

Mucocele

Gilberto Quevedo D'Ávila*

RESUMO

Este trabalho tem o propósito de estudar uma série de 185 casos de Mucocele que foram diagnosticados na disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS, analisados em relação as variáveis sexo, localização preferencial e idade em que predominam e ainda discutir os aspectos clínicos, histológicos e etiológicos desta lesão. Os dados levantados foram desenvolvidos junto ao Núcleo de Informática em microcomputador PC-XT.

SUMMARY

The purpose of this paper was to study 185 cases of mucoceles diagnosed at the Federal Univ. of RS (School of Dentistry), Discipline of Oral Pathology. The lesions were analysed concerning variables such as sex, age, location, and their clinical, histologic, and etiologic aspects. The data was pooled and presented with the aid of a PC-XT computer.

UNITERMOS

Cisto de retenção de muco, Fenômeno de extravasamento de muco, Mucocele.

Introdução

O propósito deste trabalho é estudar um tipo de doença das glândulas salivares, o mucocele, nos seus aspectos clínicos, histopatológicos, localização preferencial, faixa etária e sexo.

Esta patologia tem interesse não pelo prognóstico da lesão, mas sim por apresentar-se na clínica com alta frequência e por colocar em prova a habilidade do dentista de relacionar uma possível causa ao surgimento da lesão.

Revisão de Literatura

O termo mucocele é designado genericamente para o diagnóstico clínico de duas lesões que possuem patogênese e microscopia características, sendo elas, o FENÔMENO DE EXTRAVASAMENTO DE MUCO e o CISTO DE RETENÇÃO DE MUCO (5).

Segundo J.W. Eveson (2), o Fenômeno de extravasamento de muco é o tipo de mucocele que predomina e frequentemente está relacionado com um dano no ducto excretor da glândula salivar menor (ruptura ou transsecção) promovendo uma concentração de mucina no tecido conjuntivo adjacente. Este acúmulo de

muco extravasado induz uma reação inflamatória nos tecidos vizinhos onde predominam células de defesa do tipo granulócitos neutrófilos e macrófagos. Em seguida, organiza-se um tecido de granulação procurando isolar a lesão, como uma parede em torno do depósito de muco conferindo uma qualidade de pseudocisto à lesão.

O cisto de retenção de muco é considerado um cisto verdadeiro pois o acúmulo de mucina está revestido por tecido epitelial do ducto glandular, que difere do Fenômeno de extravasamento de muco onde a mucina está circundada por tecido de granulação e tecido fibroso (5).

A etiologia do Cisto de retenção de muco está relacionado com a obstrução do ducto da glândula salivar seja por sialólito ou pelo muco espesso alojado no interior do ducto (5).

Os trabalhos experimentais de Bhaskar e col. (1) e Standish e Shafer (8) em camundongos e ratos, colocam em dúvida a obstrução total do ducto da glândula como fator etiológico. Nestes experimentos, os autores não conseguiram desenvolver o Fenômeno de extravasamento de muco pela ligação dos ductos

das glândulas submandibulares e sublinguais. Os estudos mostraram que a secção do ducto desenvolveu uma cavidade bem delimitada e histologicamente idêntica ao mucocele.

De acordo com estes achados, os autores reputam que a secção traumática de um ducto salivar como a mordida de lábio ou bochecha, ou ainda a pinçagem do lábio pelo fórceps seja o principal fator etiológico.

Harrison e Garret (3) avaliaram o efeito da ligação do ducto da glândula sublingual do gato. Eles encontraram o extravasamento de muco em todas as glândulas depois de vinte dias de ligadura. A ruptura de ácinos foi frequentemente observada nos primeiros dias de ligadura mas os ductos não estavam dilatados ou com rupturas. A atividade secretora da glândula continua tendo como resultado a ruptura de ácinos, com extravasamento de muco.

Praetorius e Hammarstrom, citados por M. Shear (7), em estudos de 200 mucoceles tiveram achados semelhantes. Reputam que um trauma nos ácinos levaria à ruptura e conseqüente coleção de muco, assim a ruptura do ducto excretor não é

* Interno Disciplina Patologia Bucal

obrigatoriamente necessária. Os autores sugerem que este tipo de mucocèle seja chamado de mucocèle "parenquimatosa".

De acordo com Regezi e Sciubba (5), o lábio inferior é o local de eleição para o mucocèle tipo Fenômeno de extravasamento de muco seguido da mucosa jugal, ventre da língua, assoalho de boca e região retromolar.

J.W. Eveson (2) reporta lesões frequentes em palato mole, região retromolar e mucosa jugal. Nos trabalhos de Bhaskar e col. (1) e Standish e Shafer (8), já citados anteriormente, em seus 97 casos de mucocèle, 45% desenvolveram-se no lábio inferior e nenhum caso no lábio superior.

O Fenômeno de extravasamento de muco varia de 1 a 2 milímetros a poucos centímetros de diâmetro e suas características clínicas dependem da profundidade da lesão. Quando superficiais são regulares, de coloração azulada, indolores e em situações de maior profundidade a mucosa apresenta-se de coloração e textura normais.

Regezi e Sciubba (5) afirmam que adolescentes e crianças são afetados mais comumente, 50% dos casos relatados abaixo dos 21 anos de idade e mais de 25% entre 11 e 20 anos. Segundo Bhaskar e col. (1) não há predileção por grupos etários. Já Robinson e Hjorting-Hansen (6), em 125 casos de mucocèle, concluem que cerca de 65% ocorreram nas três primeiras décadas de vida. Em 180 casos relatados por M. Shear (7), 67% destas lesões desenvolveram-se em indivíduos com mais de 40 anos de idade, o mais jovem apresentava 8 meses e o de maior idade 88 anos com o pico de maior frequência na terceira década de vida. Em 500 casos analisados por Cataldo e Mosadomi, citados por M. Shear (7), 16 casos (2,7%) ocorreram em crianças menores de um ano. Harrison (3) avaliou 400 mucocèles e encontrou que o Fenômeno de extravasamento de muco desenvolveu-se com maior frequência em pacientes mais jovens, 84% nas primeiras quatro décadas e o cisto de re-

tenção de muco nos mais idosos, 85% com mais de 40 anos. Segundo Rauch et al (4), somente 6 à 12% dos mucocèles são do tipo Cisto de retenção de muco acometendo em pacientes acima de 40 anos e raramente desenvolvendo-se no lábio superior.

M. Shear (7) concluiu que houve uma predominância em homens de 52% e nas mulheres uma incidência de 48%, no entanto, o cisto de retenção de muco foi mais frequente nas mulheres.

Alguns pacientes relatam vesículas recorrentes que se rompem, gerando um quadro levemente doloroso mas que frequentemente cicatrizam em poucos dias. Ainda poderá ocorrer reabsorção de mucina, diminuindo o tamanho da lesão e mais produção de mucina levando uma alternância de tamanho da lesão.

Do ponto de vista histopatológico, o Fenômeno de extravasamento de muco apresenta-se como uma cavidade bem circunscrita contendo muco. O epitélio suprajacente está adelgado e separado do depósito de muco por uma parede delgada de tecido de granulação comprimido. Um tecido fibroso bem circunscrito envolve o acúmulo de muco e tecido de granulação constituído por grande número de neutrófilos, macrófagos e infiltrado linfoplasmocitário. O parênquima glandular poderá estar comprometido apresentando dilatação ductal e degeneração acinar.

Algumas lesões devem ser consideradas para a realização do diagnóstico diferencial, como por exemplo os neoplasmas de glândulas salivares, malformações nodulares e os neoplasmas de tecido moles (neurofibroma e lipoma) (5).

Nenhum tratamento é necessário, a não ser que a lesão seja persistente e então a excisão da glândula salivar envolvida está indicado.

J.W. Eveson (2) relata que ocasionalmente algumas lesões podem ser vistas em associação com outras alterações da mucosa, particularmente o Lichen planus, sendo necessário a biópsia para estabelecer o diagnóstico e, além disso, o patologista pode

ainda cometer um diagnóstico incorreto de uma alteração subepitelial vesiculosa como a Penfigóide de membrana mucosa, especialmente quando a história clínica é vaga.

Do ponto de vista clínico, os cistos de retenção de muco são lesões de tumefações assintomáticas de 3 a 10 milímetros, móveis à palpação, indolores, sem alterações inflamatórias, a mucosa suprajacente está intacta, de coloração normal, sendo as lesões profundas mais firmes e difusas.

Do ponto de vista histopatológico, a cavidade cística está revestida por células epiteliais ductais variando de pseudoestratificado a uma camada dupla de células cuboidais. A cavidade cística poderá conter quantidades variáveis de mucina espessa ou viscosa. No interior do sistema ductal poder-se-á encontrar tampões de muco ou sialolito. O tecido conjuntivo de suporte não apresenta-se infiltrado de células inflamatórias (5).

Quando do diagnóstico diferencial, deve-se pensar em neoplasmas de glândulas salivares, carcinoma adenocístico e tumor misto benigno e ainda os neoplasmas de tecido conjuntivo (5).

A remoção completa do cisto e glândulas salivares menores associadas à lesão é o tratamento adequado, o prognóstico é excelente, a recidiva não deverá acometer (5).

Existe uma lesão de glândulas salivares maiores (sublingual e submandibular) em que clinicamente utilizamos o termo "Rânula" para especificar o mucocèle desta região. Esta denominação foi atribuída à lesão por assemelhar-se ao ventre de uma rã. Um traumatismo no sistema ductal e também a obstrução ductal por cálculo salivar desde o parênquima da glândula até a abertura do ducto excretor, é o fator etiológico (5). As características clínicas são traduzidas como uma massa de tecido mole flutuante e unilateral, coloração branco-azulado, dependendo do tamanho ocorre desvio da língua para cima e da linha média, quando a lesão for de maior profundidade, estas características não serão tão evidentes (5).

A microscopia da rânula não difere do Fenômeno de extravasamento de muco, a presença do sialolito é muito comum. Devemos incluir no diagnóstico diferencial o cisto dermóide, tumores de glândulas salivares e neoplasmas mesenquimais benignos.

Quanto ao tratamento, a marsupialização pode ser uma conduta aceitável antes da excisão definitiva a fim de reduzir o tamanho da lesão. Na presença de cálculo, a remoção é feita cirurgicamente ou a "ordenha" através da abertura do ducto (5).

Material e Método

Foi realizado um levantamento no arquivo da disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS dos casos de mucocelos, tendo a primeira lesão datada em 05/10/1956 e a última em 05/08/1991, perfazendo um total de 185 casos. Estes foram avaliados em relação as variáveis sexo, idade preferencial e localização preferencial (LI = lábio inferior, MJ = mucosa jugal, L = língua, AB = assoalho de boca, RM = região retro molar, LS = lábio superior, PM = palato mole, ML = mucosa lingual, SM = seio maxilar, CL = comissura labial, SI = sem informação). Os dados levantados foram desenvolvidos junto ao Núcleo de Informática da FOUFRGS num microcomputador do tipo PC-XT.

Resultados

Os resultados relativos à localização preferencial indicam que dos 185 casos de mucocelos, 119 desenvolveram-se no lábio inferior (Gráf. 2) representando 64% (Gráf. 1), seguido da mucosa jugal, língua, assoalho de boca e região retro molar.

Com relação ao sexo, 51% das lesões desenvolveram-se em mulheres (Gráf. 3).

As lesões predominaram até a terceira década de vida, representando 66% ou 113 casos (Gráf. 4), sendo a maior incidência na faixa etária de 21 à 30 anos, representando 31% ou 57 casos (Gráf. 5). A incidência da lesão em pacientes acima dos 40 anos foi de 17% ou 32 casos (Gráf. 5), e em

pacientes menores que 1 ano foi de 0,5% ou 1 caso. O paciente mais jovem apresentava 5 meses de idade e o mais idoso 67 anos.

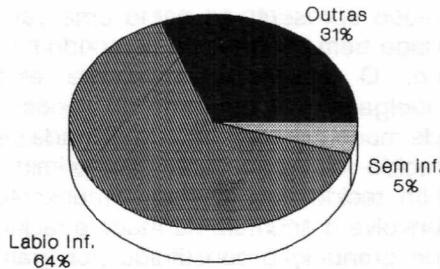
Dos 185 casos, não obtivemos informação quanto ao sexo em 2 casos ou 1% (Gráf. 3).

Dos 185 casos, não obtivemos informação quanto à idade em 18 casos ou 9% (Gráf. 4).

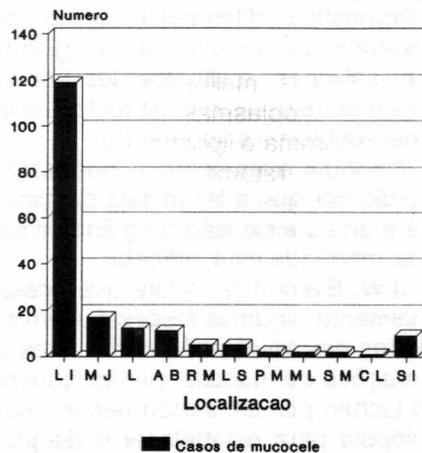
Dos 185 casos, não obtivemos informação quanto à localização da lesão em 9 casos ou em 5% (Gráf. 1).

Em nossa série, não foi evidenciado o cisto de retenção de muco.

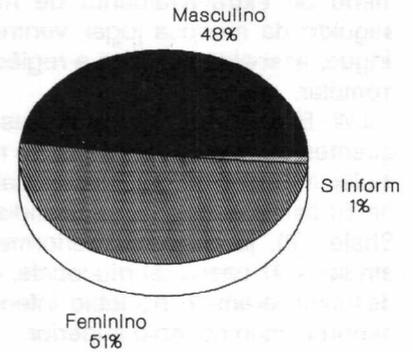
MUCOCELE LOCALIZAÇÃO PREFERENCIAL
GRAFICO 1



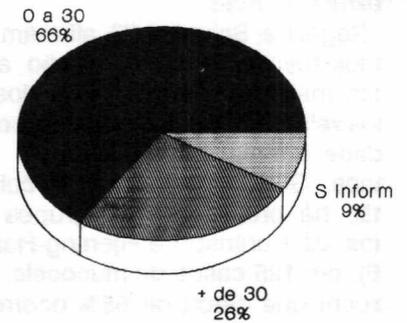
MUCOCELE LOCALIZACAO PREFERENCIAL
GRAFICO 2



MUCOCELE SEXO - PREVALENCIA
GRAFICO 3



MUCOCELE IDADE - PREVALENCIA
GRAFICO 4



MUCOCELE IDADE - PREVALENCIA
GRAFICO 5

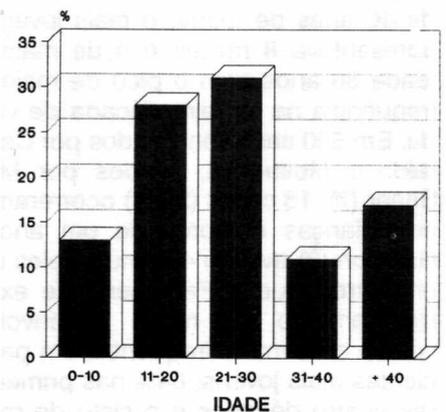


TABELA 1
Distribuição dos casos de Mucoccele, segundo a localização preferencial, Disciplina de Patologia Odonto/UFRGS, 1991

Localização	Número
Lábio Inferior	119
Mucosa Jugal	17
Língua	12
Assoalho de Boca	11
Retro Molar	5
Lábio Superior	5
Palato Mole	2
Mucosa Lingual	2
Seio Maxilar	2
Comissura Labial	1
Sem Informação	9
TOTAL	185

TABELA 2
Prevalência do Mucoccele, segundo a idade dos pacientes, Disciplina de Patologia Odonto/UFRGS, 1991

Idade	Número
0 a 10	24
11 a 20	52
21 a 30	57
31 a 40	20
Mais de 40	32
Sem Informação	18
TOTAL	185

Discussão

Os achados obtidos neste trabalho, no que se refere à localização preferencial (Gráf. 2), estão de acordo com os resultados relatados por Regezi e Sciubba (5). Este autor define o lábio inferior como a localização preferencial para o desenvolvimento do mucoccele, seguido da mucosa jugal, língua, assoalho de boca e região retro molar.

J.W. Eveson (2) reporta lesões frequentes em palato mole, região retro molar e mucosa jugal, onde em nossa série não foram frequentes, apenas 2 e 5 casos em palato mole e região retro molar respectivamente, num total de 185 casos (tab. 1). Quando aos trabalhos de Bhaskar e col. (1) e Standish e Shafer (8) ainda em relação à localização, concordamos como sendo o lábio inferior de maior incidência, afirmando ser de 45%. Já em nossa série, encontramos uma incidência de 64% na mesma região.

Com relação ao sexo, houve discordância entre os achados de M. Shear (7) e nossos resultados, onde constatou predominância em homens de aproximadamente 52% e em mulheres em torno de 48%, enquanto este trabalho revelou uma incidência maior em mulheres, de 51% e 48% em homens (Gráf. 3).

No que se refere à idade, este trabalho mostra achados muito semelhantes com os de Regezi e Sciubba (5), Robinson e Hjorting-Hansen (6), Harrison (3) e em alguns aspectos diferem dos achados de Bhaskar e col. (1), e M. Shear (7). Segundo Regezi e Sciubba (5), crianças e adolescentes são afetados com bastante frequência, 51% abaixo dos 21 anos e mais de 25% entre 11 e 21 anos, de acordo com nossos resultados, onde 41% das lesões estão abaixo dos 21 anos de idade e 28% entre 11 e 20 anos (Gráf. 5). Robinson e Hjorting-Hansen (6) concluíram que 65% ocorreram nas 3 primeiras décadas de vida, resultado que se aproxima muito dos 66% verificados neste trabalho (Gráf. 4), conferindo uma real predileção por esta faixa etária, onde Bhaskar e col. (1) reporta não haver predileção por grupos etários. M. Shear (7) constatou que 67% destas lesões desenvolveram-se em indivíduos com mais de 40 anos de idade contra apenas 17% encontrados por nós (Gráf. 5). Relatou ainda que o paciente mais jovem apresentava 8 meses de idade e o mais idoso de 28 anos contra 5 meses e 67 anos respectivamente constatados em nossa série. Verificamos somente 1 caso de paciente menor que 1 ano de idade (0,54%) contra 16 casos em 500 (2,7%) encontrados por Cataldo e Mosadomi, apud M. Shear (7).

Em relação à etiologia do Fenômeno de extravasamento de muco e Cisto de retenção de muco, estamos de acordo com os autores Bhaskar e Standish e Shafer, Harrisom e Garret, Praetorius e Hammartrom. Estes autores definiram o trauma no ducto da glândula salivar menor ou nos ácinos da mesma, como sendo o fator etiológico e não a obstrução total do ducto.

Em nossa casuística, quando do exame histopatológico, não foi observada a obstrução do ducto, seja por tampões de muco ou por sialolito, nem mesmo o mucoccele associado a outras lesões como reporta J.W.

Eveson (2). Concordamos com J.W. Eveson (2) no que diz respeito às características clínicas e histopatológicas do Fenômeno de extravasamento de muco.

Conclusões

O lábio inferior é o local preferencial para o desenvolvimento do mucoccele (64%), seguido da mucosa jugal, língua, assoalho de boca e região retro molar.

Houve predileção pelo sexo feminino (51%).

Há predominância da lesão até a terceira década de vida (66%) onde a maior incidência está entre 21 e 30 anos (31%).

A incidência em pacientes menores que 1 ano foi muito reduzida (0,54%).

A etiologia do mucoccele é o trauma no sistema ductal ou nos ácinos da glândula salivar.

O Cisto de retenção de muco não foi evidenciado histologicamente, em nossa série, como é descrito na literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BHASKAR, S.N. et al. Pathogenesis of mucocceles. *J. Dent. Res. St. Louis*, v.35, n.6, p.863-866, Dec. 1956.
- EVESON, J.W. Superficial mucocceles: pitfall in clinical and microscopic diagnosis. *Oral Surg., Oral Med., and Oral Pathol.*, St. Louis, v.66, n.3, Sept. 1988.
- HARRISON, J.D.; GARRET, J.R. Mucoccele formation in cats by glandular duct ligation. *Arch. Oral. Biol. Oxford*, v.17, n. , p.1403-1414, 1972.
- RAUCH, S.; GORLIN, R.J. Enfermidades de las glândulas salivares. Transtornos funcionales: exploraciones complementarias: anomalias del desarrollo; transtornos inflamatorios; siladenosis; sialolitiasis. IN: GORLIN, R.J.; GOLDMAN, H.M. THOMA, *Patologia Oral. Barcelona; Salvat*, 1973. Cap. 22. p.1059-1104.
- REGÉZI, J.A.; SCIUBBA, J. J. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991, cap. 8. Doenças das glândulas salivares. p.162-205.
- ROBINSON, L.; HJORTING-HANSEN, E. Pathologic changes associated with mucous retention cysts of minor salivary glands., *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol.*, St. Louis, v.18, n.2, p.191-205, Aug. 1964.
- SHEAR, M. *Cysts of the Oral regions*. 2.ed. Bristol: John Wright & Sons, 1983. cap. 16. Cysts of the salivary glands: mucous extravasation cysts; mucous retention cysts; ranula. p.178-191.
- STANDISH, S.; SHAFER, W.G. The mucous retention phenomenon. *J. Oral Surg. Chicago*, v.17, n.4, p.15-18, Jul. 1959.