

CISTO MUCOSO DE RETENÇÃO – RELATO DE CASO CLÍNICO MUCOUS RETENTION CYST – CASE REPORT

Valdir Cabral Andrade¹
Ataís Bacchi²
Martha Alayde Alcântara Salim³
Aguimar Mattos Bourguignon Filho⁴

RESUMO: O cisto mucoso de retenção é uma lesão caracterizada pelo aumento volumétrico de líquido nos tecidos após uma obstrução parcial ou completa do ducto excretor glandular, o que provoca retenção da secreção e dilatação ductal. Ocorre em regiões de superfície mucosa da cavidade bucal onde glândulas salivares são encontradas. Clinicamente apresentam-se como tumefações moles, indolores, de coloração variando do azul ao rosa normal da mucosa e exibe maior frequência na segunda década de vida. A remoção cirúrgica da lesão ou, em alguns casos, do agente causador, possibilita o retorno do paciente às suas funções. Para um correto diagnóstico, além dos achados clínicos, torna-se necessária uma análise histopatológica da peça removida.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto mucoso de retenção. Mucocele. Cirurgia.

ABSTRACT: The mucous retention cyst is a lesion characterized by increased volume of fluid in the tissues after a partial or complete obstruction of the excretory duct of the gland, which causes retention of secretion and ductal dilatation. It occurs in regions of mucosal surface of oral cavity salivary glands where they are found. Clinically it presents itself as soft swellings, painless, varying from blue to normal oral mucosa color. It is more frequently observed in the second decade of life. Surgical removal of the lesion or, in some cases, of the causative agent, enables the patient's return to his duties. For a correct diagnosis, and clinical findings, it is necessary a histopathological examination.

KEY WORDS: Mucous Retention Cyst. Mucocele. Surgery.

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O cisto mucoso de retenção é uma lesão caracterizada pelo acúmulo de líquido nos tecidos, causada por obstrução do ducto excretor glandular, que ocorre em glândulas salivares menores da cavidade bucal. Esse fenômeno de retenção de muco é relativamente comum, causando desconforto ao paciente, o qual muitas vezes sente dificuldade durante a mastigação e a fonação. Clinicamente apresentam-se como tumefações moles, indolores, de coloração variando do azul ao rosa normal da mucosa (BERMEJO et al.,1999; LASKARIS, 2000; SHAFER,1987). Podem ocorrer em qualquer idade, porém exibem uma maior frequência na segunda década de vida (LASKARIS, 2000; SILVA et al., 2004). Essa entidade benigna, de

¹ Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal do Espírito Santo. valdirandrade@fop.unicamp.br

² Cirurgião-Dentista pela Universidade de Passo Fundo-RS. atais_bacchi@yahoo.com.br

³ Professora de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da FAESA-ES. martasalin@uol.com.br

⁴ Professor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da ABO/Vila Velha-ES. bourguignon@gmail.com

diferentes etiologias, aparece após a obstrução parcial ou completa do ducto excretor, o que provoca a retenção da secreção glandular e a dilatação do ducto, levando a um acúmulo de saliva no tecido conjuntivo, visto que a glândula continua em atividade (BERTI et al., 2006; PORTER et al., 1998). O tratamento de escolha deve ser baseado na idade do paciente, características como localização, tamanho e profundidade da lesão, e tipo de trauma envolvido.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de um cisto mucoso de retenção na região sublingual. Após realizar a biópsia excisional, a lesão foi encaminhada ao exame histopatológico, o qual confirmou que se tratava de um cisto mucoso de retenção.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, melanodema, 54 anos, procurou atendimento no curso de Atualização em Cirurgia Bucomaxilofacial na Central Odontológica da Prefeitura de Vila Velha/ES com a queixa principal de “caroço embaixo da língua”. Dessa forma, foi realizada a anamnese, com identificação, história médica e odontológica.

No exame extra-oral verificou-se que a paciente apresentava face simétrica e cadeias ganglionares orofaciais normais. No exame intra-oral foram encontrados dentes remanescentes inferiores necessitando tratamento periodontal e prótese total superior em situação precária, contudo a mucosa apresentava-se com uma coloração aparentemente normal.

Após exame clínico (Figuras 1 e 2) constatou-se que o paciente apresentava um aumento de volume na região sublingual, de consistência endurecida, com aproximadamente 2 cm de diâmetro. Foi proposta a realização da punção aspirativa (Figura 3) da lesão, com posterior envio para análise histopatológica.

O exame histopatológico mostrou um bloco celular de substâncias protéicas com poucas células, estando essas lisas, o que prejudicou a avaliação citológica.

Foi realizada a Biópsia Excisional da lesão, sob anestesia local, com o uso do anestésico Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000. Foram realizadas anestésias para bloqueio do nervo lingual bilateralmente, uma vez que a lesão apresentava-se em proximidade com a linha média, e infiltrativas ao redor da lesão. Tendo a certeza do efeito anestésico, iniciou-se a remoção cirúrgica pela técnica aberta, inicialmente

uma incisão linear com uma lâmina de bisturi número 15 sobre a lesão (Figura 4), seguida da divulsão usando uma tesoura curva modelo Metzemaum (Figura 5) e com auxílio de uma pinça mosquito foi realizado o pinçamento da lesão e por fim a utilização de uma pinça hemostática curva para auxiliar no descolamento da peça (Figura 6), procedendo-se então à exérese propriamente dita. (Figura 7).

Removida a lesão, procedeu-se à limpeza da cavidade para realizar a sutura com fio agulhado seda 4-0 (Figura 8). Orientações pós-operatórias sobre cuidados com o local e prescrição de analgésico e antiinflamatório foram realizadas. A lesão foi encaminhada para análise histopatológica (Figuras 9 e 10)

Figura 1: Aspecto clínico inicial



Figura 2: Aspecto clínico inicial



Figura 3: Punção aspirativa



Figura 4: Incisão da mucosa do assoalho bucal



Figura 5: Divulsão



Figura 8: Sutura



Figura 6: Descolamento

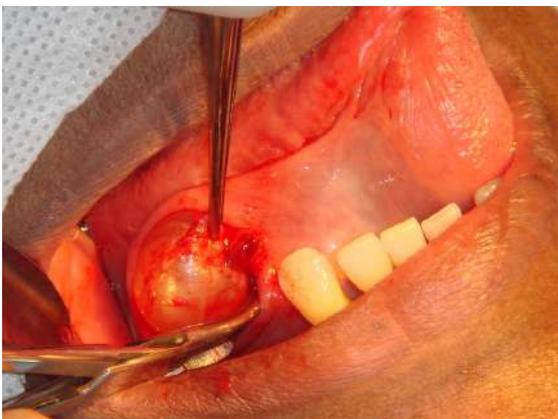


Figura 9: Peça cirúrgica removida



Figura 7: Exérese da lesão



Figura 10: Peça pronta para ser encaminhada ao exame histopatológico



O laudo histológico descreveu a presença de um cisto medindo 1,5 x 1,4 x 1,0 cm exibindo uma cápsula lisa, opaca e congesta. Aos cortes conteúdo líquido e

esverdeado. Com isso chegou-se à conclusão de que a lesão se tratava de um cisto mucoso de retenção.

O caso está sendo mantido sob acompanhamento clínico onde até o presente momento a lesão não apresentou recidiva.

DISCUSSÃO

O cisto mucoso de retenção é uma cavidade revestida por epitélio que se origina dos tecidos da glândula salivar estando relacionado à sua obstrução ou trauma (NEVILLE et al., 1998; ABREU et al., 1998). Outros autores citam essas lesões como uma bolha contendo saliva, que se forma em decorrência de um traumatismo tornando o ducto excretor obstruído, impedindo desta maneira, a saída de saliva que se acumula no tecido conjuntivo, pois a glândula continua em atividade (BERTI et al., 2006). Essa lesão é vista principalmente em crianças e adultos jovens e não tem predileção por gênero (LASKARIS, 2000; SILVA et al. 2004).

As lesões mais superficiais são de formato arredondado, flutuantes, ligeiramente azuladas ou translúcidas, indolores e apresentam um crescimento lento (BERMEJO et al., 1999). As lesões mais profundas apresentam coloração semelhante à da mucosa local. O tamanho varia de alguns milímetros a vários centímetros. A duração da lesão, até o momento do diagnóstico, pode variar de alguns dias a semanas, ou mesmos meses (SHAFER, 1987; LASKARIS, 2000).

No diagnóstico diferencial, deve-se considerar a hiperplasia fibrosa focal, o papiloma, o lipoma, bem como uma neoplasia benigna. Existe a necessidade de diagnóstico diferencial uma vez que, clinicamente e pela localização, assemelham-se a outras lesões (NEVILLE et al., 1998).

A escolha do tipo de tratamento deve levar em consideração alguns aspectos como: características da lesão (localização, tamanho e profundidade), idade do indivíduo e tipo de trauma (constante ou não) (HEGLING et al., 2000). Entretanto as técnicas clássicas propostas para o tratamento dessas lesões por acúmulo de muco são a remoção cirúrgica da lesão através da enucleação ou a marsupialização e em casos mais severos, onde não houver a remissão espontânea da lesão, sugere-se a remoção da glândula salivar envolvida (BERTI et al., 2006).

O cisto mucoso de retenção é tratado pela excisão cirúrgica conservadora. Para os cistos nas glândulas salivares maiores pode ser necessária a remoção total

ou parcial da glândula, uma vez que a lesão não deve recidivar (NEVILLE et al., 1998). A micromarsupialização também é considerada uma boa alternativa para o tratamento de fenômenos de retenção salivar, principalmente em crianças, pois é uma técnica menos invasiva quando comparada aos tratamentos convencionais além de ser um procedimento rápido e de simples realização. Esta técnica consiste na passagem de um fio de sutura através da lesão, o que possibilita o escoamento do conteúdo mucoso e formação de fístulas quando o fio de sutura é removido (BERTI et al., 2006).

Embora se acredite que os cistos de retenção sejam gerados pelo extravasamento de saliva no espaço extracelular devido a alguns danos traumáticos nos ductos salivares, seu processo histopatogênico ainda não é bem entendido (KUNDU et al., 2007).

A Luxar LX dióxido de carbono-20 cirúrgica máquina do laser foi usado. A contínua modo de onda foi selecionado que proporciona uma combinação predefinida de repetição de exposição taxa de 20 pulsos por segundo e de pulso duração de 10 ms. A excisão do cúpula da rânula é realizado com o laser de dióxido de carbono em uma configuração de energia de 08/04 W, com feixe de modo focado e os ablação da base para um poder de fixação de 06/04 W, com feixe desfocado contínua modo (LAI e POON, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fenômenos de retenção de muco são relativamente comuns na cavidade bucal, contudo são lesões que causam desconforto devido ao seu tamanho e localização. Essas entidades benignas podem ter diferentes etiologias e causar algumas alterações funcionais no seu portador. Neste caso, a remoção cirúrgica do agente causador possibilita o retorno do paciente às suas funções. Um exame clínico apurado, aliado ao exame histopatológico, é de grande importância para chegar a um diagnóstico definitivo e a um plano de tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

Abreu KCS, et al. Mucocele em bebê: relato de um caso clínico. Rev Fac Odontol Lins 1998; 11(1):42-45.

Bermejo A, et al. Superficial Mucocele: Report of 4 Case. Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral radiol Endod 1999, 88(4):469-472.

Berti SA, Santos JAR, Dirschnabel AJ, Souza PHC. Micromarsupialização: Relato de Dois Casos Clínicos. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2006; 47:151-155.

Hegling J, et al. A utilização da técnica de transfixação de mucocele em criança com pouca idade: relato de caso. Odonto 2000, 1997; 1(2):18-21.

Kundu S, Cheng J, Maruyama S, Suzukl M, Kawashima H, Saku T. Lymphatic involvement in the hystopathogenesis of mucous retention cyst. Pathol Res Practice, 2007; 20(3):89-97.

Laskaris G. Atlas colorido de doenças bucais da infância e de adolescência. São Paulo: Santos, 2000.

Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia das glândulas salivares. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1998: p. 316-317.

Porter SR, et al. Multiple salivary mucoceles in a young boy. Int J Paediatr Dent, 1998; 8(2):149-151.

Shafer WG. Tratado de Patologia Bucal. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

Silva Jr. A, et al. Superficial mucocele of the labial mucosa: a case report and review of the literature. Gen Dent 2004; 52(5):427-428.

Lai J B, Poon C. Y. Treatment of ranula using carbon dioxide laser – Case series report Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2009; 38: 1107–1111.