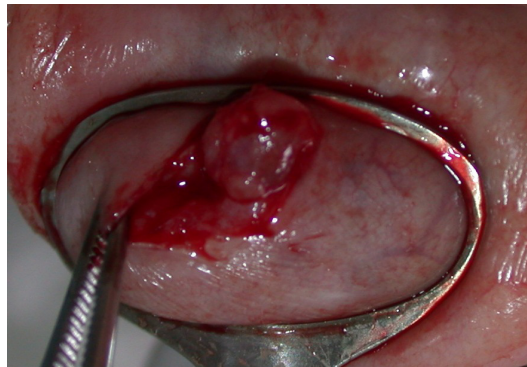
Foi indicado tratamento cirúrgico para enucleação da lesão. Os exames pré-operatórios de rotina indicavam condições sistêmicas normais para a realização do procedimento proposto.

A cirurgia foi realizada sob anestesia local, utilizam infiltração local com mepivacaína 2%, com adrenalina 1:100.000 (DFL). Após o efeito anestésico desejado, foi instalada uma pinça Desmarres,<sup>1</sup> com o objetivo de apreensão do tecido a ser incisado e de obtenção de hemostasia (Fotografia 2).



Fotografia 2: Instalação da pinça Desmarres

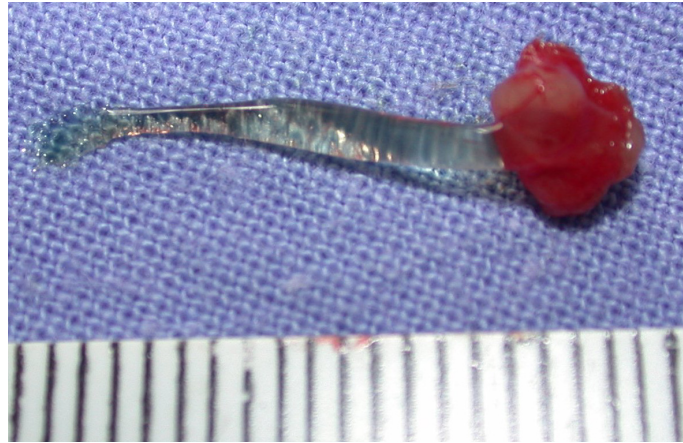
Realizou-se uma incisão perpendicular às fibras do músculo orbicular dos lábios. Esta incisão deve ser realizada o mais superficial possível, com o objetivo de expor a glândula salivar infartada a ser removida (Fotografia 3). A perfuração da lesão, nesse momento, dificulta a identificação do plano de dissecção e, também, a remoção da lesão, o que pode acarretar em recidiva.



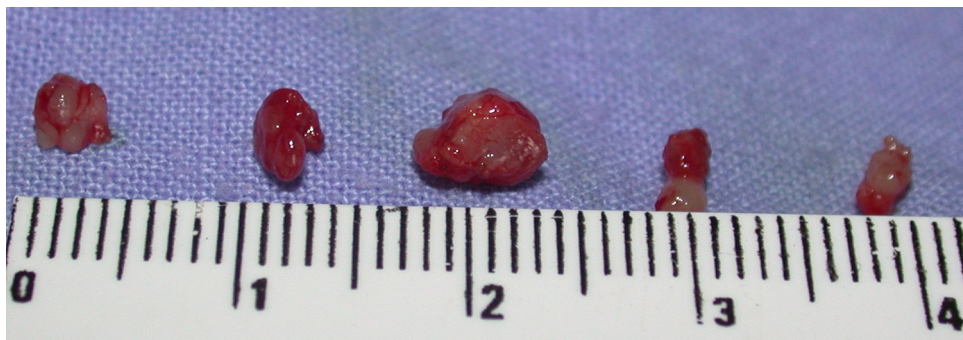
Fotografia 3: Incisão perpendicular às fibras do músculo Orbicular dos lábios para a exposição da glândula salivar infartada

Com o mucocele parcialmente exposto, segue uma dissecção com tesoura romba tipo Metzembraum. Isso permitirá o isolamento da glândula salivar afetada do tecido conjuntivo do lábio, do músculo orbicular dos lábios e das demais glândulas salivares menores, que estão em função normal.

A lesão é então removida por inteiro. O tecido adjacente à lesão deverá ser inspecionado. Todas as glândulas salivares menores expostas no campo cirúrgico deverão ser removidas, com o intuito de evitar que alguma delas também se transforme em mucocele devido ao trauma cirúrgico (fotografias 4 e 5). Ao final, o cirurgião deverá observar apenas o músculo orbicular dos lábios. A cirurgia é finalizada com sutura superficial com fio mononylon 6-0<sup>2</sup> em um único plano. O mucocele removido é então perfurado e a presença de saliva em seu interior confirma o diagnóstico clínico de mucocele.



Fotografia 4: Lesão enucleada e completamente removida. Observar a presença de mucoviscoso no interior da lesão, compatível com saliva



Fotografia 5: Remoção de glândulas salivares menores adjacentes expostas a traumas no campo cirúrgico.

No controle pós-operatório de cinco dias os pontos foram removidos e em controle de 15 dias a paciente apresentava um resultado satisfatório, sem a presença de recidivas ou novas lesões primárias.

### 3 DISCUSSÃO

Mucoceles são lesões comuns na cavidade bucal e podem ocorrer em qualquer área da mucosa oral em que estejam presentes glândulas salivares. A teoria mais aceita atualmente sobre a patogênese dessas lesões, defende a tendência a traumas que resultam em um seccionamento ou obstrução do ducto secretor das glândulas, o que leva a um acúmulo ou extravasamento de muco (SHAFER; HINE; LEVY, 1985). No caso clínico apresentado, houve suspeita de trauma na região, que culminou com o aparecimento da lesão. Sabe-se que a cavidade bucal é muito propensa a traumas de pequena intensidade, os quais nem sempre são considerados, evidenciando o desconhecimento da etiologia pela paciente, quando perguntado na anamnese. As características clínicas de localização preferencial, tamanho, consistência à palpação, ausência de dor, além da perfuração da lesão após remoção com saída de saliva, sugeriram o diagnóstico clínico de mucocele.

Apesar de tentativas mais conservadoras de tratar o mucocele, como a micromarsupialização, o tratamento ideal continua sendo a enucleação total da lesão cística, com o cuidado para que seja eliminada toda

a lesão, evitando, assim, recidivas futuras (PINDBORG, 1981; PETERSON et al., 1999, YAMASOBA et al., 1990). É importante ressaltar que o uso da pinça Desmarres, no transoperatório, facilita o ato cirúrgico, ao permitir melhor imobilização e afastamento do lábio inferior, assim como divulsão e extração da lesão cística (LARGURA et al., 1998). É notado, também, a diminuição do sangramento, facilitando a visualização e correta execução da técnica. No caso clínico, após a enucleação da lesão, a paciente apresentou resultados satisfatórios, sem a presença de recidivas ou novas lesões primárias, além de relatar um pós-operatório tranquilo, sem dor, edema ou qualquer outra queixa.

#### 4 CONCLUSÃO

Dada a frequência de aparecimento do mucocele na cavidade bucal, é de extrema importância que o cirurgião-dentista se familiarize com essa patologia (sua etiopatogenia, características clínicas e tratamento). O tratamento de escolha foi a enucleação da lesão, comprovando a eficácia e a resolutividade da técnica no caso relatado.

#### **Lower lip mucocele – A case report**

##### *Abstract*

*Mucocele is the terminology used to describe the clinical manifestation of phenomenon that can affect the salivary glands, and they extravasation of mucus and retention cyst of mucous. Clinically, have clinical features similar, but separate when analyzed from histological examination. However, in view of prognosis and treatment, the literature suggests no difference between the injuries, and the enucleation the most common treatment for mucocele. The etiology of this disease is linked to trauma, disruption or obstruction of duct secreting a salivary gland, leading to secretion to be accumulated in the duct of the gland or in the tissues adjacent surface. The authors present a case of mucocele in lower lip discussing the pathogenesis and clinical features that led to the clinical diagnosis of the injury, and his prognosis and treatment. The authors conclude the effectiveness and resolution of technical enucleation of the report presented.*

*Keywords: Mucocele. Mucous retention cyst. Phenomenon of leakage of mucus.*

##### Notas explicativas

<sup>1</sup> Pinça oftálmica, 25 mm. Normed Medizin, Alemanha.

<sup>2</sup> Ethicon, Brasil.

#### REFERÊNCIAS

AMUI, R. F. et al. Mucocele (Fenômeno de extravasamento de muco) de assoalho bucal. **Rev. Ass. Paul. Ci-rurg. Dent.**, v. 54, n. 2, p. 136-139, 2000.

BAGÁN, Sebastian J. V. et al. Clinico-pathological study of oral mucoceles. **Av Odontoestomatol**, v. 6, n. 7, p. 389-391, 1990.



BHASKAR, S. Diagnóstico bucal. In: **Cistos dos tecidos moles**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1976.

BODNER, L.; TAL, H. Salivary gland cysts of the oral cavity: clinical observation and surgical management. **Compendium**, v. 12, n. 3, p. 154-156, 1991.

BORAKS, S. **Diagnóstico bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

COHEN, L. Mucoceles of the oral cavity. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 19, n. 3, p. 365-372, 1965.

ELLIS, G. L.; AUCLAIR, P. L. Tumor-like conditions. In: Atlas of tumor pathology: tumor of the salivary glands. Washington (DC): Armed Forces Institute of Pathology, 1995.

HARRISON, H. D. Sublingual gland is origin of cervical extravasation mucocele. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 90, n. 2, p. 404-405, 2000.

HARRISON, J. D. Salivary mucoceles. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 39, n. 2, p. 268-278, 1975.

LARGURA, L. Z. et al. Remoção cirúrgica de mucocele. **Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.**, v. 52, n. 6, p. 435-438, 1998.

MUSTAPHA, I. Z.; BOUCREE, S.A. Mucocele of the upper lip: report of an uncommon presentation and its differential diagnosis. **J Can Dent Assoc.**, v. 70, n. 5, p. 318-321, 2004.

NEVILLE, B. W. et al. Patologia oral e maxilofacial. In: **Patologia das glândulas salivares**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PETERSON, L. J. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PINDBORG, J. J. **Atlas das doenças da mucosa oral**. 3. ed. São Paulo: Panamericana, 1981.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Patologia bucal: correlações clinicopatológicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SHAFER, W.; HINE, M.; LEVY, B. **Tratado de patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

TOMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1998.

YAMASOBA, T. et al. Clinicostatistical study of lower lip mucoceles. **Head Neck**, v. 4, n. 12, p. 316-320, 1990.