

CONIC SEMESP

15º Congresso Nacional de Iniciação Científica

TÍTULO: MUCOCELE EM PACIENTE INFANTIL

CATEGORIA: CONCLUÍDO

ÁREA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

SUBÁREA: ODONTOLOGIA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

AUTOR(ES): GABRIELA LASCALLA FERREIRA

ORIENTADOR(ES): LUIS JOSÉ FLORIAM

COLABORADOR(ES): CAMILA FAVERO DE OLIVEIRA, DELSA DEISE MACCHETTI KANAAN,
NATÁLIA SPADINI DE FARIA

Realização:



Apoio:



1. Resumo

Mucocele é uma lesão benigna, geralmente de origem traumática, não infecciosa. Pode ocorrer em qualquer idade, afetando mais a cavidade bucal das crianças na região de lábio inferior. São lesões caracterizadas pelo rompimento do ducto da glândula salivar menor, promovendo o acúmulo de mucina no tecido subjacente. Clinicamente a lesão apresenta aspecto resiliente, elevada, translúcida, com conteúdo mucoso e coloração azulada. O presente estudo teve como objetivo relatar um caso clínico de mucocele em local não usual na cavidade bucal. Paciente do sexo masculino, 4 anos de idade, compareceu na clínica de odontopediatria da Unaerp para tratamento de rotina, com lesão no ventre lingual. Ao exame clínico observou-se lesão elevada, de coloração normal, circunscrita, de base séssil, amolecida, aproximadamente 8 mm. O paciente relatou que gostava de brincar com a “bolinha” fazendo sucção e mordedura da mesma. Foi realizado a remoção cirúrgica da lesão, sob anestesia local, sendo a peça cirúrgica encaminhada para avaliação histopatológica. No pós-operatório de 7 dias a sutura foi removida e a mucosa apresentou boa cicatrização, verificando-se em observação de 14 dias aspecto clínico normal tecidual na região do ventre lingual, confirmando os mesmos achados em observação aos 30 e 100 dias. O diagnóstico histopatológico confirmou a hipótese de mucocele. Conclui-se que no caso de mucocele a remoção cirúrgica é um tratamento seguro que impede a recidiva da lesão.

2. Introdução

O cirurgião-dentista, na prática clínica, possui responsabilidade em diagnosticar doenças bucais de uma maneira geral, sendo o exame clínico, inspeção e palpação de toda cavidade bucal, fatores importantes para obter um correto diagnóstico e um adequado plano de tratamento (REGEZI; SCIUBBA, 2000).

A secreção das glândulas salivares pode ser comprometida quando o ducto glandular for interrompido devido à ruptura ou obstrução por sialolito e trauma, originando os cistos de retenção salivar ou extravasamento de muco e retenção destes nos tecidos adjacentes (SOUZA, 2010; CHI et al., 2011; ANDRADE et al., 2012).

Mucocele é uma lesão comum na cavidade bucal, clinicamente caracterizada com aspecto resiliente, elevada, translúcida, com conteúdo mucoso, com coloração

azulada e assintomática. O cirurgião-dentista, ao realizar o exame, obtém o diagnóstico provável da lesão através da palpação (STUANI et al., 2010). Apresenta maior predomínio em áreas de trauma, como o lábio inferior, mucosa jugal e no soalho lingual (MUSTAPHA, 2004; SOUZA, 2010; CHI et al., 2011; ANDRADE et al., 2012). Pode causar problemas como interferência na fala, desconforto, mastigação, inchaço externo, dependendo de sua localização. (BAURMASH, 2003). A mucocele clinicamente pode se assemelhar a outra lesão, portanto é necessário realizar um diagnóstico diferencial, por meio do exame histopatológico (GOLDMAN, 1977).

Histologicamente a lesão pode ser caracterizada por extravasamento de muco, relacionada com a ruptura do ducto da glândula salivar devido a trauma mecânico (PIAZZETTA, 2010) e apresenta-se como acúmulo de muco, circundado por tecido conjuntivo fibroso e tecido de granulação (REGEZI et al., 2000). A cavidade não é revestida por epitélio e não é um cisto verdadeiro (REGEZI et al., 2000). A parede de tecido conjuntivo geralmente apresenta infiltração por um número elevado de leucócitos polimorfonucleares, linfócitos e plasmócitos. A luz da cavidade está preenchida por um coágulo eosinófilo contendo vários números de células, principalmente leucócitos e fagócitos mononucleares (MANFRO et al., 2010).

As opções de tratamentos são excisão cirúrgica local com enucleação e remoção da glândula salivar, e/ou tratada por eletrocirurgia, marsupialização, micromarsupialização, crioterapia com dióxido de carbono ou excisão com laser Er:YAG (MANFRO et al., 2010; SOUZA, 2010, ANDRADE et al., 2011). Em qualquer tratamento o prognóstico é favorável e as recidivas são baixas.

3. Objetivo

O objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de mucocele em local não usual, ventre lingual, em um paciente com 4 anos de idade, atendido na disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Ribeirão Preto – Unaerp.

4. Desenvolvimento

Paciente do gênero masculino, 4 anos de idade, procurou a Clínica Odontológica da Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, com queixa de lesão no ventre lingual, com 4 meses de aparecimento. Sua mãe informou que o seu filho gostava de fazer sucção da língua, e varias vezes ao dia observava ele mordiscando e brincando com a “bolinha”, relatando ainda que a lesão teria aumentado nesse período. No exame à palpação, observou-se o aspecto resiliente, elevada, circunscrito, de base séssil, com coloração normal, aproximadamente 8mm o que juntamente com a anamnese, obteve-se hipótese de diagnóstico clínico para mucocele no ventre lingual (Figura 1).

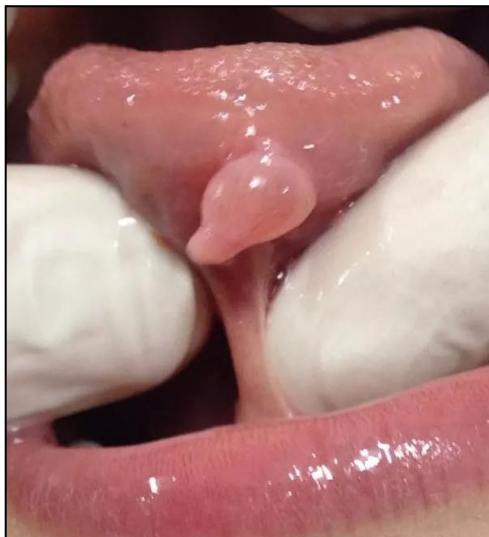


Figura 1: Mucocele presente no ventre lingual.

Os exames pré-operatórios de rotina indicavam condições sistêmicas normais para a realização da cirurgia. O tratamento indicado foi a enucleação cirúrgica total realizada sob anestesia infiltrativa local.

Após o efeito anestésico desejado, realizou-se o pinçamento do ápice lingual com fio de sutura, para tracionamento e estabilização da mesma. (Figura 2).



Figura 2: Pinçamento do ápice lingual.

A incisão da lesão foi realizada por meio de tesoura cirúrgica, devido a não colaboração por parte do paciente infantil (Figura 3A), finalizando o procedimento com sutura simples (Figura 3B).

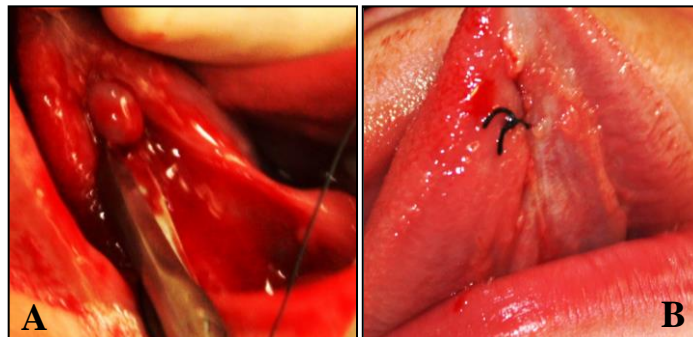


Figura 3: A) Incisão da lesão. B) Sutura simples realizada após o procedimento cirúrgico.

A lesão foi inserida em um frasco devidamente identificado com formol e enviada ao laboratório de Patologia da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para a realização do exame histopatológico (Figura 4).

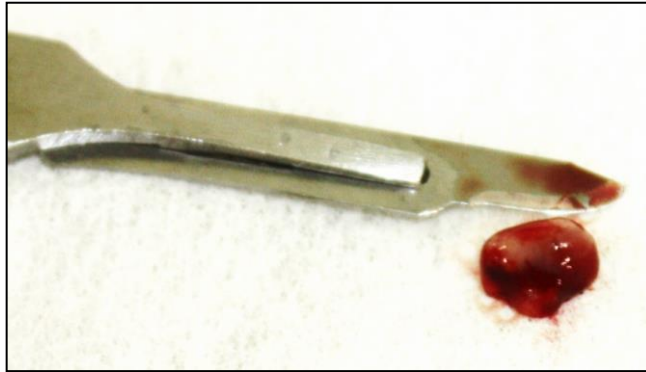


Figura 4: Lesão removida e encaminhada para exame histopatológico.

No pós-operatório de sete dias removeu-se a sutura (Figura 5A) e após um período de 14 dias, o paciente apresentou um resultado satisfatório, sem a presença de recidivas e com aspecto clínico normal e satisfatório, confirmando os mesmos achados em observação aos 30 e 100 dias. (Figura 5B).



Figura 5: A) Remoção de sutura após 7 dias. B) Proservação após 14 dias.

A biópsia após ter sido cirurgicamente removida foi imediatamente imersa em solução de formol tamponado a 10%, permanecendo imersa por 48 horas.

Em seguida, a peça foi lavada por 24 horas em água corrente e submetida às seguintes fases do processamento histológico de rotina:

1) Fase de desidratação em álcoois crescentes: Álcool 70% (24 horas); Álcool 80% (2 horas - 1 troca); Álcool 90% (2 horas - 1 troca); Álcool absoluto (24 horas - 3 trocas).

2) Fase de diafanização: Álcool /Xilol (1 hora); Xilol (6 horas); Fase de embebição em estufa a 60 °C; Parafina (24 horas - 3 trocas).

3) Inclusão à vácuo em parafina e posterior confecção dos blocos: Os blocos de parafina foram posicionados em micrótomo rotatório (modelo Spencer, AOTEC 820, Buffalo, New York, EUA) onde foram obtidos cortes histológicos de 5 µm de espessura no sentido coronal. Estes cortes histológicos montados em lâmina de vidro foram finalmente corados com hematoxilina e eosina.

4.1 Avaliações histopatológicas

As características histológicas foram avaliadas em microscópio de luz (Carl Zeiss – Jenamed 2, Alemanha) sendo então obtidas as fotomicrografias representativas da biópsia, utilizando para isto um fotomicroscópio (Carl Zeiss 62774 – Jenamed, Alemanha).

5. Resultados

O resultado do exame histopatológico confirmou a hipótese de diagnóstico clínico de mucocele. Após criterioso processamento e análise histopatológica, identificamos que a amostra analisada é compatível com um mucocele em estágio mais avançado, ou seja, partes dessa biópsia apresenta-se fibrosada.

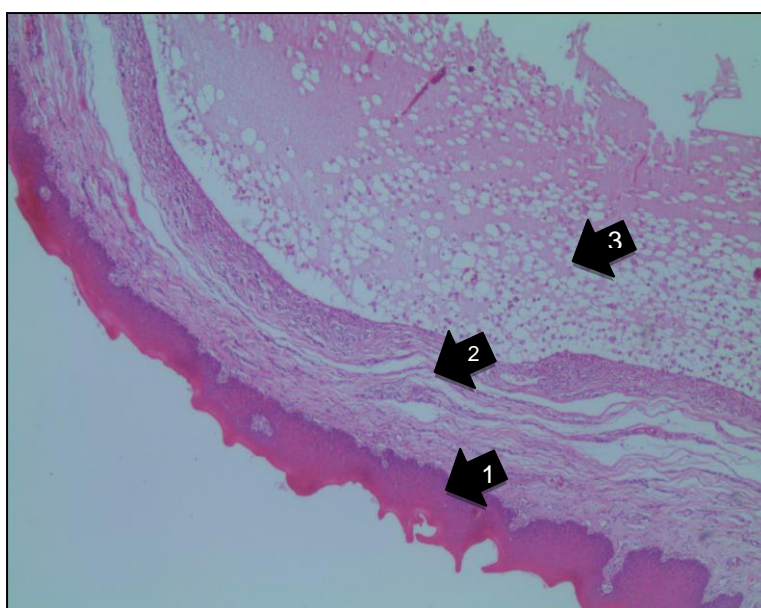


Figura 6: Cortes da biópsia observa-se um tecido epitelial estratificado pavimentoso queratinizado (seta 1) seguida por um tecido conjuntivo fibroso (seta 2) e um tecido de granulação (seta 3). (Coloração Hematoxilina e eosina magnificação 10X).

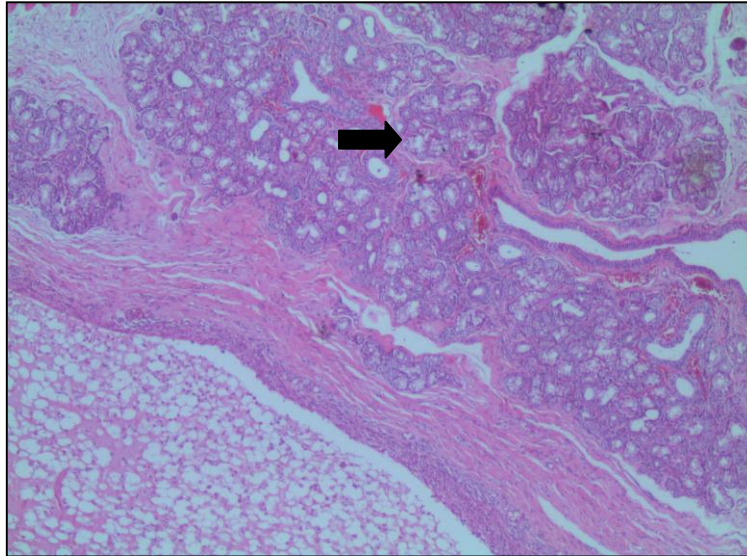


Figura 7: A fotomicrografia apresenta a glândula salivar menor com seus ductos e ácinos (Magnificação 10X – seta).

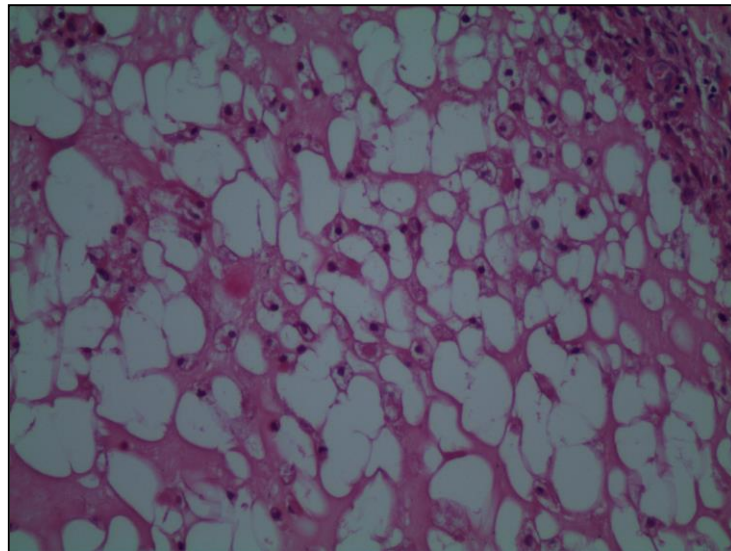


Figura 8: A fotomicrografia da lesão de mucocele em magnificação de 40X apresentando os histiócito espumosos que caracterizam a lesão do mucocele.

Os cortes histológicos da biópsia apresentam um tecido epitelial estratificado pavimentoso queratinizado acantótico. Na lâmina própria observa-se um tecido conjuntivo fibroso denso circundado por um tecido de granulação. Nesse é observado um processo inflamatório crônico com células do tipo linfoplasmocitárias e histiócitos espumosos. Na lâmina em questão pode-se observar a presença da glândula salivar menor.

O tratamento realizado foi enucleação cirúrgica total e em observação pós-operatório de 7 dias o tecido evidenciou excelente cicatrização, e no pós-operatório de 14, 30, 100 dias o tecido permaneceu normal sem recidiva da lesão.

6. Considerações Finais

Com base nos resultados obtidos pode-se concluir que no caso de mucocele a remoção cirúrgica total deve ser um tratamento de escolha, sendo um processo seguro, e que impede a recidiva da lesão de mucocele.

7. Fontes consultadas

ANDRADE, V. C.; BACCHI, A.; SALIM, M. A. A.; FILHO, A. M. B. Cisto mucoso de retenção-relato de caso clínico. **Saber Cientific. Odontol.**, v. 2, n. 1, p. 66-72, 2012.

BAURMASH, H. D. Mucoceles and Ranulas. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 61, n. 3, p. 369-378, 2003.

CHI, A. C.; LAMBERT, P. R.; RICHARDSON, M. S.; NEVILLE, B. W. Oral Mucoceles: a clinicopathologic review of 1,824 cases, including unusual variants. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 69, n. 4, p. 1086-1093, 2011.

GOLDMAN, H. M. **Patologia Oral**. 3ª ed, Barcelona: Salvat, 1977, p. 1062-65.

MANFRO, A. R. G.; MANFRO, R.; BORTOLUZZI, M. C. Mucocele em lábio inferior: Relato de caso clínico. **Unoesc. Ciênc. ACBS**, v. 1, n. 2, p. 135-140, 2010.

MUSTAPHA, I. Z.; BOUCREE, S. A. Mucocele of the Upper Lip: Case Report of an Uncommon Presentation and Its Differential Diagnosis. **J. Can. Dent. Assoc.**, v. 70, n. 5, p. 318-321, 2004.

PIAZZETTA, C. M. **Lesões bucais e do complexo maxilomandibular em crianças e adolescentes: Estudo retrospectivo de 15 anos**. Curitiba, 2010, 91p. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal durante a Infância e Adolescência), Universidade Federal do Paraná.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Patologia Bucal: Correlações clínicopatológicas**. 3ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 162-205.

SOUZA, A. C. **Importância das afecções de glândulas salivares para cirurgia bucomaxilofacial**. João Pessoa, 2010, 62p. Tese (Doutorado em Cirurgia Buco Maxilo Facial), Universidade Federal da Paraíba.

STUANI, A. S.; STUANI, A. S.; SILVA, F. W. G. P.; STUANI, M. B. S.; VALÉRIO, R. A.; QUEIROZ, A. M. Mucocelos: lesões frequentes na cavidade bucal de crianças. **Pediatria**, v. 32, n. 4, p. 288-292, 2010.