

Mucocele das glândulas de Blandin-Nuhn; relato de tratamento conservador

Blandin-Nuhn glands mucocele; report of a conservative treatment

MARISTELA SOARES SWERTS PEREIRA

Doutora em Odontopediatria pela Forp - USP. Professora Titular da Disciplina de Odontologia Pediátrica e dos Estágios em Odontologia Pediátrica I e II do Curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas, Campus Alfenas / MG.

DANIEL SILVA OLIVEIRA

Acadêmico do Curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas, Campus Alfenas / MG.

RESUMO

Mucocele, por fenômeno de extravasamento, é uma lesão frequentemente encontrada na mucosa bucal de crianças. Sua etiologia é geralmente associada a trauma local, resultando no rompimento do ducto excretor de glândulas salivares acessórias e promovendo derramamento de mucina no tecido mole circunjacente. Na região ventral da língua, envolve as glândulas de Blandin-Nuhn, sendo caracterizada clinicamente como uma tumefação da mucosa em forma de cúpula, macia à palpação, com superfície lisa e indolor, de coloração variando do rosa

normal da mucosa ao azul. O tratamento mais recomendado é a excisão da lesão, juntamente com as glândulas salivares acessórias envolvidas. Entretanto, diante da identificação prévia do agente etiológico traumático, o tratamento pode consistir apenas da sua interceptação, na tentativa de reduzir ou eliminar a mucocele. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de mucocele das glândulas de Blandin-Nuhn, decorrente do hábito de interposição da região ventral anterior da língua com pressão no diastema interincisal. O plano de tratamento consistiu no fechamento ortodôntico do diastema, impossibilitando o hábito de interposição lingual, o que proporcionou a regressão total da lesão, sem necessidade cirúrgica.

Unitermos: mucocele, região ventral da língua, glândulas de Blandin-Nuhn, interposição lingual.

INTRODUÇÃO

Mucocele é uma lesão de tecido mole, caracterizada pelo acúmulo de mucina a partir de glândulas salivares acessórias. Histologicamente, existem dois tipos de mucocele – o fenômeno de extravasamento e o cisto de retenção mucoso (ALVES *et al.*, 2010; ATA-ALI *et al.*, 2010; JANI *et al.*, 2010; PIAZZETTA, TORRES-PEREIRA e AMENÁBAR, 2012; STUANI *et al.*, 2010).

Em crianças, o fenômeno de extravasamento é mais frequente. Sua etiologia está associada a trauma sobre o ducto excretor das glândulas salivares acessórias,

desencadeado muitas vezes por hábitos bucais deletérios, como o uso incorreto de chupetas, a sucção ou a pressão constante no mesmo local da mucosa bucal (ALVES *et al.*, 2010; CÂMARA *et al.*, 2002; JANI *et al.*, 2010; SUGERMAN *et al.*, 2000). O trauma promove a ruptura do ducto excretor e escape de mucina do interior das glândulas salivares acessórias para o estroma do tecido conjuntivo adjacente. Consequentemente, ocorre uma resposta inflamatória localizada, que se organiza sob a forma de tecido de granulação, encapsulando a mucina extravasada (ALVES *et al.*, 2010; De

CAMARGO MORAES *et al.*, 2009; GUIMARÃES *et al.*, 2006; JANI *et al.*, 2010).

A mucosa do lábio inferior é o local mais acometido devido à grande suscetibilidade dessa região a traumas (ALVES *et al.*, 2010; ATA-ALI *et al.*, 2010; CÂMARA *et al.*, 2002; GURGEL *et al.*, 2012; JANI *et al.*, 2010; PIAZZETTA, TORRES-PEREIRA e AMENÁBAR, 2012; STUANI *et al.*, 2008; STUANI *et al.*, 2010). A lesão pode também ocorrer na mucosa jugal, no palato mole, no lábio superior, na região retromolar (PIAZZETTA, TORRES-PEREIRA e AMENÁBAR, 2012; STUANI *et al.*, 2010) e na superfície ventral da língua, onde se localizam as glândulas de Blandin-Nuhn (ADACHI *et al.*, 2011; De CAMARGO MORAES *et al.*, 2009; GUIMARÃES *et al.*, 2006; JINBU *et al.*, 2003; RAI *et al.*, 2008; SUGERMAN *et al.*, 2000).

Clinicamente, a mucocoele das glândulas de Blandin-Nuhn surge de forma repentina, como um aumento volumétrico exofítico vesiculobolhoso, intermitente, localizado sobre a superfície ventral da língua, mais frequentemente no plano mediano, próximo ao ápice lingual. Possui diâmetro variado, promovendo uma tumefação da mucosa, com superfície lisa, flutuante à palpação, assintomática e de coloração rósea, translúcida ou azulada (ADACHI *et al.*, 2011; De CAMARGO MORAES *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2002; SUGERMAN *et al.*, 2000).

Em crianças, para a definição do plano de tratamento, devem ser avaliadas as condições da lesão, ou seja, localização, tamanho e profundidade, o tipo de trauma, se constante ou não, juntamente com as condições gerais da criança, como idade e aspecto emocional/comportamental. Dessa forma, a abordagem terapêutica pode variar (STUANI *et al.*, 2010), sendo na maioria das vezes indicada a excisão cirúrgica da lesão, juntamente com as glândulas salivares acessórias envolvidas, a fim de evitar recidivas (ALVES *et al.*, 2010; ATA-ALI *et al.*, 2010; CÂMARA *et al.*, 2002; GURGEL *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2008). Outra opção de tratamento é a micro-marsupialização, visando à formação de novos ductos excretores e consequente desaparecimento da lesão. Essa abordagem é indicada para o tratamento de mucocoeles grandes, cuja excisão promoveria risco de lesar estruturas anatômicas adjacentes e principalmente para crianças não colaboradoras. Por ser um procedimento simples, rápido e minimamente invasivo, não requer

nenhuma infiltração local de anestésico e, sim, apenas aplicação de anestesia tópica. Possui uma menor taxa de complicações pós-operatórias e é bem tolerada pelos pacientes (PIAZZETTA, TORRES-PEREIRA e AMENÁBAR, 2012; STUANI *et al.*, 2008). Entretanto, quando a etiologia da mucocoele está associada a traumas por repetição, geralmente decorrentes de hábitos bucais deletérios, a identificação e a interceptação do agente traumático pode promover a regressão ou até mesmo eliminar a lesão, tornando o procedimento cirúrgico desnecessário (CAPOTE *et al.*, 2001).

Este artigo tem, como objetivo, relatar um caso clínico de mucocoele das glândulas de Blandin-Nuhn, tratado pela remoção do agente etiológico traumático, tendo-se em vista a importância de abordagens terapêuticas conservadoras em pacientes pediátricos.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, oito anos de idade, leucoderma, sem qualquer alteração sistêmica, estava em tratamento na Clínica de Odontopediatria do Curso de Odontologia da Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, MG. Em consulta odontológica de rotina, apresentou queixa do surgimento de uma “bolinha na língua”. Durante anamnese direcionada, foi constatada história de aparecimento repentino da lesão na língua, assintomática, surgida sem causa aparente há aproximadamente quatro dias. Ao exame clínico intraoral, observou-se um aumento volumétrico na linha média da superfície ventral anterior da língua, caracterizado como uma tumefação vesiculobolhosa, em forma de cúpula, com aproximadamente 0,5cm de diâmetro, de consistência flutuante à palpação, superfície lisa e coloração semelhante à mucosa (FIG. 1A). Foi também evidenciada a ocorrência de diastema entre os incisivos centrais superiores (FIG. 1B), o qual é comum à época de desenvolvimento em que a criança se encontrava. Foi identificado e confirmado, pela própria criança, o hábito de interposição e de pressão da porção ventral anterior da língua nesse diastema (FIG. 1C e 1D). Após uma semana, observou-se a continuidade do hábito bucal deletério (FIG. 2A e 2B) e o consequente aumento do diâmetro da lesão (FIG. 2C).

Com base na anamnese, nas características clínicas, evolutivas e na localização anatômica da lesão, o diag-

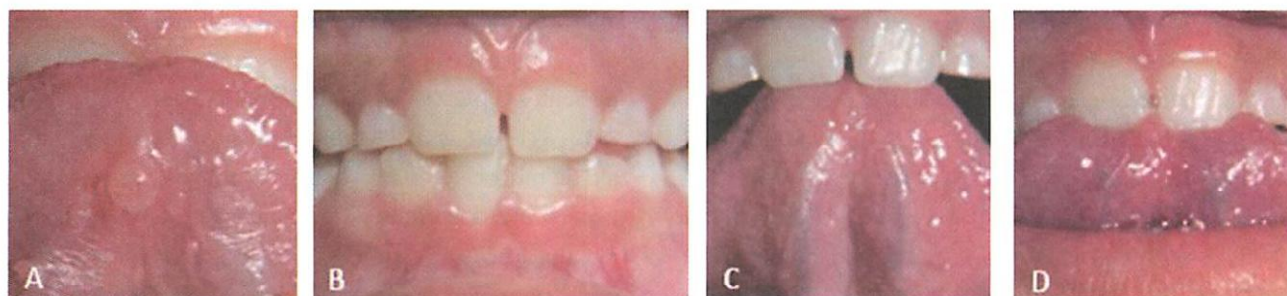


FIGURA 1 - Aspecto clínico inicial: (A) - mucocele em região ventral anterior da língua; (B) - diastema interincisal; (C e D) - hábito de interposição da porção ventral anterior da língua no diastema interincisal.



FIGURA 2 - Aspecto clínico após uma semana: (A e B) - manutenção do hábito de interposição da porção ventral anterior da língua com pressão no diastema interincisal; (C) - aumento do diâmetro do mucocele.



FIGURA 3 - (A) Instalação de aparelho fixo para fechamento do diastema interincisal; aspecto clínico uma semana após instalação do aparelho fixo; (B) - completo fechamento do diastema; (C) - regressão do diâmetro da mucocele.



FIGURA 4 - (A) Aparelho fixo mantido para contenção do fechamento do diastema interincisal; (B) - mucocele quase totalmente regredida duas semanas após instalação de aparelho fixo; (C) - hábito bucal deletério interceptado.

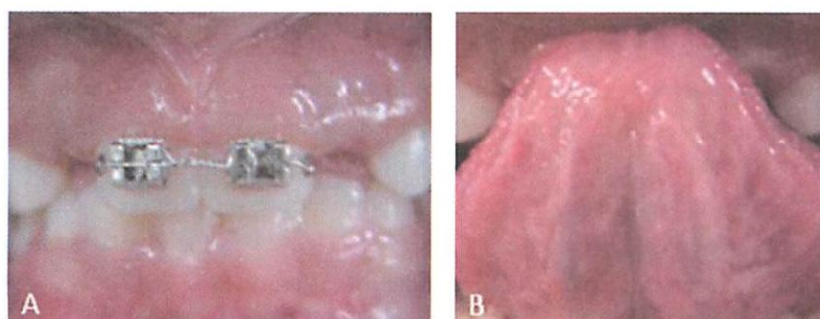


FIGURA 5 - Aspecto clínico quatro semanas após instalação de aparelho fixo: (A) - braquetes mantidos para contenção e fechamento do diastema interincisal; (B) - regressão total da mucocele.

nóstico clínico presuntivo foi de mucocèle por fenômeno de extravasamento envolvendo as glândulas de Blandin-Nuhn, em decorrência do trauma crônico gerado pelo hábito bucal deletério apresentado. Frente à identificação precisa da origem traumática da mucocèle e visando à interceptação do hábito de interposição e pressão do ventre lingual e consequente regressão total da lesão sem necessidade cirúrgica, o plano de tratamento consistiu no fechamento ortodôntico do diastema interincisal, utilizando-se aparelhagem fixa (FIG. 3A).

Decorrida uma semana, observaram-se o completo fechamento do diastema (FIG. 3B) e a regressão do diâmetro da mucocèle (FIG. 3C). O aparelho foi mantido para contenção (FIG. 4A) e, na semana seguinte, a mucocèle já estava quase totalmente regredida (FIG. 4B) e o hábito bucal deletério interceptado (FIG. 4C). A regressão total da mucocèle foi alcançada após quatro semanas (FIG. 5A e 5B).

Para evitar recorrência do hábito, o aparelho ortodôntico foi removido somente após o irrompimento dos incisivos laterais superiores. O paciente foi monitorado e não apresentou recidivas ou novas lesões, determinando o resultado satisfatório dessa abordagem terapêutica conservadora.

A divulgação desse caso clínico foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade José Rosário Vellano/ HUAV – Unifenas (número do Parecer: 28.829).

DISCUSSÃO

Este artigo relata um caso clínico de mucocèle pelo fenômeno de extravasamento em localização pouco comum, ou seja, na região ventral da língua, envolvendo as glândulas de Blandin-Nuhn (ADACHI *et al.*, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2006; JINBU *et al.*, 2003; SUGERMAN *et al.*, 2000), na linha mediana e próximo ao ápice lingual (De CAMARGO MORAES *et al.*, 2009). A etiologia dessa lesão pode ser decorrente de trauma gerado por hábitos bucais deletérios (ALVES *et al.*, 2010; SUGERMAN *et al.*, 2000), o qual foi precisamente identificado nesse paciente. O diagnóstico da lesão é principalmente clínico (ATA-ALI *et al.*, 2010). Assim, as informações obtidas por meio da anamnese, juntamente com as características clínicas (SUGERMAN *et al.*, 2000) de localização, evolução, coloração, tamanho, consistência à palpação, ausência de sintomatologia dolorosa,

sugeriram, no presente caso clínico, o diagnóstico de mucocèle das glândulas de Blandin-Nuhn.

Apesar de tentativas mais conservadoras para o tratamento da mucocèle, como a micromarsupialização (PIAZZETTA, TORRES-PEREIRA e AMENÁBAR, 2012; STUANI *et al.*, 2008), a abordagem terapêutica mais recomendada é sua excisão cirúrgica, concomitante com a retirada das glândulas salivares acessórias envolvidas, para evitar recidivas. Ademais, quando a etiologia da mucocèle está diretamente relacionada a hábitos bucais deletérios, a necessidade de descontinuar o hábito é imprescindível para prevenção de recidivas ou de novas lesões (CÂMARA *et al.*, 2002; CAPOTE *et al.*, 2001; JANI *et al.*, 2010). Entretanto, no caso clínico relatado, optou-se apenas pela interceptação do agente etiológico traumático. Essa abordagem terapêutica possibilita a regressão ou até mesmo a eliminação da lesão, tornando desnecessário o procedimento cirúrgico, ao mesmo tempo em que previne recidivas ou novas lesões (CAPOTE *et al.*, 2001), como foi evidenciado nesse paciente.

A impossibilidade da análise histopatológica para confirmar o diagnóstico clínico (STUANI *et al.*, 2010) constitui uma limitação para esse tipo de tratamento conservador, nos casos em que houver dúvida quanto ao diagnóstico clínico da lesão, uma vez que a mucocèle pode ser clinicamente semelhante a lesões vasculares, granulomas piogênicos, papilomas escamosos, fibromas (ADACHI *et al.*, 2011; CAPOTE *et al.*, 2001), entre outras. No entanto, a maioria das mucocèles pode ser facilmente identificada por meio do aspecto clínico (JANI *et al.*, 2010), possibilitando, primeiramente, essa alternativa terapêutica conservadora. Diante do insucesso dessa abordagem, o plano de tratamento poderá ser complementado pela excisão cirúrgica da lesão.

CONCLUSÃO

Embora a excisão cirúrgica da mucocèle seja o tratamento de primeira escolha, a remoção do agente etiológico traumático constitui-se numa alternativa terapêutica conservadora, frente ao diagnóstico clínico de mucocèle associada a trauma gerado por hábito bucal deletério. Essa abordagem possui como vantagens a possibilidade de eliminação da lesão sem a necessidade de procedimento cirúrgico, bem como a prevenção de recidivas ou novas lesões, já que o agente etiológico foi interceptado.

ABSTRACT

Mucocele by extravasation phenomenon is an injury often found in the oral mucosa of children. Its etiology is usually linked with local trauma, resulting in the disruption of the excretory duct of the accessory salivary glands and promoting mucin spillage in surrounding soft tissue. In the ventral region of the tongue involving the glands of Blandin-Nuhn, characterized clinically as a swelling of the dome shaped mucosa which is soft to the touch, smooth and painless, varying in color from pink to the blue. Facing this situation, the most recommended treatment is excision of the lesion along with the accessory salivary glands involved. However, before the identification of the etiologic traumatic agent, the first treatment may consist only of an interception in attempt to reduce or eliminate the mucocele. The objective of this study is to report a case of mucocele of the glands of Blandin-Nuhn due to the habit of bringing the ventral anterior tongue pressure in interincisal diastema. The treatment plan was orthodontic diastema closure, avoiding the tongue's intercourse habit, which provided a total regression of the lesion without surgery.

Keywords: mucocele, ventral region of the tongue, glands of Blandin-Nuhn.

REFERÊNCIAS

01. ADACHI, P.; SOUBHIA, A.M.; HORIKAWA, F.K.; SHINOHARA, E.H. Mucocele of the glands of Blandin-Nuhn; clinical, pathological and therapeutic aspects. *Oral Maxillofac. Surg.*, Berlin, v.15, n.1, p.11-13, Mar. 2011.
02. ALVES, L.A.; DI NICOLÓ, R.; RAMOS, C.J.; SHINTOME, L.; BARBOSA, C.S. Retention mucocele on the lower lip associated with inadequate use of pacifier. *Dermatol. Online J.*, Davis, v.16, n.7, p.9, Jul. 2010.
03. ATA-ALI, J.; CARRILLO, C.; BONET, C.; BALAGUER, J.; PEÑARROCHA, M.; PEÑARROCHA, M. Oral mucocele; review of the literature. *J. Clin. Exp. Dent.*, Valencia, v.2, n.1, p.18-21, Feb. 2010.
04. CÂMARA, L.P.; SANTOS, V.I.M.; MENEZES, V.A.; NEVES, H.L.S. Mucocele; relato de caso clínico. *J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebê*, Curitiba, v.5, n.27, p.378-381, set./out. 2002.
05. CAPOTE, T.S.O.; CERQUEIRA-LEITE, J.B.B.; MÁRIO, A.P.Y.R.; MARCOMINI, E.M.S. Regressão de lesão localizada na língua após remoção de agente traumático; relato de caso clínico. *J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebê*, Curitiba, v.4, n.20, p.294-297, jul./ago. 2001.
06. De CAMARGO MORAES, P.; BÖNECKER, M.; FURUSE, C.; THOMAZ, L.A.; TEIXEIRA, R.G.; De ARAÚJO V.C. Mucocele of the gland of Blandin-Nuhn; histological and clinical findings. *Clin. Oral Investig.*, Frankfurt, v.13, n.3, p.351-353, Sep. 2009.
07. GUIMARÃES, M.S.; HEBLING, J.; FILHO, V.A.; SANTOS, L.L.; VITA, T.M.; COSTA, C.A. Extravasation mucocele involving the ventral surface of the tongue (glands of Blandin-Nuhn). *Int. J. Paediatr. Dent.*, Oxford, v.16, n.6, p.435-439, Nov. 2006.
08. GURGEL, C.C.; PALT, D.G.; LOURENÇO NETO, N.; SAKAI, V.T.; MACHADO, M.A.A.M.; OLIVEIRA, T.M. Surgical excision of mucocele under local anesthesia in an 8-month-old baby. *Odontol. Clín. Cient.*, Recife, v.11, n.1, p.81-83, Jan./Mar. 2012.
09. JANI, D.R.; CHAWDA, J.; SUNDARAGIRI, S.K.; PARMAR, G. Mucocele; a study of 36 cases. *Indian J. Dent. Res.*, Ahmedabad, v.21, n.3, p.337-340, Sep. 2010.
10. JINBU, Y.; KUSAMA, M.; ITOH, H.; MATSUMOTO, K.; WANG, J.; NOGUCHI, T. Mucocele of the glands of Blandin-Nuhn: clinical and histopathologic analysis of 26 cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, St. Louis, v.95, n.4, p.467-470, Apr. 2003.
11. PIAZZETTA, C.M.; TORRES-PEREIRA, C.; AMENÁBAR, J.M. Micro-marsupialization as an alternative treatment for mucocele in pediatric dentistry. *Int. J. Paediatr. Dent.*, Oxford, v.22, n.5, p.318-323, Sep. 2012.
12. RAI, A.J.; HEGDE, A.M.; SHETTY, Y.R. Management of Blandin-Nuhn mucocele; a case report. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, Birmingham, v.32, n.2, p.147-149, 2008.
13. SANTOS, M.E.S.M.; SPINELLI, A.A.M.; SILVA NETO, J.C.; NASCIMENTO, P.B.L.; TORRES, R.L.C.C.O. Mucocele, em criança, envolvendo a superfície ventral da língua. *Odontol. Clín. Cient.*, Recife, v.1, n.2, p.135-140, Mai./Ago. 2002.
14. STUANI, A.S.; STUANI, A.S.; SANTOS, B.M.; SILVA, F.W.G.P.; BORSATTO, M.C.; QUEIROZ, A.M. Tratamento de mucocele pela técnica de micro-marsupialização; relato de caso. *Rev. Odontol. Unid.*, São Paulo, v.20, n.3, p.307-310, set./dez. 2008.
15. STUANI, A.S.; STUANI, A.S.; PAULA-SILVA, F.W.G.; STUANI, M.B.S.; VALÉRIO, R.A.; QUEIROZ, A.M. Mucoceles; lesões frequentes na cavidade bucal de crianças. *Pediatria*, São Paulo, v.32, n.4, p.288-292, nov. 2010.
16. SUGERMAN, P.B.; SAVAGE, N.W.; YOUNG, W.G. Mucocele of the anterior lingual salivary glands (glands of Blandin and Nuhn); report of 5 cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, St. Louis, v.90, n.4, p.478-482, Oct. 2000.