

Aspectos Clínicos da Mucocele em Pacientes Pediátricos – Uma Revisão de Literatura

Maria Augusta Freitas **LUCIANO**¹, Renan Bezerra **Ferreira**², Letícia Diniz Santos **VIEIRA**³.

Resumo

A mucocele é uma das lesões benignas que mais acometem a cavidade bucal atingindo cerca de 70% a 80% das crianças e adultos jovens. O aparecimento destas lesões é predominante nos lábios inferiores podendo também ocorrer em outras áreas menos comuns. Esta revisão de literatura busca trazer os aspectos mais importantes relacionados a mucocele no público pediátrico, seu desenvolvimento, características clínicas e tratamento para que uma visão geral e simplificada a respeito deste quadro clínico seja estruturada por meio de embasamentos sólidos. A mucocele ocorre após o extravasamento ou retenção de muco pelas glândulas salivares, apresentando formato arredondado bem delimitado, de aspecto liso e diâmetro de aproximadamente um centímetro. O tratamento é feito de maneira simples e acontece no ambulatório, dentre as técnicas de remoção da lesão a excisão cirúrgica é considerada o melhor procedimento, diminuindo risco de recidiva.

Palavras-chave: Mucocele. Tratamento. Crianças.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em odontologia no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

² Especialista em Odontopediatria pela Uningá e Mestre pela São Leopoldo Mandic – Campinas –SP, Professor de Saúde Coletiva e Odontopediatria pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

³ Especialista, Mestre e Doutora em Odontopediatria Pós doutorado em Biofotônica UNINOVE SP, Especialista em Ortodontia, professora da disciplina de Odontopediatria e membro do NDE do curso de Odontologia no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC.

Como citar este artigo: Luciano MAF¹, Ferreira RB², Vieira LDS³. Aspectos Clínicos da Mucocele em Pacientes Pediátricos – Uma Revisão de Literatura.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Maria Augusta Freitas Luciano
Endereço: QNG 26, casa 19, Taguatinga Norte - Brasília – DF.
Telefone: (87) 99940-4275
E-mail: mariaaugustaf@hotmai.com

Categoria: Revisão de Literatura
Área: Estomatologia

Introdução

A mucocele é uma alteração que frequentemente encontramos na cavidade oral, sendo uma lesão pseudocística benigna que se desenvolve quando há o extravasamento ou a retenção de muco pelas

glândulas salivares. Dentre as lesões bucais mais comuns que encontramos, a mucocele apresenta-se como uma das principais sendo aproximadamente 70% das lesões das glândulas salivares. Estas lesões podem surgir em qualquer ponto da cavidade oral em zonas que possuam glândulas salivares¹.

Dentre as regiões mais afetadas, o lábio inferior é o que apresenta maior incidência de afecção chegando a ser acometido em cerca de 80% das lesões deste tipo. Normalmente essas lesões têm esse alto índice nessa região devido aos traumas mais constantes, porém, mesmo em áreas menos sujeitas à traumas este cisto de retenção também pode ser encontrado, como são os casos das regiões de bochecha, palato e seio maxilar².

A formação da mucocele ocorre após o extravasamento do muco no estoma do tecido conjuntivo circundante à área da glândula salivar, induzindo a um processo inflamatório local o que resulta no surgimento de tecido de granulação formando uma espécie de barreira envolvendo depósitos de mucina que por sua vez passa por um processo inflamatório secundário pela

retenção do muco fazendo com que haja a cicatrização na glândula e ao seu redor. A mucina é recoberta pelo epitélio ductal o que lhe confere na microscopia um aspecto cístico³.

O aparecimento da mucocèle é mais frequentemente relatado entre crianças e adultos jovens, não tendo predileção pelo gênero. Normalmente as lesões surgem no lábio inferior próximo à linha média com uma incidência entre 70% – 80% neste grupo⁴.

Poucos estudos são encontrados na literatura especializada que mostrem preferencialmente resultados no grupo de faixa etária de zero a dezessete anos, no entanto, os dados encontrados sugerem que a mucocèle é uma das principais lesões encontradas em crianças de idade escolar, despontando muitas vezes de lesões como língua fissurada, ulcerações aftosas, lesões traumáticas, entre outras⁵.

Existem várias formas de tratamentos descritos na literatura também havendo muita discordância quanto a qual a melhor técnica a ser utilizada, principalmente quando se leva em consideração as vantagens e desvantagens de cada uma e principalmente as taxas de recidiva⁶.

Esta revisão de literatura busca trazer os aspectos mais importantes relacionados a mucocèle no público pediátrico, seu desenvolvimento, características clínicas e tratamento para que uma visão geral e simplificada a respeito deste quadro clínico seja estruturada por meio de embasamentos sólidos.

Revisão de literatura

Etiologia

A etiologia da mucocèle por ser dividida em duas, onde o grupo um é advindo da ruptura de um ducto excretor da glândula salivar menor, ocasionado por possível trauma, o que resulta em um extravasamento de saliva para os espaços teciduais mais próximos o que chama-se cisto de extravasamento mucoso. O segundo grupo é gerado pelo acúmulo de saliva, como resultado da obstrução parcial ou total do sistema de ductos, o que chamamos de cisto de retenção ou cisto mucoso de retenção^{7,8,9};

Dentre os dois grupos o com maior prevalência é o grupo um com os cistos de extravasamento. Os dois tipos tem a carência de análise histopatológica^{10,11}.

Localização e Prevalência

Os lábios constituídos por estruturas musculares cutâneas, compõem as metades superior e inferior da boca e sua abertura externa. Oscilam em densidade, forma e tamanho conforme a raça e idade dos indivíduos. Delimitam-se com as áreas anatômicas vizinhas, das quais a nasal, geniana e mentoniana. A mucocèle consiste em um extravasamento de muco, que forma um pseudocisto de origem traumática, ocorrendo o rompimento do ducto de uma glândula salivar menor. Podendo aparecer em qualquer região da cavidade oral, ocorrem preferivelmente na face interna do lábio inferior ou no soalho bucal onde recebe o nome de Rânula, com maior incidência no gênero feminino¹².

Podendo ainda causar problemas de interferência na fala, incomodo na mastigação e edema externo. A mucocèle é mais encontrada em crianças e adolescentes com maior prevalência faixa etária entre 8 e 14 anos¹³.

Aspectos Clínicos

De maneira geral o aparecimento da lesão mucosa é descrito como um formato arredondado bem delimitado, de aspecto liso e um diâmetro próximo a um centímetro. Ao toque a consistência é gelatinosa e parece estar flutuando no tecido subjacente².

A topografia é levada em consideração também por outras características encontradas, como a mucosa mais rosada quando se localiza mais profunda ao tecido conjuntivo, de coloração azul ou translúcida quando localizada de maneira mais superficial. Estas lesões tem em média duração de dias podendo chegar a meses mesmo sem apresentar sintomas⁴.

Opções de Tratamento

Existem quatro formas principais de tratamento para os casos de mucocele: excisão por meio direto com bisturi ou a laser, criocirurgia e micromarsupialização. Esta última técnica é considerada a menos traumática entre as outras, sendo altamente indicada nas intervenções pediátricas e em adultos que têm limitações para realizarem procedimentos cirúrgicos, no entanto, esta técnica não é indicada quando não se tem diagnóstico clínico fechado pois não fornece material anatomopatológico para posterior análise¹⁴.

No entanto, a técnica mais comumente realizada em consultórios é a de excisão direta com bisturi ou a laser. Dependendo sempre à escolha do cirurgião dentista designar a melhor forma de tratamento levando em consideração variáveis para a elegibilidade da técnica apropriada. Variantes como a idade do paciente, profundidade da lesão, localização do aparecimento e a origem traumática são o que leva o profissional a escolher entre as técnicas a mais apropriada para o caso¹⁵.

Excisão Cirúrgica

A retirada cirúrgica ocorre por meio da aplicação de anestésico de forma infiltrativa periférica à lesão para que não haja descaracterização desta e facilite o acesso adequado à extração. O processo de remoção é precedido pela incisão de maneira minuciosa do bisturi no epitélio tomando o cuidado para que não cause a perfuração da lesão para que na sequência possa ser realizada a divulsão tecidual por dissecação fazendo a exérese tanto da mucocele quanto das glândulas adjacentes para que os índices de recidivas sejam diminuídos^{16, 10, 2, 17}.

Após a retirada deve-se suturar a área com fio de seda 4.0 por meio de uma agulha não traumática. As indicações ao paciente após o procedimento são de uso de crioterapia nas primeiras 24 horas e a prescrição de anti-inflamatórios e analgésicos caso necessário. A retirada da sutura ocorre em média no sétimo dia após a excisão cirúrgica^{18,19}.

Criocirurgia

A criocirurgia é uma técnica que vem sendo bastante utilizada para a realização de retirada de mucoceles superficiais principalmente em crianças, podendo ser aplicada por uma diversidade de agentes criogênicos tendo o nitrogênio líquido como o agente mais utilizado nesse tipo de procedimento por ser mais versátil, acessível e seco, podendo atingir -196°C²⁰.

Por se tratar de uma ação térmica, o desconforto durante o procedimento é mínimo não havendo necessidade de sedação ou anestesia local o que facilita a aplicação inclusive em crianças pequenas²¹.

A versatilidade da aplicação da técnica surpreende até mesmo nos casos de diminuição de recidivas, não havendo de forma geral o reaparecimento da lesão entre seis meses a cinco anos²².

Micromarsupialização

Para a realização desta técnica o cirurgião dentista utiliza o fio de seda para transpassar a lesão, mantendo a sutura por um período médio de sete dias. Este procedimento estimula a reprodução de ductos excretórios fazendo com que a lesão desapareça. A melhor aplicação da técnica se dá quando o profissional busca os pontos mais distantes das margens da lesão, atingindo um maior diâmetro e assim garantindo que toda a lesão seja debelada¹⁵.

No tratamento de crianças essa técnica também se mostra como uma das mais apropriadas por ser pouco traumática, não havendo necessidade de uso de anestésico infiltrativo e de aplicação fácil e rápida. No entanto existem algumas contraindicações que precisam ser levadas em consideração mesmo que sejam raras em crianças e adolescentes²³.

Dentre as contraindicações estão as lesões de palato e mucosa jugal por serem áreas que normalmente são propensas ao surgimento de tumores tanto malignos quanto benignos, ainda assim glândulas salivares apresentam baixa incidência de desenvolvimento cancerígeno em crianças, em especial as glândulas salivares menores²⁴.

Prognóstico

O prognóstico dos pacientes com mucocele é bastante promissor, tornando-se pouco frequente as chances de recidivas, a não ser quando o tratamento realizado é a exérese da lesão sem remover a glândula que esteja envolvida, nestes casos as chances de recidivas são comuns²⁵.

Discussão

A literatura especializada descreve uma definição muito próxima sobre a mucocele, sem haver divergências sobre a sua definição, o que facilita bastante a compreensão e interesse técnico sobre o assunto^{2, 4, 12, 15}.

Stuani e colaboradores²¹ fazem uma abordagem básica, simplificada, mas eficaz da etiologia, no entanto quando comparados ao estudo de Mariano e colaboradores²⁶ que esmiúça cada aspecto de forma individual e particular, outros trabalhos se tornam incipientes de conteúdo, ficando aquém de uma abordagem satisfatória.

Dentre os estudos analisados houve uma dificuldade quanto à padronização metodológica para a análise da prevalência das afecções em relação ao gênero e idade, entretanto, a localização do acometimento da lesão se mostrou mais presente como sendo em lábios inferiores independente da amostra, como é o caso dos trabalhos de Kaiser e colaboradores⁸, Woltmann e colaboradores²⁷ e Santos e colaboradores²⁸.

No entanto, apesar de concordarem com a localização, Kaiser e colaboradores¹² e Santos e colaboradores²⁸ nos mostram dados bem diferentes quanto à prevalência de gênero e faixa etária encontradas. Enquanto o primeiro nos traz uma amostra de um estudo transversal com 370 participantes divididos em igualdade pelo gênero, com achados onde as lesões apareciam mais frequentemente em mulheres e mais comumente na faixa etária entre 8 e 14 anos; o segundo analisa um estudo retrospectivo, que dá mais condições de análise em maior quantidade em número de casos, sendo 1824 pessoas participando da amostra, onde não foi constatado predileção pelo gênero estatisticamente relevante e sendo a média de idade de 24,9 anos nos

pacientes acometidos.

Dentre as principais formas de tratamento encontradas podemos observar que os trabalhos mostram os principais métodos como sendo possibilidades de tratamento ressaltando condições como menos incômodo, menos traumático, melhor recuperação entre outros aspectos. Rocha e colaboradores¹⁴ defende que em pacientes pediátricos a técnica mais segura a ser utilizada é a de micromarsupialização pois trás benefícios ao paciente por não ser tão traumática quando comparada às outras técnicas, mas dentro do atendimento pediátrico Aulakh e colaboradores²⁹ defendem que o uso do agente térmico na cirurgia crioterápica traz vantagens maiores, como a não necessidade de anestésicos, o que facilita o manejo com este tipo de paciente, sendo reforçado por Moraes e colaboradores³⁰ que além de endossar a técnica, afirma que os índices de recidiva são praticamente nulos.

Entretanto, na maioria dos consultórios a técnica por excisão cirúrgica é a mais utilizada, apesar de ser a que causa um maior trauma cirúrgico, por ser mais prática no dia-dia, mais acessível em centros não tão especializados, por ter uma eficiência comprovada e baixo custo, ela é quase sempre a primeira opção ao se traçar o protocolo. Autores como Santos e colaboradores²⁸, Kaiser e colaboradores⁸ e Danelon e colaboradores¹² elegeram essa técnica para realizar o tratamento dos pacientes acompanhados e os resultados foram bastantes satisfatórios sem haver qualquer intercorrência pela técnica escolhida.

É importante observar que mesmo com outras técnicas existentes e sendo essas as principais, ainda assim a maioria dos trabalhos aqui revisados não discute a questão da elegibilidade da técnica utilizada no estudo quando se trata de excisão, por outro lado, quando o estudo utiliza a micromarsupialização ou a criocirurgia, o embasamento e justificativa sobre a elegibilidade da técnica é melhor explicitado, elevando e estimulando o pensamento clínico a respeito de caso a caso.

Conclusão

A mucocele ocorre após o extravasamento ou retenção de muco pelas glândulas salivares, apresentando formato arredondado bem delimitado, de aspecto liso e diâmetro de aproximadamente um centímetro. O tratamento é feito de maneira simples e acontece no ambulatório, dentre as técnicas de remoção da lesão a excisão cirúrgica é considerada o melhor procedimento, diminuindo risco de recidiva.

Clinical Aspects of Mucocele in Pediatric Patients - A Literature Review

Abstract

The mucoceles is one of the benign lesions that most affect the oral cavity, affecting 70% to 80% of children and young adults. The appearance of these lesions is predominant in the lower lips and may also occur in other less common areas. This literature review seeks to bring the most important aspects related to mucocele in the pediatric public, its development, clinical characteristics and treatment so that an overview and simplified regarding this clinical picture is structured through solid bases. The mucocele occurs after the extravasation or retention of mucus by the salivary glands, presenting a well delimited rounded shape, with a smooth appearance and a diameter of approximately one centimeter. The treatment is done in a simple way and happens in the clinic, among the techniques of removal of the lesion surgical excision is considered the best procedure, reducing the risk of recurrence.

Descriptors: Mucocele. Treatment. Children.

Referências

1. BEZERRA TMM, et al. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. 2016; 82(5): 536-542.
2. CÂMARA LP, et al. Mucocele: relato de caso clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*; 2002; 5(3): 378-81.
3. MARIANO CV, et al. Mucocele. *Revista de Ciências Médicas*. 2012; 13(1).
4. CRIVELLARO JS, et al. Mucocele labial: relato de caso em criança de dois anos de idade. *Stomatosis*; 2007; 13(24).
5. CAVALCANTE ASR, et al. Lesões bucais de tecido mole e ósseo em crianças e adolescentes. *Brazilian Dental Science*; 1999; 2(1).
6. FONTES GA, et al. Remoção de mucocele com laser diodo: relato de caso clínico em paciente infantil. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*; 2016; 70(3): 330-337.
7. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Lesões físicas e químicas da cavidade bucal. In: Shafer WG, Hine MK, Levy BM, eds. *Tratado de patologia bucal*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985. p.486-548
8. Shea CR, Boos MD. Mucous cyst. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/1058145-overview>. Acesso em 28/07/2010.
9. Perez C, Jiménez C. Mucoceles con localizaciones inusuales: reporte de casos. *Acta Odontológica Venezolana*; 2002;40(2):177-80.
10. Bordini PJ, Grosso SFB, Carmo C. Estomatologia na clínica infantil: principais alterações bucais. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2001;55(5):366-70.
11. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patologia bucal: correlações clínico- patológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
12. KAISER KM, et al. "Mucocele em mucosa de lábio inferior." *RGO* 56.1 (2008): 85-88.
13. FARIA NS. TÍTULO: MUCOCELE EM PACIENTE INFANTIL TÍTULO. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO.
14. ROCHA AL, et al. Tratamento da mucocele com a técnica da micromarsupialização modificada. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*; 2013; 67(4):268-271.
15. DANELON M, et al. Diagnóstico e tratamento de mucocele em odontopediatria: relato de caso. *Archives of Health Investigation*; 2013; 2(5).
16. Baurmash HD. Mucoceles and ranulas. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(3):369-78.
17. Bodner L, Tal H. Salivary gland cysts of the oral cavity: clinical observation and surgical management. *Compendium*. 1991;12(3):150-2.
18. McDonald JS. Tumores dos tecidos moles da boca e cistos e tumores dos ossos. In: McDonald RE, Avery DR, eds. *Odontopediatria*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.111-28.

19. Cunha RF, De M, Carvalho P, Guimarães CM, Macedo CM. Surgical treatment of mucocele in an 11 month-old baby: a case report. *J Clin Pediatr Dent.* 2002;26(2):203-6.
20. Schow SR. Discussion: a comparison of three methods used for treatment of ranula. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995;53(3):283.
21. STUANI AS, et al. Mucoceles: lesões frequentes na cavidade bucal de crianças Mucoceles: frequent lesions in children's mouth. *PEDIATRIA (SÃO PAULO);* 2010. 32(4): 288-92.
22. Delbem AC, Cunha RF, Vieira AE, Ribeiro LL. Treatment of mucus retention phenomena in children by the micromarsupialization technique: case reports. *Pediatric Dentistry.* 2000;22(2):155-8.
23. Toida M, Ishimaru JI, Hobo N. A simple cryosurgical method for treatment of oral mucous cysts. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1993;22(6):353-5.
24. Harrison JD. Salivary mucoceles. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975;39(2):268-78.
25. NASCIMENTO JS, et al. Mucoceles da cavidade oral: análise das características histopatológicas de 42 casos. *Revista Odontológica do Brasil Central;* 23 (66).
26. MARIANO CV, et al. Mucocele. *Revista de Ciências Médicas;* 2012; 13(1).
27. WOLTMANN M, et al. Mucocele do Lábio Inferior: Relato de Caso Atípico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial;* 2008; 49(3): 165-169.
28. SANTOS TS, et al. Tratamento cirúrgico de mucocele utilizando a técnica de Shira: relato de caso. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research,* 2008.
29. AULAKH KK, et al. Cryotherapy for treatment of mouth mucocele. *Nigerian Journal of Surgery;* 2016. 22(2):130-133.
30. MORAES PC, et al. Cryosurgery for the treatment of pediatric plunging ranula: a conservative management. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia;* 2015; 63(4): 492-495.