



Mucocele, rânula e cisto de retenção mucosa. Relato de casos e considerações clínicas, histopatológicas e etiopatogênicas.

Mucocele, ranula and cyst of mucous retention. Story of cases and clinical, histopathology and etiopathogenic considerations.

Gildo Matheus

Professor Titular de Patologia – UNESP e professor das Disciplinas de Patologia e Anatomia Patológica na FAI.

Marceli Moço Silva

Mestranda do Curso de Odontologia, Área de Concentração Estomatologia UNESP- Araçatuba.

Takeo Adhemar Furuse

Professor Doutor de Semiologia- UNESP e professor da Disciplina de Semiologia na FAI.

Maria Tereza Girotto Matheus

Professora Titular de Histologia e Embriologia- UNESP e professora das Disciplinas de Histologia e Embriologia na FAI.

Resumo

Mucocele é lesão comum da mucosa bucal, de maior ocorrência em crianças e adultos jovens, como resultado da ruptura traumática de um ducto de glândula salivar menor, com conseqüente extravasamento de mucina para o interior dos tecidos moles adjacentes, não se constituindo em cisto verdadeiro já que histopatologicamente não apresenta cavidade patológica revestida por epitélio. Denomina-se rânula quando localizado no assoalho da boca. O cisto do ducto salivar quase sempre se assemelha ao mucocele e a rânula, caracterizando-se por tumefação mole e flutuante de ocorrência preferencial em adultos, atingindo tanto glândulas salivares maiores quanto menores cuja verdadeira etiologia é ainda incerta podendo, em alguns casos, representar uma dilatação do ducto e, em outros, parecendo representar o desenvolvimento de um cisto a partir do ducto salivar, tratando-se de um cisto verdadeiro já que apresenta cavidade patológica

revestida por epitélio, no interior da qual se observa acúmulo de muco. Em razão destes fatos, os autores consideraram oportuno apresentar casos representativos dessas lesões, enfatizando seus aspectos clínico, histopatológico e etiopatogênico.

Palavras – chave

cisto de retenção de muco - glândula salivar – mucocele - rânula.

Abstract

Mucocele is common lesion of the oral mucous membrane that it happens more frequently in children and young adults, resulting by rupture of a gland duct to salivate smaller, with consequent mucous extravasations for the interior of the adjacent soft tissue. Frequently the mucous extravasations results of local trauma if not constituting, therefore, in true cyst since histopathologically doesn't present pathological



cavity covered by epithelium. Already the ranula is a located pseudo cyst preferentially in the mouth floor. The cyst of the duct to salivate it almost always resembles each other to the mucocele, being characterized by soft and flotation tumefact that it happens, preferentially in adults, reaching so much glands salivate larger as smaller. An etiology is uncertain being able to, in some cases, to represent dilation of the duct and in other, seeming to represent the development of a cyst of the duct the salivary gland. The contradict of the mucocele; it is treated of a **true cyst** since it presents pathological cavity covered by epithelium, inside which mucus accumulation is observed. In reason of these facts, the authors considered opportune to present a case of mucocele, one of ranula and one of cyst of mucus retention, emphasizing their clinical aspects, histopathology and their etiopathogeneses.

Key-words

retention cyst - salivary gland – mucocele - ranula.

Introdução

Clinicamente o mucocele apresenta-se como uma tumefação da mucosa labial em forma de cúpula, cujo tamanho pode variar de 1 a 2 milímetros a alguns centímetros, ocorrendo em todas as idades, inclusive em neonatos e idosos, porém mais comum em crianças e jovens, talvez porque estes sejam submetidos, com maior frequência, a traumatismos locais que induzem ao extravasamento de mucina (PIÑA; SANTOS; LaCRUZ, 2002; SANTOS et al., 2002). O extravasamento de mucina sob a mucosa confere à lesão uma coloração translúcida azulada, quando está superficial; quando de localização mais profunda apresentam-se com coloração de mucosa normal. Caracteristicamente, as lesões são flutuantes, mas algumas podem mostrar-se fibrosas à palpação. O tempo de evolução pode variar de alguns dias a vários anos, a maioria

estando presente por várias semanas e com história de tumefação recorrente com rompimento periódico de sua cápsula liberando um conteúdo mucoso (STEVENS & LOWE, 2002).

A mucosa do lábio inferior, lateralmente à linha mediana, é a região de maior incidência dos mucoceles, representando 60% dos casos, diferentemente dos tumores benignos das glândulas salivares, marcadamente incomuns no lábio inferior (LARGURA et al., 1998). Ainda, pode manifestar-se na mucosa jugal, no ventre anterior da língua e no assoalho bucal (rânula), raramente no palato mole e na região retromolar.

Neville et al. (2004) e Silva et al. (2004) descrevem um tipo de mucocele superficial que se desenvolve na região retromolar, palato e ao longo da mucosa jugal posterior, constituído de uma ou múltiplas vesículas tensas de 1 a 4 milímetros de diâmetro, cujo fácil rompimento leva à ulceração superficial dolorosa cicatrizando em alguns dias, porém de recidivas repetidas na mesma área, relacionadas ao trauma pela alimentação.

A histopatologia do mucocele mostra cavidade circunscrita no tecido conjuntivo da submucosa, adelgaçamento do epitélio de revestimento da mucosa que pode mostrar-se distendida. A parede da cavidade é constituída internamente por fibroblastos dispostos paralelamente uns aos outros lembrando, grosseiramente, células epiteliais pavimentosas. O processo inflamatório desencadeado pela mucina extravasada leva à formação de tecido de granulação à volta da cavidade pseudocística. No interior da cavidade é observada mucina que se mostra palidamente eosinofílica ao método da hematoxilina e eosina; junto a ela observam-se numerosos macrófagos espumosos, raros neutrófilos, linfócitos e plasmócitos. Os ácinos glandulares adjacentes à lesão mostram-se inflamados (sialadenite), com dilatação de ductos intra e interlobulares contendo muco e, às vezes, ruptura de células acinares (SHAFER; HINE; LEVY, 1987;



OLIVEIRA; BEZERRA; SAMPAIO, 2000). O tratamento recomendado é a excisão cirúrgica.

Lesão semelhante ao mucocele, porém localizadas no assoalho da boca, recebe a denominação de rânula. Tal denominação parece derivar do latim **rana** cujo significado é rã, pois a lesão, por seu aspecto translúcido, lembra o ventre deste batráquio. A palavra rânula também tem sido utilizada para descrever outras lesões translúcidas do assoalho de boca, inclusive os cistos verdadeiros do ducto salivar, cisto dermóide e higromas císticos (LARGURA et al., 1998; NEVILLE et al., 2004).

Clinicamente a rânula mostra-se como tumefação azulada flutuante, em forma de cúpula, tendendo a ser maior que os mucocelos. Sua localização usual é lateralmente à linha média. Pode romper-se, liberar seu conteúdo mucoso, diminuir de tamanho e recorrer (REGEZI & SCIUBBA, 2000). Microscopicamente a rânula é semelhante ao mucocele em todos os aspectos.

A maioria dos autores recomenda como tratamento remoção e/ou marsupialização da lesão, basicamente constituindo-se em excisão cirúrgica com remoção das glândulas salivares menores envolvidas, visto que a recidiva é possível (SHAFER; HINE; LEVY, 1987; NEVILLE et al., 2004). Outras técnicas de tratamento relatadas na literatura incluem criocirurgia, tratamento homeopático e micromarsupialização, além da técnica de Shira, que consiste na aspiração do conteúdo mucoso e infiltração de alginato para posterior enucleação da lesão (REBOUÇAS & CAMARGO, 1996).

O cisto do ducto salivar ao contrário dos mucocelos ocorre mais freqüentemente em adultos e pode ter origem tanto de uma glândula salivar maior quanto de uma menor. Quando compromete as glândulas salivares maiores são mais comuns na parótida, manifestando-se como tumefação de crescimento lento e indolor. Quan-

do ocorre nas glândulas salivares menores localizam-se, preferencialmente, no assoalho bucal, mucosa jugal e lábios (PRAETORIUS & HAMMARTRÖM, 1992).

Clinicamente o cisto de retenção de muco assemelha-se aos mucocelos, caracterizando-se por tumefação flácida flutuante e de coloração azulada, dependendo da profundidade de sua localização. Quando em assoalho de boca, pode originar-se do ducto da glândula submandibular. Podem desenvolver-se múltiplos cistos de retenção de muco, que envolvem ductos excretores de diversas glândulas salivares menores (TAL; ALTINI; LEMMER, 1984). Individualmente tais lesões podem apresentar-se como nódulos dolorosos que exibem orifícios ductais dilatados na superfície da mucosa, podendo ocorrer eliminação de muco ou pus.

Histopatologicamente no cisto de retenção de muco observa-se uma cavidade revestida por epitélio escamoso ou cuboidal, colunar ou atrófico circundando uma secreção mucóide, tratando-se de um cisto verdadeiro (REGEZI & SCIUBBA, 2000; NEVILLE et al., 2004).

Como tratamento, para cistos isolados do ducto salivar, recomenda-se excisão cirúrgica. Quando do desenvolvimento em glândulas salivares maiores, muitas vezes, é necessária a remoção total ou parcial da glândula comprometida (REGEZI & SCIUBBA, 2000; NEVILLE et al., 2004).

Casos clínicos

Caso 1

Paciente leucoderma do gênero feminino, 13 anos de idade, queixa de um nódulo exofítico na mucosa labial inferior direita, 0,5 cm em seu maior diâmetro, séssil, limites nítidos, flácido e recoberto por mucosa rósea lisa e brilhante (Fig. 1). Relata evolução de seis meses e informa ter o hábito de succionar os lábios quando fica nervosa ou apreensiva.

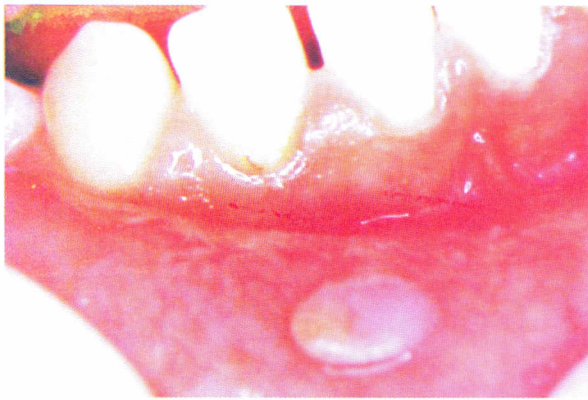


Fig. 1. Mucocele. Aspecto clínico

Após enucleação da lesão, à análise histopatológica pode-se observar uma cavidade patológica contendo muco em seu interior e, ao seu redor, tecido de granulação, com mucina esparsa e infiltrado inflamatório crônico, no qual se destacam inúmeros histiócitos espumosos (Figs. 2 e 4). Próximos à cavidade foram observados ductos e ácinos de glândulas salivares menores, infiltradas por muco e por leucócitos (Figs. 3, 4 e 5).

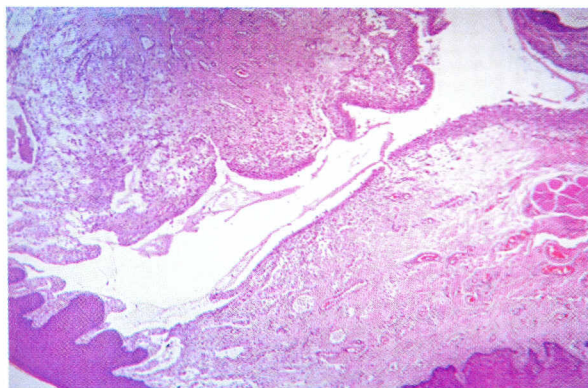


Fig. 2. Mucocele. Características histopatológicas. H.E.40X

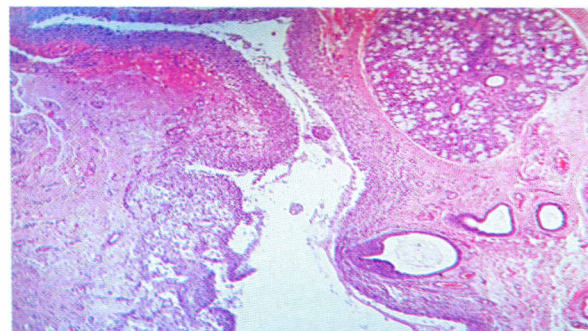


Fig. 3. Mucocele. Cavidade patológica, ácinos e ductos da glândula comprometida. H.E. 40X.

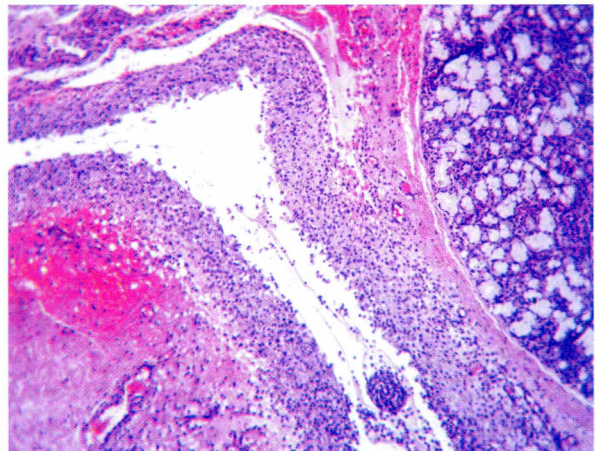


Fig. 4. Cavidade pseudocística contendo mucina esparsa e glândula salivar acessória. H.E. 400X.

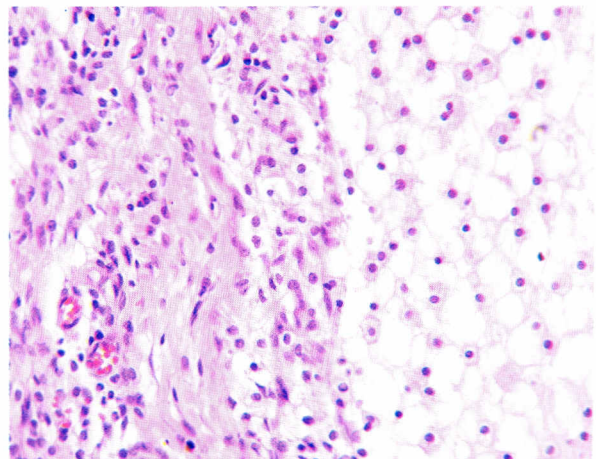


Fig. 5. Parede da cavidade pseudocística mostrando infiltrado inflamatório crônico e histiócitos espumosos. H.E.400X.

Caso 2

Paciente leucoderma do gênero feminino, 22 anos de idade, queixa de nódulo exófitico no assoalho bucal esquerdo, arredondado, 2,0 cm em seu maior diâmetro, limites nítidos, séssil e recoberto por mucosa avermelhada lisa e brilhante (Fig. 6). Levando-se em consideração o tamanho, a localização da lesão e com diagnósticos clínico de râmula optou-se pela técnica de marsupialização.

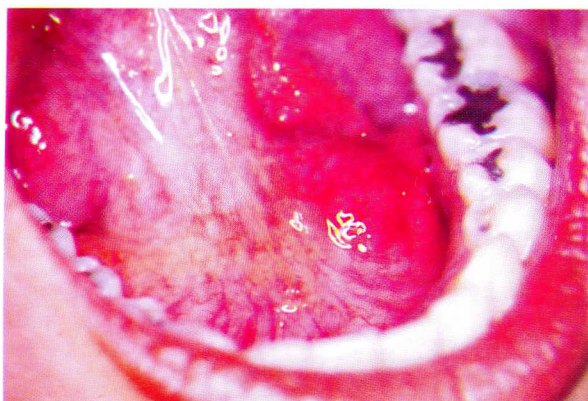


Fig. 6. Rânula. Aspecto clínico.

A análise histopatológica do fragmento marsupializado mostrou epitélio de revestimento do assoalho da boca e uma faixa de tecido conjuntivo denso fibroso, cavidade cística (Fig. 7), presença de células espumosas (macrófagos), linfócitos (Fig. 8), plasmócitos, ácinos e ductos dilatados de glândulas salivares acessórias com característica degenerativa, provavelmente como consequência do extravasamento de mucina.

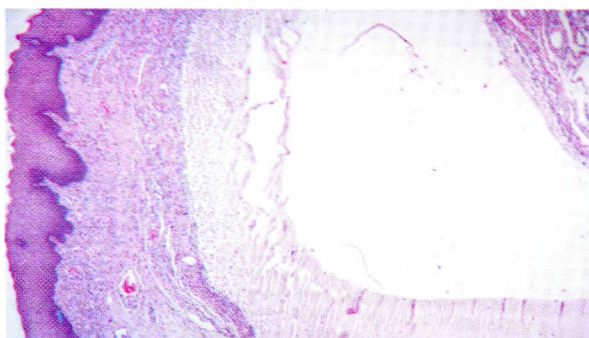


Fig.7. Rânula. Cavidade pseudocística. H.E. 40X.

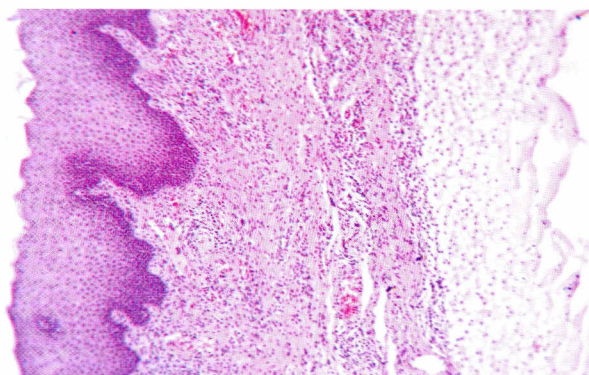


Fig. 8. Rânula. Parede da cavidade pseudocística e epitélio de revestimento da mucosa bucal. H.E. 100X.

Caso 3

Paciente melanoderma do gênero masculino, 65 anos de idade, com queixa de nódulo exofítico fibroso, arredondado, em assoalho bucal, aproximadamente 0,5 cm em seu maior diâmetro, limites nítidos, base sésil e móvel, recoberto por mucosa rosada lisa e brilhante (Fig. 9).



Fig. 9. Cisto do ducto salivar. Aspecto clínico

Com diagnóstico clínico de rânula, a análise histopatológica da lesão excisada revelou epitélio de revestimento da mucosa bucal, conjuntivo fibrosado e cavidade patológica com conteúdo de mucina, revestida por epitélio pseudo-estratificado cilíndrico ciliado com células mucossecretoras em algumas áreas (Fig. 10) e epitélio cuboidal ou colunar simples em outras (Fig. 11).

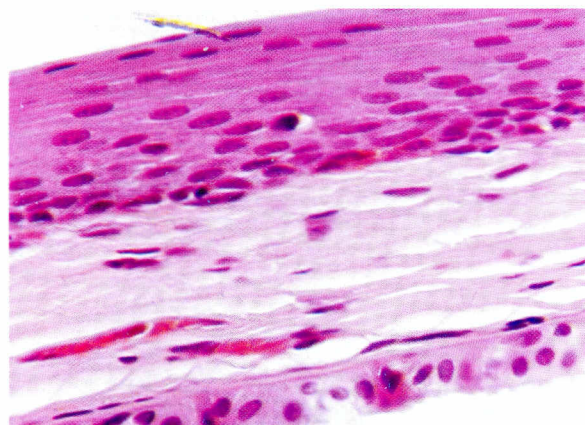


Fig. 10. Cavidade cística revestida por epitélio pseudoestratificado cilíndrico ciliado com células mucossecretoras e epitélio revestimento da mucosa bucal. H.E.100X.

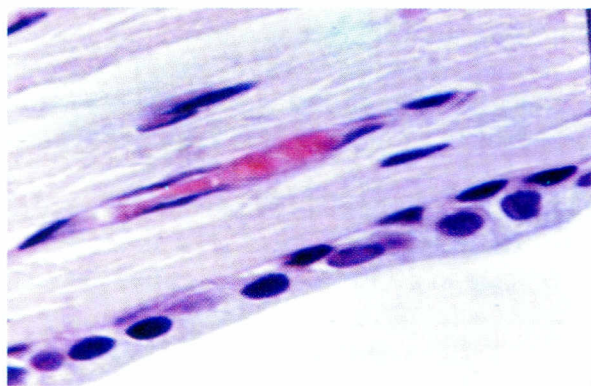


Fig. 11. Cavidade cística revestida por epitélio cúbico simples e cápsula fibrosa. H.E. 400X.

Discussão e Conclusão

Muito embora mucocelo e cisto de retenção de muco sejam entidades patológicas distintas, possuem algumas características clínicas semelhantes cuja etiologia e patogenia continuam polêmicas (MUSTAPHA & BOUCREE, 2004; ROSE & RESE, 2004; SILVA et al., 2004), o que tem gerado certa confusão na literatura e também na prática. Apesar das semelhanças clínicas, para a diferenciação devem ser levados em consideração tempo de evolução, faixa etária e localização. Assim, os mucocelos apresentam evolução rápida e são mais frequentes em crianças e adultos jovens; sendo a mucosa labial inferior a região mais comprometida, enquanto que os cistos de retenção mucosa têm evolução lenta, apresentam maior incidência em adultos especialmente após a quinta década, sendo sua localização preferencial o assoalho bucal (LARGURA et al., 1998).

No que se refere aos mucocelos, apesar de continuarem sendo motivo de discussão, existem na literatura vários autores que se preocuparam com o assunto tendo contribuído para melhorar o conhecimento sobre sua patogenia. Assim, Bhaskar, Bolden e Weinmann (1956) deram ênfase ao seu aspecto microscópico e, ao estudarem dezenove casos observaram que, microscopicamente, tais lesões apresentam uma cavidade patológica contendo substância fluida (mucina), revestida por tecido conjuntivo acrescido de tecido de

granulação, sem revestimento epitelial. Esses autores induziram, experimentalmente, a formação de mucocelos em ratos e camundongos através do seccionamento dos ductos das glândulas sublingual e submandibular tendo observado, microscopicamente, que ocorria a formação de cavidade patológica com acúmulo de muco no tecido conjuntivo, sem revestimento epitelial. Tais resultados permitiram levá-los à conclusão de que os mucocelos podem ser produzidos por um defeito ou seccionamento e não necessariamente pela obstrução do ducto, com subsequente extravasamento de saliva para os tecidos adjacentes.

Para Chaudhry et al. (1960), a total obstrução do ducto salivar constituir-se-ia no principal agente causal dos mucocelos. Ainda, a obstrução parcial do ducto por sialolito aumentaria a pressão intraluminal com conseqüente ruptura ductal, acompanhada do extravasamento de muco para o interior dos tecidos adjacentes, o que daria como resultado a formação de um mucocelo pela proliferação do conjuntivo periductal.

Segundo Shafer, Hine e Levy (1987), pesquisas realizadas indicam que o seccionamento traumático do ducto salivar, como aquele produzido pela mordida do lábio ou bochecha, trauma provocado por fórceps e por aparelho ortodôntico fixo precede o desenvolvimento do mucocelo. Esses autores admitem que a obstrução parcial de qualquer natureza do ducto, possa levar ao extravasamento de muco, originando o mucocelo. Já, Rigezi & Sciubba (2002) e Neville et al. (2004) relacionam a etiologia e patogenia do mucocelo ao extravasamento de muco devido à injúria física do ducto excretor da glândula salivar. Segundo tais autores, a secreção de saliva do ducto injuriado para o interior do tecido mole adjacente resulta no acúmulo de mucina na submucosa, formando uma cavidade patológica. A mucina extravasada desencadeia uma resposta inflamatória, com formação de tecido de granulação sendo que, às vezes, circundando a lesão observa-se estreita faixa de tecido conjuntivo denso fibroso



simulando um revestimento pericavitário.

Por outro lado, pode-se observar através da literatura que diversos autores (AMUI et al., 1999; AMUI et al., 2000; MARIANO et al., 2000; MARIANO et al. 2004; OLIVEIRA, BEZERRA; SAMPAIO, 2000; SANTOS et al. 2002; PIÑA; SANTOS; LaCRUZ, 2002) afirmam que essas lesões podem manifestar-se sob duas formas distintas histologicamente, ou seja, como fenômeno de extravasamento de muco e como cisto de retenção. Entretanto, outros autores, como Castro (2000) e Tommasi (2000), apenas incluem a lesão no capítulo de cistos de retenção sem fazerem comentários sobre sua etiopatogenia. Já Amui et al. (1999), Amui et al. (2000), Mariano et al. (2000), Oliveira, Bezerra e Sampaio (2000), Stevens & Lowe (2002), Pina, Santos e LaCruz (2002), Mariano et al. (2004) consideram tanto o mucocele quanto o cisto de retenção de muco como uma entidade única, devido à obstrução dos ductos das glândulas salivares menores, com dilatação cística e retenção de secreções.

Com base em nossos achados clínicos e histopatológicos, assim como no mais simples dos conceitos, levando em consideração que os cistos verdadeiros são cavidades patológicas constituídas por uma cápsula de tecido conjuntivo, forradas por epitélio e que contêm no seu interior um conteúdo fluido ou pastoso, discordamos daqueles que consideram os mucoceles e as rânulas como cistos de retenção. Estão em desacordo com os postulados de Castro (2000); Tommasi (2000); Stevens & Lowe (2002); Pina, Santos e LaCruz (2002) que consideram os mucoceles e as rânulas como cistos de retenção. A histopatologia de ambas as lesões deixam evidente o extravasamento de muco para os tecidos. O muco extravasado ocasiona compressão e esta é responsável pelo aparecimento da cavidade patológica. A presença de muco no conjuntivo desencadeia uma reação inflamatória inicial constituída por neutrófilos e macrófagos que fagocitam mucina (histiócitos espumosos) e posteriormente, linfócitos e plasmócitos. Essa agressão tecidual desencadeia a formação de tecido de granulação que rodeia a cavidade patológica e

mais tarde, sofre maturação transformando-se em conjuntivo fibroso, não existindo epitélio revestindo a cavidade patológica, razão pela qual não é possível falar em cisto, mas sim em pseudocisto.

Outro aspecto discutível é o gênero empregado. Muitos autores referem-se a esta lesão, **mucocele**, como substantivo feminino ou seja, **a mucocele**. No entanto, admitindo tratar-se de um pseudocisto sugerimos a denominação de **o mucocele** por referir-se a substantivo masculino, o pseudocisto.

Quanto ao cisto do ducto salivar, também chamado de cisto de retenção mucosa, nossos achados clínicos e histopatológicos coincidem com os da literatura. À análise microscópica observa-se cavidade cística com conteúdo (mucina) revestida por epitélio cuboidal simples ou colunar pseudo-estratificado dependendo da área considerada, com células mucossecretoras. Assim, o caso em questão tanto clínica quanto histopatologicamente, mostra-se semelhante aos achados de Neville et al. (2004) já que, ao contrário dos mucoceles (pseudocistos de retenção), demonstram tratar-se de um cisto verdadeiro. A dilatação do ducto excretor com acúmulo de mucina associada à presença de ácinos adjacentes, observados no presente caso, fala a favor de uma possível obstrução ductal por espessamento e estagnação de muco como provável agente etiopatogenético desta lesão.

Referências

AMUI, R.F.; AMUI, M.O.; MIRANZI, R.M.N.F.; LIMA, M.A. de. Mucocele (fenômeno de extravasamento de muco) envolvendo a superfície ventral da língua: apresentação de caso clínico. *Odontol USF*, 17: 107-12, 1999.

AMUI, R.F.; CARVALHO, P.C.P.; HENRIQUE FILHO, A.; ARAUJO, M.S. Mucocele (fenômeno de extravasamento de muco) de assoalho bucal: caso clínico. *Rev. Assoc Paul Cir Dent*, 54: 136-39, 2000.

BHASKAR, S.N.; BOLDEN T.E.,



WEINMANN, J.P. Pathogenesis of mucoceles. **J Dent Res.** 1956 Dec; 35(6): 863-74, 1956.

CASTRO, A.L. **Estomatologia.** São Paulo: Editora Santos, p.152, 2000.

CHAUDHRY, A.P.; REINOLDS, D.H.; LaCHAPELLE, C.P.; VICKERS, R.A. A clinical and experimental study of mucocele (retention cyst). **J Dent Res,** 39: 1233-62, 1960.

LARGURA, L.Z.; GRANDO, L.J. ; RAU, L.H. ; GIL, J.M. Remoção cirúrgica de mucocele. **Rev. Assoc Paul Cir Dent,** 52: 435-38, 1998.

MARIANO, R.Z.; SANTANA, S.I.; LIMA, A.R.G, PEREIRA, A.A.C. Mucocele: Fenômeno de extravasamento de muco ou retenção de muco: relato de caso. **BCI,** 7: 63-7, 2000.

MARIANO, C.V.; PIKUNAS, C; MIGUEL, C.M.; NAKAMURA, L.K.; IMPARATO, J.C.P.; PINHEIRO, S.L. Mucocele. 2004. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 04 abr. 2005.

MUSTAPHA, I.Z.; BOURCREE, S.A. Mucocele of the upper lip: case report of an uncommon presentation and its differential diagnosis. **J Can Dent Assoc,** 70: 318-21, 2004.

NEVILLE, B.W. Patologia das glândulas salivares. In: NEVILLE, B.W., DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia oral e maxilofacial.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 373-88, 2004.

OLIVEIRA, K.C.; BEZERRA, A.R.; SAMPAIO, R.K.P.L. Mucocele: aspectos clínicos, histológicos e de tratamento. **Rev Bras Odontol,** 57: 46-50, 2000.

PIÑA, V.; SANTOS, J.; LaCRUZ, L.M.S. Mucocele: reporte de un caso clínico en un paciente joven en la ciudad de los Teques – Estado de Miranda (2002). Venezuela. Disponível em:

< <http://www.odontologia-online.com/casos/pat/isto2/html/>>. Acesso em: 14 març. 2004.

PRAETORIUS, F; HAMMARTRÖM, L. A new concept of the pathogenesis of oral mucous cysts base don a study of 200 cases. **J Dent Assoc South Africa,** 47: 226-31, 1992.

REBOUÇAS, F.P.; CAMARGO, W.R. Mucocele: relato de um caso. **Odontol. Mod,** 23: 14-8, 1996.

REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia Bucal. Correlações clinicopatológicas.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 195-43, 2000.

SANTOS, M.E.S.M.; SPINELLI, A.A.M.; SILVA, NETO, J.C. NASCIMENTO, P.B.L. do; TORRES, R.L.C.C.O. Mucocele, em criança, envolvendo a superfície ventral da língua. Relato de caso. **Odont Clin – Cientif,** 135-40, 2002.

SHAFER, W.G. ; HINE, M. K.; LEVY, B.M. **Tratado de Patologia Bucal.** 4ª.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p.512-14, 1987.

SILVA, A.; NIKITAKIS, N.G.; BALCIUNAS, B.A.; MEILLER, T.F. Superficial mucocele of the labial mucosa: a case report and review of the literature. **Gen Dent,** 52: 424-27, 2004.

STEVENS, A.; LOWE, J. **Patologia.** 2ª.ed. Barueri-São Paulo: Editora Manole Ltda, p. 227, 2002.

ROSE, E.C.; RESE, C. Mucocele on the lower lip – a case report. **J. Orofac. Orthop,** 65: 433-35, 2004.

TAL, H.; ALTINI, M.; LEMMER, J. Multiple mucous retention cysts of the oral mucosa. **Oral Surg Oral Med Oral Path.,** 58:692-95, 1984.

TOMMASI, A.F. **Diagnóstico em Patologia Bucal.** São Paulo: Editora Artes Médicas, p.371, 2000.