



ARTIGO ORIGINAL

Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period[☆]

Thâmara Manoela Marinho Bezerra^a, Bárbara Vanessa de Brito Monteiro^b, Águida Cristina Gomes Henriques^c, Marianne de Vasconcelos Carvalho^d, Cassiano Francisco Weege Nonaka^e, Márcia Cristina da Costa Miguel^{f,*}

^a Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^b Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB, Brasil

^c Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

^d Universidade de Pernambuco (UPE), Arcoverde, PE, Brasil

^e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil

^f Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Recebido em 1 de junho de 2015; aceito em 11 de setembro de 2015

KEYWORDS

Mucocele;
Ranula;
Minor salivary glands

Abstract

Introduction: Mucoceles are common benign pseudocystic lesions of the oral cavity; their main etiological factors are trauma and ductal obstruction. Two histological patterns are found: mucus retention phenomenon (MRP) and mucus extravasation phenomenon (MEP). Mucus extravasation phenomenon is the more common histological subtype and it mainly affects the lower lip. The knowledge of its main clinical features and management is important to assist health professionals in clinical practice.

Objective: This study aimed to determine the relative frequency and distribution of oral mucoceles in an oral pathology reference center.

Methods: Cross-sectional historical study that analyzed all cases pathologically diagnosed as mucus extravasation phenomenon by the department of anatomic pathology of an oral pathology referral center from June of 1970 to May of 2014, considering the clinical characteristics of the lesion and those relating to the patient. SPSS v. 20.0 software for Windows was used for descriptive analysis.

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.09.013>

[☆] Como citar este artigo: Bezerra TM, Monteiro BV, Henriques AC, de Vasconcelos Carvalho M, Nonaka CF, da Costa Miguel MC. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. Braz J Otorhinolaryngol. 2016;82:536-42.

* Autor para correspondência.

E-mail: mccmiguel@hotmail.com (M.C. da Costa Miguel).

Results: During 43 years, 719 cases of mucus extravasation phenomenon (54.7% men and 45.3% women) were registered, with the lower lip as the most commonly affected site (n = 484; 67.3%). The average age of patients was 20.8 years (SD ± 14.4) with a peak occurrence in the second decade of life. Most professionals had oral mucocele/ranula (n = 606; 84.3%) as the initial clinical impression.

Conclusion: Mucus extravasation phenomenon is a lesion that primarily affects young patients, affecting mainly the lower lip, and is commonly found in oral diagnostic services.

© 2015 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

PALAVRAS-CHAVE

Mucocele;
Ranula;
Glândulas salivares
menores

Levantamento epidemiológico de fenômeno de extravasamento de muco de um centro de referência em patologia oral por um período de 43 anos

Resumo

Introdução: Mucoceles são lesões pseudocísticas benignas comuns da cavidade oral, que possuem como principais fatores etiológicos trauma ou obstrução ductal. Dois padrões histopatológicos são encontrados: fenômeno de retenção de muco (FRM) e fenômeno de extravasamento de muco (FEM). O FEM é o subtipo histológico mais comum e tem como principal local de acometimento o lábio inferior. O conhecimento acerca de suas principais características clínicas e formas de tratamento se faz importante para auxiliar profissionais da saúde na prática clínica.

Objetivo: Este trabalho objetivou determinar a frequência relativa e a distribuição das mucoceles orais em um centro de referência em patologia oral.

Método: Estudo transversal de caráter histórico, no qual foram analisados os casos diagnosticados histopatologicamente como FEM pelo serviço de anatomia patológica de um centro de referência em patologia oral no período de junho de 1970 a maio de 2014, considerando-se variáveis clínicas da lesão e relativas ao paciente. O programa estatístico SPSS 20.0 for Windows foi utilizado para a análise descritiva dos dados.

Resultados: Durante 43 anos foram observados 719 casos de FEM (54,7% homens e 45,3% mulheres), sendo o lábio inferior (n = 484; 67,3%) o local de principal acometimento. A média de idade dos pacientes foi de 20,8 anos (DP ± 14,4), com pico de ocorrência na segunda década de vida. A maioria dos profissionais teve mucocele oral/rânula (n = 606; 84,3%) como primeira hipótese clínica.

Conclusão: O FEM é uma lesão que afeta principalmente pacientes jovens, acometendo preferencialmente o lábio inferior, sendo comumente encontrada nos serviços de diagnóstico oral.

© 2015 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença CC BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

Mucoceles são lesões pseudocísticas benignas comuns da cavidade oral, que se desenvolvem devido ao extravasamento ou retenção de material mucoso advindo das glândulas salivares, mais comumente as menores.¹ Esta lesão representa 70% das lesões císticas e pseudocísticas de glândula salivar, podendo surgir, portanto, em qualquer localização da mucosa oral que possua glândula salivar.^{1,2}

Os fatores etiológicos envolvidos na formação das mucoceles são o traumatismo e a obstrução ductal,^{3,4} os quais poderão levar à formação de duas apresentações histológicas: fenômeno de retenção ou extravasamento de muco.^{1,5} Os fenômenos de extravasamento de muco (FEM) são, de fato, pseudocistos, visto que são desprovidos de revestimento epitelial. O muco extravasado induz uma reação inflamatória e granular a fim de conter o extravasamento.^{4,6} Esse tipo de mucocele é comumente encontrada em glândulas salivares menores.⁷ O fenômeno de retenção de muco (FRM) induz

a formação de outro tipo de mucocele: o cisto de retenção de muco ou sialocisto.¹ A maioria se desenvolve a partir dos ductos de glândulas salivares maiores e possuem como fatores etiológicos a sialolitíase, as cicatrizes periductais ou os tumores invasivos.^{5,7} Histopatologicamente, os FRM caracterizam-se por revestimento epitelial oriundo do ducto salivar parcialmente obstruído.⁴

Clinicamente, não há diferença entre fenômeno de extravasamento e retenção de muco, consistindo em aumento de volume de aparência cística, indolor, macia à palpação e de coloração azulada a transparente.² A localização mais comum das mucoceles de extravasamento é o lábio inferior, sendo também o local mais sujeito a traumas. Tal localização é a menos comum nas mucoceles de retenção,^{2,5} as quais podem afetar qualquer outro sítio da cavidade oral.⁸ As mucoceles de extravasamento acometem pacientes jovens (20 a 30 anos) e normalmente resolvem-se espontaneamente, requerendo excisão cirúrgica em alguns casos.² Micromarsupialização, criocirurgia, injeções de esteroides e laser de CO₂ já

foram descritos como formas de tratamento alternativo para essas lesões.^{2,5,8,9}

O objetivo desse trabalho foi realizar um levantamento epidemiológico dos casos de mucocelos orais diagnosticadas no Serviço de Anatomia Patológica da Disciplina de Patologia Oral de uma universidade, no período de 1971 a 2014, bem como conhecer suas principais características clínicas e formas de tratamento, a fim de auxiliar os profissionais da saúde na prática clínica.

Método

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e de caráter histórico, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com o número de parecer 675.422, que incluiu 719 casos de mucocelos orais selecionadas entre 11.589 casos registrados nos arquivos do Laboratório de Anatomia Patológica, entre o período de junho de 1970 a maio de 2014.

O procedimento de coleta dos dados baseou-se nas informações constantes nos laudos de exames histopatológicos e nas fichas clínicas de biópsias, as quais foram transcritas para uma ficha padrão especialmente confeccionada para esta análise. As variáveis estudadas, relativas ao paciente, foram: sexo, idade e raça. Em relação às características clínicas da mucocelo oral, foram colhidos os seguintes dados: localização da lesão, forma da lesão fundamental, superfície, sintomatologia, tempo de evolução, tamanho, história de trauma, variação de tamanho, diagnóstico clínico e tipo de biópsia realizada. Vale ressaltar que, por serem consideradas variantes clínicas das mucocelos,⁸ as rânulas foram agrupadas conjuntamente nesta pesquisa.

Resultados

Os 719 casos de mucocelos orais corresponderam a 5,8% de todos os casos registrados pelo laboratório de patologia oral, no período supracitado. Quanto à localização anatômica, verificou-se que o lábio inferior foi a região mais acometida (67,3%) (tabela 1). Com relação ao sexo dos pacientes, evidenciou-se maior frequência da lesão no sexo feminino (54,7%). A média de idade dos pacientes acometidos pela mucocelo foi de 20,8 anos (DP \pm 14,4), havendo variação de

Tabela 1 Distribuição de frequências absolutas e relativas referentes à localização das mucocelos orais

Localização anatômica	Número (n)	Percentual (%)
Lábio inferior	484	67,3
Lábio superior	2	0,3
Palato	4	0,6
Mucosa jugal	27	3,8
Língua	58	8,1
Assoalho	69	9,6
Outros	60	8,3
Sem informação	15	2,1
Total	719	100

Tabela 2 Distribuição de frequências absolutas e relativas referente à cor da pele dos pacientes acometidos pela mucocelo oral

Cor da pele	Número (n)	Percentual (%)
Leucoderma	348	48,4
Melanoderma	135	18,8
Feoderma	133	18,5
Sem informação	103	14,3
Total	719	100

1 a 82 anos idade. Observou-se maior prevalência da lesão em pacientes leucodermas (48,4%) (tabela 2).

O aspecto clínico mais frequente da mucocelo oral foi de uma lesão nodular (59,8%), assintomática (70,9%), de superfície lisa (13,1%), medindo em média 0,9 cm (DP \pm 0,70), de mesma coloração da mucosa (36,2%) e com tempo médio de evolução de 20 semanas (DP \pm 28,7), variando de uma semana a seis anos (tabela 3). Quanto à história clínica, uma parte dos pacientes relata trauma prévio à formação da lesão (23,6%), e apenas 7,2% relataram, no momento da anamnese, observar que a lesão apresentava variação de tamanho no decorrer do curso clínico (tabela 3). Mediante o primeiro contato com a lesão, a maioria dos cirurgiões-dentistas teve mucocelo oral/rânula (84,3%) como primeira hipótese clínica (tabela 4). Por fim, a biópsia excisional foi o tratamento de escolha para a maioria das lesões (83,3%).

Discussão

A incidência da mucocelo na população é geralmente alta, sendo de 2,5 lesões por 1.000 pacientes.² Esta lesão foi a 17ª mais comum da cavidade oral, representando 0,08% das lesões orais, em um estudo realizado no Brasil.¹⁰ O termo mucocelo é estritamente clínico e serve para descrever aumentos de volume causados por saliva advinda do ducto de glândula salivar menor rompido ou obstruído. Mucocelos orais localizadas no assoalho da boca são denominadas de rânulas e comumente advêm do corpo da glândula sublingual e, ocasionalmente, do ducto de Rivini ou do de Wharthon.¹¹

Dentre as lesões benignas das glândulas salivares menores, a mucocelo é a mais comum.^{8,12,13} Pesquisa realizada por Re Cecconi et al.⁵ constatou que a mucocelo representa 4,61% das biópsias da cavidade oral, mostrando que ela é uma lesão comumente encontrada em serviços de medicina oral. Similarmente, estudo retrospectivo de 15 anos, realizado por Mohan et al.,¹⁴ detectou 393 lesões de glândula salivar, das quais 216 casos foram relatadas como lesões não neoplásicas, sendo a mucocelo a mais prevalente (54,5%). Estes achados se assemelham aos dados dessa pesquisa, na qual a mucocelo oral correspondeu a 5,8% de todas as lesões diagnosticadas durante 44 anos de serviço do Laboratório de Anatomia Patológica do Departamento de Odontologia de uma universidade.

As glândulas salivares menores são encontradas em qualquer local da cavidade oral, exceto na gengiva.⁸ Dessa forma, as mucocelos de retenção e extravasamento são comumente encontradas em diferentes localizações, não havendo diferenças clínicas entre elas.^{2,15,16} Para Bhargava et al.,⁶ o exame

Tabela 3 Distribuição de frequências absolutas e relativas referente às características clínicas das mucocelas orais

Características clínicas	Variáveis	Número (n)	Percentual (p)
Superfície	Lisa	94	13,1
	Rugosa	17	2,4
	Ulcerada	3	0,4
	Sem informação	605	84,1
Coloração	Esbranquiçada	97	13,5
	Avermelhada	86	12
	Amarelada	13	1,8
	Azulada/Arroxeadada	75	10,4
	Translúcida	66	9,2
	Mesma da mucosa	260	36,2
	Outras	27	3,8
	Sem informação	95	13,2
Aspecto	Polipoide	52	7,2
	Massa elevada	430	59,8
	Bolha	14	1,9
	Sem informação	223	31
Sintomatologia	Sintomática	51	7,1
	Assintomática	510	70,9
	Sem informação	158	22
Faixa de tamanho	0 a 2 cm	622	86,5
	2,1 a 4 cm	27	3,8
	A partir de 4,1 cm	2	0,3
	Sem informação	68	9,5
Faixa etária	0 a 10 anos	163	22,7
	11 a 20 anos	264	36,7
	21 a 30 anos	139	19,3
	31 a 40 anos	59	8,2
	41 a 50 anos	19	2,6
	51 a 60 anos	15	2,1
	61 a 70 anos	15	2,1
	71 a 80 anos	5	0,7
	81 a 90 anos	2	0,3
	Sem informação	38	5,3
História de trauma	Sim	170	23,6
	Não	48	6,7
	Sem informação	501	69,7
História de mudança de volume	Sim	52	7,2
	Sem informação	667	92,8

histopatológico é crucial para confirmar o diagnóstico clínico. Microscopicamente, os fenômenos de extravasamento de muco são pseudocistos, pois não possuem parede epitelial de revestimento e ocorrem sob três fases evolutivas. Na primeira, há o derramamento de mucina para o tecido circundante, onde alguns leucócitos e histiócitos são vistos. Na segunda fase, a reação de granulação aparece devido à presença de histiócitos, macrófagos e células gigantes multinucleadas associadas à reação de corpo estranho. Mais tarde, na terceira fase, há a formação de pseudocápsula sem epitélio em

volta da mucosa, devido às células do tecido conjuntivo.² Os cistos de retenção são caracterizados por apresentarem cavidade cística revestida por epitélio cuboidal e possuírem menos reação inflamatória.⁶ De acordo com Bhargava et al.,⁶ quando é observado, no momento cirúrgico, que a parede fibrosa da lesão é espessa, pode se tratar de neoplasia de glândula salivar. Porém, independentemente da espessura da parede e dos achados clínicos característicos da lesão, recomenda-se o envio da peça para análise histopatológica, a fim de confirmar a suspeita clínica.

Tabela 4 Distribuição de frequências absolutas e relativas referente às principais hipóteses clínicas da mucoccele oral

Diagnóstico clínico	Número (n)	Percentual (%)
Mucocele/Rânula	606	84,3
Hiperplasia fibrosa inflamatória	28	3,9
Fibroma	26	3,6
Papiloma	12	1,7
Cisto de retenção de muco	8	1,1
Lipoma	6	0,8
Hemangioma	4	0,6
Granuloma piogênico	2	0,3
Outros	10	1,4
Sem informação	17	2,4
Total	719	100

Mucoceles de extravasamento são o subtipo mais comum^{8,13} e frequentemente aparecem no lábio inferior.² Já as mucocceles de retenção são raramente encontradas nessa localização,⁵ podendo aparecer em qualquer outro sítio da cavidade oral,² estando mais relacionadas com glândulas salivares maiores.^{4,6} Pesquisa mostra que os locais mais comumente acometidos pelas mucocceles de retenção, quando em glândula salivar menor, são o lábio superior, o palato, as bochechas, o assoalho oral e o seio maxilar.^{5,8} Neste estudo, todos os casos analisados foram de mucoccele de extravasamento.

Dentre as 719 mucocceles analisadas nesta pesquisa, a maioria delas (67,2%) ocorreu no lábio inferior. Vários estudos epidemiológicos publicados embasam esse achado.^{2,5,10,12,13} O lábio inferior é o sítio anatômico da cavidade oral mais sujeito a traumas, especialmente na região de pré-molares.^{2,17} Tal fato justifica a grande incidência de mucocceles de extravasamento nessa região, visto que o trauma é sugerido como principal fator etiológico dessas lesões.^{5,14} Para Khanna et al.,¹⁸ hábitos parafuncionais, como morder e succionar o lábio inferior, também estão relacionados ao maior acometimento dessa região; porém, tais movimentos acabam levando a traumas locais, o que converge para um fator etiológico único. Pesquisa com 2.788 casos de lesões comprovadamente advindas de trauma mostrou que o lábio inferior não somente é a região que mais frequentemente ocorrem mucocceles (n = 676; 64,5%), como também o sítio de maior acometimento de todas as lesões de tecido mole associadas a trauma (n = 815; 29,5%).¹² Apesar de não ser possível coletar, nesta pesquisa, a informação relativa à história de trauma em 69,7% das fichas de biópsia, considerável parte dos pacientes (23,6%) relatou história de trauma prévio à formação da lesão. O trauma é o fator etiológico mais bem documentado e aceito em pesquisas com mucocceles orais.⁶

De acordo com alguns estudos da literatura, não há diferença na incidência das mucocceles orais entre os gêneros,^{6,17,19} assim como na presente pesquisa. No entanto, em outros estudos, a incidência da mucoccele entre os gêneros é bastante variável, havendo casos de maior predomínio, tanto entre as mulheres²⁰ quanto entre os homens.^{10,12,16} De acordo com pesquisa indiana, homens na segunda década de vida

são mais acometidos pela mucoccele por passarem a enfrentar muitos problemas psicológicos, levando-os ao hábito de morder o lábio, o que ocasionaria a lesão.²¹ Apesar dessas diferenças entre os estudos, todos eles reconhecem que o trauma é o principal agente etiológico para esse tipo de lesão, havendo variações entre os sexos sobre a origem deste trauma (estresse, fator psicológico, mordida etc.).

As mucocceles de extravasamento acometem pacientes de todas as idades com alta incidência na segunda década de vida.^{2,6,8,10,12,19,20} Em contrapartida, os fenômenos de retenção de muco comumente afetam indivíduos mais velhos.^{1,4,20} Em concordância com a literatura, a faixa etária mais acometida nesta pesquisa foi a segunda década de vida (tabela 3). Além disso, foi encontrado, no presente estudo, um caso de mucoccele em uma criança de um ano de idade. As mucocceles podem ser congênitas ou surgir logo após o nascimento, mas são raras em crianças com menos de um ano de vida.^{6,13}

A apresentação clínica da mucoccele oral pode variar, dependendo da profundidade da lesão.¹⁰ Aquelas localizadas logo abaixo da mucosa originam mucocceles superficiais, que possuem característica clínica de vesícula ou bolha; já as localizadas abaixo da submucosa dão origem às mucocceles clássicas, apresentando-se clinicamente como um nódulo.⁸ Essas variações são vistas detalhadamente na tabela 3. Os aspectos clínicos de cor das mucocceles variam entre mesma coloração da mucosa (rúseo) a azulado, sendo que a profundidade da lesão nos tecidos também tem influência sob esse aspecto.^{5,7} Lesões superficiais causam estiramento tecidual, o que torna o tecido mais fino e cianótico e causa congestão vascular, resultando em lesões de coloração azulada.^{2,5,8} Em contrapartida, mucocceles mais profundas apresentam-se como um nódulo bem circunscrito, recoberto por mucosa oral normal.⁸ O tamanho da lesão e a elasticidade do tecido de revestimento também são fatores que influenciam clinicamente esse aspecto.^{7,21} As mucocceles orais deste estudo assemelham-se a esses achados (tabela 3).

Apesar das variações clínicas das mucocceles apontadas no estudo, estas são pequenas, sendo, no entanto, seus aspectos clínicos patognomônicos⁸: lesão nodular, assintomática, superfície lisa e com uma variedade de cores, como azulada, transparente, rósea e esbranquiçada.^{2,5,6} São lesões solitárias ou múltiplas que não apresentam duração constante, podendo variar de poucos dias a três anos.⁸ Dessa forma, apesar do seu diagnóstico ser praticamente clínico,^{2,8,10} não há grandes dificuldades para o cirurgião-dentista em realizá-lo, o que facilita o direcionamento do tratamento de forma direta para esse tipo de lesão. Estes achados podem ser evidenciados nesta pesquisa, na qual a maior parte dos profissionais (78,4%) apontou a mucoccele como primeira hipótese clínica, o que refletiu na biópsia excisional como principal tratamento de escolha (83,4%). Dessa forma, a história clínica do paciente, aliada a informações acerca da localização, história de trauma, rápido aparecimento, variação no tamanho, coloração da lesão e sua consistência, levam ao correto diagnóstico da lesão e conduta clínica do profissional.⁶ Ressalta-se que alguns casos específicos podem necessitar de meios auxiliares para o diagnóstico clínico, como radiografias de rotina, ultrassonografia ou métodos de diagnóstico avançado (tomografia computadorizada e imagem de ressonância magnética), a fim de melhor visualizar a forma, o diâmetro, a posição e determinar a origem da lesão.^{1,8} A técnica citológica de aspiração por agulha fina é uma útil ferramenta

para o diagnóstico de pacientes com nódulos e aumentos de volume nas glândulas salivares, especialmente quando é considerado o diagnóstico diferencial com lesão angiomatosa.^{1,2}

Embora o diagnóstico clínico das mucocelas, na maioria das vezes, não ofereça dificuldades ao profissional, é comum sua semelhança com outras lesões que podem acometer a cavidade oral. A mucocela superficial pode ser confundida com penfigoide cicatricial, líquen plano bolhoso ou herpes.^{22,23} As mucocelas mais profundas fazem diagnóstico diferencial com lipoma, hemangioma, linfangioma oral, neoplasias malignas e benignas de glândula salivar, variz venosa, fibroma de irritação, cisto linfoepitelial oral, cisto gengival do adulto, abscesso tecidual, cisticercose, granuloma piogênico e outros.⁸

Vale ressaltar que algumas mucocelas superficiais com histórico de recorrência têm sido relacionadas com o líquen plano oral e doença do enxerto vs. hospedeiro.^{22,23} Para Bermejo et al.,²² a mucosa oral do paciente com líquen plano erosivo sofre constante erosão e re-epitelização, permitindo a ruptura da saída de um pequeno ducto de glândula salivar, o que causa acúmulo de muco abaixo do epitélio. Existe ainda a hipótese de que o processo inflamatório possa exercer um papel na patogênese das mucocelas recorrentes, já que o infiltrado linfocítico pode bloquear o ducto da glândula acessória, o que induziria sua ruptura e o extravasamento subepitelial de muco.²³ Identificar corretamente a mucocela superficial recorrente, bem como outras condições que possam estar associadas à mesma, contribuirá para um melhor manejo clínico do paciente.

Achados clínicos de suma importância muitas vezes não são transcritos para a ficha de biópsia, o que acarreta prejuízos a qualquer estudo epidemiológico. Nesta pesquisa, as variáveis “história de trauma” e “história de mudança de volume” não estavam presentes nas fichas de biópsias, que são estruturadas, sendo livremente acrescentadas pelo cirurgião-dentista ou aluno de graduação. A variável “história de mudança de volume” foi transcrita como presente em somente 7,2% das fichas de biópsias. Acreditamos que tal porcentagem não corresponda à realidade desse achado, pois, como grande parte das fichas de biópsias são estruturadas, não há espaços para informações adicionais que possam ser relevantes não só para o correto diagnóstico histopatológico, como também para futuras pesquisas epidemiológicas que utilizem tais fichas como ferramentas. Além disso, a variação de tamanho é um achado clínico bastante característico das mucocelas orais. Para Re Cecconi et al.,⁵ isso ocorre devido à ruptura da lesão, principalmente naquelas superficiais, ou reabsorção da saliva e subsequente reacúmulo de mucina.^{5,8} Da mesma forma, a ocorrência de um trauma na região da lesão foi transcrita na ficha em apenas 23,6% dos casos, enquanto que 69,7% não adicionaram essa informação (tabela 3). Assim como o dado anterior, este não corresponde ao esperado, podendo se tratar, também, de ausência de informação. A história de trauma já é amplamente divulgada na literatura como principal causa de mucocelas de extravasamento.⁸

Esta pesquisa verificou que a maioria das mucocelas orais (n = 510; 70,9%) eram assintomáticas, enquanto que apenas 7,1% (n = 51) apresentavam alguma sintomatologia (tabela 3). Pesquisa clínico-patológica realizada por Bagán Sebastian et al.²⁴ com 25 mucocelas orais encontrou que apenas 4% dos pacientes apresentavam alguma sensação de desconforto, mas não dor. Para Baurmash,⁷ mucocelas maiores do que 1,5

cm estão localizadas mais profundamente nos tecidos. Dessa forma, lesões menores trazem menos desconforto ao paciente, pois são mais superficiais, estando localizadas nos estratos teciduais menos vascularizados e menos ricos em estruturas nervosas. Além disso, lesões grandes podem causar dificuldade de falar ou mastigar.^{5,7} De alguma forma isso também justificaria os dados desta pesquisa, que mostram uma longa média de tempo para a procura de tratamento dos pacientes portadores de mucocelas orais (quatro meses), havendo relatos de lesões com até cinco anos de evolução. Para Bhargava et al.,⁶ devido à ausência de sintomatologia dolorosa dessa lesão, geralmente, é o próprio profissional que a detecta num exame oral de rotina.

Não existem diferenças no tratamento entre mucocelas de retenção e de extravasamento, sendo a remoção cirúrgica convencional o método mais usado para ambas.^{2,6} Para Romeo et al.,²⁵ a excisão cirúrgica é o único tratamento para esta lesão, sendo observadas constantes recidivas nas mucocelas tipo extravasamento quando este procedimento não é realizado. Nesta pesquisa, a biópsia excisional foi a forma de tratamento mais utilizada para as mucocelas de extravasamento, estando este dado de acordo com o recomendado pela literatura.^{1,2,4-8,10,13,20} Uma estratégia para evitar recorrências é a excisão de lesões pequenas até a linha muscular, juntamente com o tecido glandular salivar marginal. No caso de lesões grandes, a marsupialização ajudará a evitar danos a estruturas vitais, como o ramo labial do nervo mentoniano.¹⁷ A micromarsupialização pode ser considerada como um método cirúrgico alternativo no caso de pacientes pediátricos, pois consiste em uma técnica simples, pouco traumática, relativamente indolor e com menos chances de recorrência.^{6,17}

Outro método cirúrgico de tratamento das mucocelas orais é a ablação a laser de CO₂, a qual diminui as chances de recorrência e complicação e permite uma ablação rápida e simples da lesão. Tal procedimento é também indicado para pacientes que não toleram procedimentos longos.¹⁷ Essa técnica é questionada, pois não admite o exame histopatológico da lesão.

Conclusões

A mucocela oral é uma lesão bastante comum, que afeta principalmente pacientes jovens e acomete, preferencialmente, o lábio inferior. A mucocela de extravasamento é o subtipo mais comum, acometendo pacientes em torno da segunda década de vida e não oferecendo grandes dificuldades ao profissional em seu diagnóstico clínico. O tratamento cirúrgico conservador é o mais utilizado, porém, formas alternativas têm sido relatadas na literatura, como marsupialização, dissecação, criocirurgia, laser de dióxido de carbono, eletrocauterização, injeção intralésional de agentes esclerosantes e injeções de esteróides.

O estudo possui limitações, como todos os estudos retrospectivos. Determinar alguns dados clínicos não foi possível devido à falta de preenchimento correto das fichas de biópsia. O manuseio correto desse documento constitui importante instrumento de aprendizagem do aluno e da pesquisa epidemiológica, assim como para o acompanhamento do paciente. Ressalta-se a importância do profissional e estudante universitário dispensarem maior rigor não só na anamnese do paciente, como também no preenchimento de suas documentações clínicas.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

- Choi HJ, Kim SG, Kim JD, Kim JH, Kim SM. A case of bilateral submandibular gland mucoceles in a 16-month-old child. *Korean J Pediatr*. 2012;55:215-8.
- Ata-Ali J, Carrilo C, Bonet C, Balaguer J, Peñarrocha M, Peñarrocha M. Oral mucocele: review of the literature. *J Clin Exp Dent*. 2010;2:E18-21.
- Yamasoba T, Tayama N, Syoji M, Fukuta M. Clinicostatistical study of lower lip mucoceles. *Head Neck*. 1990;12:316-20.
- Hze-Khoong EP, Xu L, Shen S, Yin S, Wang L, Zhang C. Submandibular gland mucocele associated with a mixed ranula. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;55:215-8.
- Re Cecconi D, Achilli A, Tarozzi M, Lodi G, Demarosi F, Sardella A, et al. Mucoceles of the oral cavity: a large case series (1994-2008) and a literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:551-6.
- Bhargava N, Agarwal P, Sharma N, Agrawal M, Sidiq M, Narain P. An unusual presentation of oral mucocele in infant and its review. *Case Rep Dent*. 2014, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/723130>.
- Baurmash HD. Mucoceles and ranulas. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61:369-78.
- More CB, Bhavsar K, Varma S, Tailor M. Oral mucocele: a clinical and histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014;18:S72-7.
- Luiz AC, Hiraki KR, Lemos CA Jr, Hirota SK, Migliari DA. Treatment of painful and recurrent oral mucoceles with a high-potency topical corticosteroid: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66:1737-9.
- Rashid AK, Anwar N, Azizah AM, Narayan KA. Cases of mucocele treated in the Dental Department of Penang Hospital. *Arch Orolfac Sci*. 2008;31:7-10.
- Nico MM, Park JH, Lourenço SV. Mucocele in pediatric patients: analysis of 36 children. *Pediatr Dermatol*. 2008;25:308-11.
- Chen JY, Wang WC, Chen YK, Lin LM. A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan. *J Appl Oral Sci*. 2010;18:5-9.
- Mínguez-Martínez I, Bonet-Coloma C, Ata-Ali-Mahmud J, Carrillo-García C, Peñarrocha-Diago M, Peñarrocha-Diago M. Clinical characteristics, treatment, and evolution of 89 mucoceles in children. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68:468-71.
- Mohan H, Tahlan A, Mundi I, Punia RP, Dass A. Non-neoplastic salivary gland lesions: a 15-year study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268:187-90.
- Andiran N, Sarikayalar F, Unal OF, Baydar DE, Ozaydin E. Mucocele of the anterior lingual salivary glands: from extravasation to an alarming mass with a benign course. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2001;61:143-7.
- Conceição JG, Gurgel CA, Ramos EA, de Aquino Xavier FC, Schlaepfer-Sales CB, Cangussu MC, et al. Oral mucoceles: a clinical, histopathological and immunohistochemical study. *Acta Histochem*. 2014;116:40-7.
- Yagüe-García J, España-Tost AJ, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Treatment of oral mucocele-scalpel versus CO₂ laser. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14:469-74.
- Khanna S, Singh NN, Sreedhar G, Purwar A, Gupta S. Oral mucous extravasation cyst: case series with comprehensive and systematic review on differential diagnosis. *Int J Dent Case Rep*. 2013;3:17-27.
- Chi AC, Lambert PR 3rd, Richardson MS, Neville BW. Oral mucoceles: a clinopathologic review of 1,824 cases, including unusual variants. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69:086-93.
- Hayashida AM, Zerbinatti DC, Baiducci I, Cabral LA, Almeida JD. Mucus extravasation and retention phenomena: a 24-year study. *BMC Oral Health*. 2010;7:10-5, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6831-10-15>.
- Jani DR, Chawda J, Sundaragiri SK, Parmar G. Mucocele - astudy of 36 cases. *Indian J Dent Res*. 2010;21:337-40.
- Bermejo A, Aguirre JM, López P, Saez MR. Superficial mucocele: report of 4 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod*. 1999;88:469-72.
- García-F-Villalta MJ, Pascual-López M, Elices M, Daudén E, García-Diez A, Fraga J. Superficial mucoceles and lichenoid graft versus host disease: report of three cases. *Acta Derm Venereol*. 2002;82:453-5.
- Bagán Sebastián JV, Silvestre Donat FJ, Peñarrocha Diago M, Milián Masanet MA. Clínico-pathological study of oral mucoceles. *Av Odontoestomatol*. 1990;6:389-91.
- Romeo U, Palaia G, Tenore G, Del Vecchio A, Nammour S. Excision of oral mucocele by different wavelength lasers. 2013; 24:211-5.