

TRATAMENTO DE MUCOCELE COM A TÉCNICA DE SHIRA: RELATO DE CASO

TREATMENT OF MUCOCELE WITH SHIRA'S TECHNIQUE: CASE REPORT

ISADORA BALAN¹
WASHINGTON RODRIGUES CAMARGO²
MICHELLY BORGHETTE RIBAS³
CAMILA HIRATA NAVARRO⁴
FERNANDA LOBO⁵(FOOTNOTES)

RESUMO

O termo mucocèle pode ser definido como “cavidade patológica contendo muco”, sendo este conteúdo proveniente das glândulas salivares menores. Enquadrando-se como um processo patológico destas glândulas. A mucocèle pode ser caracterizada pelo fenômeno de extravasamento ou de retenção de muco, dando-se o diagnóstico somente através da análise microscópica. Clinicamente apresenta-se como um nódulo indolor, circunscrito, normocrômico ou azulado e flutuante à palpação, localiza-se predominantemente no lábio inferior. A escolha do tratamento partirá da análise de alguns fatores, como o tamanho da lesão, a sua localização, profundidade e a idade do paciente, sendo a excisão cirúrgica juntamente com as glândulas acessórias da lesão a mais indicada. Há várias técnicas para realização de tal procedimento e a técnica de Shira foi a opção para o referido relato de caso. Esta técnica se dá a partir da injeção cuidadosa de material hidrocolóide irreversível (alginato) dentro da lesão previamente esvaziada de seu conteúdo com o objetivo de delimitar a mesma e facilitar a remoção cirúrgica. Utilizar esta técnica reduz as chances de recidiva da lesão, pois com a utilização do alginato a lesão fica bem delimitada facilitando a excisão cirúrgica, mas mesmo com esta técnica deve-se orientar o paciente para a remoção dos fatores etiológicos envolvidos, pois sua permanência acarretará na recidiva da lesão.

UNITERMOS: Mucocèle; Cirurgia Bucal; Doenças das Glândulas Salivares.

INTRODUÇÃO

O termo mucocèle é definido como “cavidade contendo muco”, este muco é proveniente das glândulas salivares menores, sendo então caracterizada como uma lesão originada destas glândulas¹. Clinicamente apresentam-se como um aumento de volume mucoso em forma de nódulo, circunscrito, indolor e de tamanhos variados. Em relação à coloração da lesão pode-se apresentar como normocrômicas, azuladas ou translúcidas, podendo ser flutuantes ou móveis à palpação².

Histologicamente as mucocèles podem ser caracterizadas como fenômeno de extravasamento ou por retenção de muco. Na maioria dos casos relatados pela literatura são mais comuns as mucocèles por extravasamento de muco (97,8%)³ essas são resultantes da ruptura do ducto de glândulas salivares menores, que pode ser ocasionada por traumas e hábitos deletérios como o de mordedura crônica e sucção dos lábios⁴. Com a ruptura do ducto há o extravasamento de muco para dentro dos tecidos moles adjacentes⁵. Já as mucocèles por retenção de muco, ou também

1 Cirurgiã Dentista- Graduação em Odontologia pelo Centro Universitário Ingá (2014-2017), Mestranda em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá- UEM.

2 Professor adjunto do Departamento de Odontologia do Centro Universitário Ingá-UNINGÁ- Graduação em Odontologia pela Associação Prudentina de Educação e Cultura (1983), especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade de Marília (1987), mestrado em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru/USP (1993) e doutorado em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru/USP (1999).

3 Cirurgiã Dentista- Graduação em Odontologia pelo Centro Universitário Ingá (2014-2017).

4 Cirurgiã Dentista- Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (2012-2016), Mestranda em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá- UEM.

5 Cirurgiã Dentista- Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Maringá (2013-2015), Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia pela Universidade Estadual de Maringá- UEM (2016-2018), Mestranda em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá- UEM.

chamado de cisto de retenção mucosa, se dão pela obstrução de ductos salivares resultante da presença de sialólitos ou estenoses¹ e, com isto, há o extravasamento de muco para o tecido conjuntivo, formando uma cavidade semelhante a um cisto⁶, porém são consideradas como pseudocisto por não possuir revestimento epitelial circundante⁷.

As mucocelos apresentam-se mais comumente na região do lábio inferior, mas podem estar localizada no assoalho da boca, ventre da língua, mucosa jugal e região do trígonoretromolar, sendo considerada incomum no lábio superior^{5,8,9}. Não há predileção por gênero e são geralmente encontradas em crianças, adolescentes e adultos jovens na segunda e terceira década de vida^{4,6}. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica da lesão juntamente com as glândulas acessórias².

A técnica selecionada para o referido caso clínico foi a técnica de Shira¹⁰. Esta foi proposta por Shira em 1962 e conforme citado por Santos et al.¹¹ e Rebouças et al.¹² é indicada para mucocelos de grandes dimensões e consiste na aspiração do muco presente no interior da lesão seguida de injeção de um material hidrocolóide irreversível, conhecido popularmente como alginato. O material deve ser manipulado com uma maior quantidade de água que o recomendado pelo fabricante para resultar em uma consistência mais fluida, para que este possa ser injetado na lesão. Após a injeção do material aguarda-se o tempo de presa para posteriormente realizar a excisão. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico da exérese de uma mucocela de grande dimensão utilizando a técnica de Shira.

RELATO DE CASO

Paciente de 23 anos, leucoderma, sexo feminino, compareceu queixando-se de uma lesão em seu lábio inferior do lado esquerdo que aumento de volume rapidamente e estourou e que após alguns dias aumentou de volume novamente. Durante a anamnese constatou-se que a paciente possui hábito de mordedura do lábio inferior e no exame físico observou-se uma lesão arredondada, normocrômica, flutuante à palpação e com dimensões de 3,0 cm x 1,5 cm. (Figuras 1).



Figura 1- Lesão arredondada, normocrômica no lábio inferior

A principal hipótese diagnóstica foi de mucocela por extravasamento de muco e o tratamento indicado foi excisão cirúrgica da lesão e das glândulas acessórias envolvidas utilizando a técnica de Shira.

Foi realizado o bloqueio do nervo bucal e anestesia infiltrativa complementar, seguido de punção da lesão utilizando uma agulha de calibre (40 x 1.20- rosa) associada a uma seringa descartável com capacidade de 25 mL (Figura 2), obteve-se 2,0mL de líquido intralesional. O material hidrocolóide irreversível (*Hydrogum - ZhermackSpA, BadiaPolesine, RO, Italy*) foi manipulado simultaneamente ao procedimento da punção na proporção de 3:1 (3 medidas de água para 1 medida de pó utilizando medidor específico), obtendo-se uma consistência fluida. O volume injetado foi o mesmo que o obtido pela punção como preconiza a técnica, ou seja, 2,0 mL.



Figura 2- Agulha utilizada para realizar a punção da lesão

Após a reação de presa do alginato (Figura 3), foi realizada uma incisão elipsoidal, seguida de cuidadosa divulsão dos tecidos e remoção da lesão. Não houve extravasamento do material de moldagem nos tecidos adjacentes à lesão.



Figura 3-Lesão delimitada após a presa do hidrocolóide irreversível

Em sequência as glândulas salivares menores envolvidas foram removidas (Figura 4) e para síntese da ferida cirúrgica foi realizado pontos simples utilizando fio de Poliglactina 910 3.0 (*Ethicon VICRYL®*, Johnson & Johnson, São Paulo, SP, Brasil).



Figura 4- Lesão e glândulas salivares envolvidas removidas

Como cuidados pós operatórios a paciente foi instruída a fazer aplicação de compressa gelada nas primeiras 24 horas, não fazer esforço físico e evitar exposição solar. A mesma também foi orientada quanto ao seu hábito de mordedura do lábio, dando ênfase na possível recidiva da lesão caso não cessasse o hábito.

A peça cirúrgica foi imersa em solução de formol 4% e encaminhado para exame histopatológico, cujo laudo foi de mucocele por fenômeno de extravasamento de muco. O pós-operatório de quinze dias apresentou cicatrização satisfatória (Figura 5) e no acompanhamento periódico não houve recidiva da lesão.



Figura 5- Pós operatório de 15 dias

DISCUSSÃO

A mucocele representa uma das doenças mais comuns da mucosa bucal. A incidência na população geral varia de 0,4 a 0,8% e não há predileção por gêneros^{5,6}. No Brasil, um estudo identificou que as mucocelos representaram 5,8% das lesões orais¹³. Também há consenso de que o lábio inferior é a localização de maior frequência desta lesão, por ser uma região que está continuamente exposta e conseqüentemente é mais suscetível a traumas⁴. O caso descrito está de acordo com a literatura, pois o paciente referia hábito de mordedura crônica no lábio inferior.

A apresentação clínica da mucocele varia de acordo com sua profundidade. As mucocelos superficiais são aquelas que apresentam-se como uma tumefação arredondada, assintomática, com superfície lisa, azulada e flutuante à palpação, esta coloração azulada está relacionada com a congestão vascular associada ao estiramento do tecido epitelial^{1,14}. Normalmente as mucocelos mais profundas não apresentam alterações de coloração da mucosa, possuem maiores dimensões se comparadas com as superficiais e são mais firmes à palpação¹⁵. Por serem lábeis as mucocelos são de fácil ruptura, podendo haver episódios de esvaziamento e recorrência⁵, principalmente se o fator etiológico persistir.

A literatura relata algumas opções de tratamento, como: excisão completa da lesão, marsupialização, micromarsupialização, criocirurgia, laser de dióxido de carbono, injeção de esteróides/agentes esclerosantes e terapia fotodinâmica^{2,9,15}. Não há consenso entre os autores de qual tratamento é o melhor, porém o tratamento preconizado é a excisão cirúrgica total da lesão juntamente com as glândulas salivares menores localizadas na área da lesão quando a mesma for removida, para assim diminuir os índices de recidiva^{6,9,15}. A excisão cirúrgica é dita como contra-indicada quando houver o rompimento do tecido de revestimento da lesão e o eventual extravasamento do muco, pois assim o cirurgião dentista fica impossibilitado de observar a lesão em sua totalidade e equivocadamente pode remover tecido saudável.

Muitas vezes durante o próprio ato cirúrgico pode ocorrer o rompimento do tecido de revestimento da lesão e caso isto ocorra a chance de recidiva aumenta¹⁶, tendo esta percepção Shira¹⁰ propôs a abordagem de realizar primeiramente antes da excisão a punção do muco da lesão e subsequentemente injetar o material hidrocolóide irreversível. Acredita-se que a utilização deste material como o auxiliar para tal técnica se dá pelo fato do mesmo ser usado rotineiramente pelos cirurgiões dentistas, sendo economicamente acessível, de fácil manipulação e presa rápida¹⁷ e para evitar a ruptura da lesão por excesso de hidrocolóide irreversível deve-se injetar o mesmo

volume de muco retirado pela punção.

O grande objetivo desta técnica é que após a reação de presa do material a mucocela torna-se mais resistente à manipulação e delimitada^{11,12,18}, sendo assim, facilitará o procedimento cirúrgico fazendo com que o mesmo seja executado mais rapidamente e principalmente sem haver o envolvimento das estruturas adjacentes diminuindo o risco de recidiva da lesão. Uma das possíveis complicações desta técnica é a reação de corpo estranho e consequente infecção local ocasionado por resíduos do material hidrocolóide irreversível deixados no leito cirúrgico, porém se a técnica for executada corretamente, principalmente respeitando o volume de hidrocolóide irreversível a ser injetado dentro da lesão, e o leito cirúrgico for de perfeita visibilidade tal complicação torna-se incabível.

No referido caso com o intuito de melhorar o pós operatório da paciente utilizou-se para realizar a síntese da ferida o fio de poliglactina 910 3.0 (VICRYL®), sendo este um fio reabsorvível, resistente à tração e de fácil manuseio, além de não desencadear reação inflamatória significativa em seu redor, sendo um material excelente para suturas em áreas mais delicadas, como a mucosa, facilitando o processo de cura¹⁹ e gerando conforto ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de Shira apesar de ser uma técnica antiga não é muito relatada pela literatura, porém é uma técnica simples de ser executada e que trás ótimos resultados ao delimitar a lesão antes de realizar a excisão da mesma, pois isto faz com que o cirurgião dentista não perca referência, no caso da mucocela estourar durante o procedimento, e consequentemente não há o envolvimento das estruturas adjacentes que faz com que diminua as chances de recidiva.

ABSTRACT:

The term *mucocela* can be defined as a 'pathological cavity containing mucus', and this content comes from the minor salivary glands, fitting in as a pathological process of these glands. Mucocela can be characterized by the mucous extravasation or retention phenomena, giving the diagnosis only through microscopic analysis. Clinically it is presented as a painless, circumscribed, normochromic or bluish nodule floating on palpation. It is predominantly located on the lower lip. The choice of treatment will depend on the analysis of some factors, such as the size of the lesion, its location, depth and the age of the patient. Surgical excision together with the accessory glands of the lesion is the most indicated. There are several techniques for performing such a procedure and the Shira technique was the option for this case report. This technique is

based on the careful injection of irreversible hydrocolloid material (alginate) into the lesion previously emptied of its mucoid content in order to delimit it and facilitate surgical removal. Using this technique reduces the chances of recurrence of the lesion, because with the use of alginate the lesion is well delimited facilitating surgical excision, but even with this technique the patient should be guided to remove the etiological factors involved, since its permanence will lead to recurrence of the lesion.

REFERÊNCIAS

1. More C, Bhavsar K, Varma S, Tailor M. Oral mucocela: A clinical and histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol* [Internet]. 2014;18(4):72. Available from: <http://www.jomfp.in/text.asp?2014/18/4/72/141370>
2. Wu CW, Kao YH, Chen CM, Hsu HJ, Chen CM, Huang IY. Mucocelas of the oral cavity in pediatric patients. *Kaohsiung J Med Sci* [Internet]. 2011;27(7):276–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kjms.2010.09.006>
3. Ataíde AP, Fonseca FP, Santos Silva AR, Jorge Júnior J, Lopes MA, Vargas PA. Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southeastern population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016;90:241–4.
4. Arslan S, Çobanođlu B, Ural A, Sayđin I, İplik AÜ. A 15-year retrospective study of 160 cases of benign lip lesions. *J Laryngol Otol* [Internet]. 2015 Dec 11;129(12):1224–7. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0022215115002923
5. Bodner L, Manor E, Joshua BZ, Shaco-Levy R. Oral Mucocelas in Children - Analysis of 56 New Cases. *Pediatr Dermatol*. 2015;32(5):647–50.
6. Yagüe-García J, España-Tost AJ, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Treatment of oral mucocela - Scalpel versus CO2 laser. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(9):e469–74.
7. Chi AC, Lambert PR, Richardson MS, Neville BW. Oral mucocelas: A clinicopathologic review of 1,824 cases, including unusual variants. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2011;69(4):1086–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2010.02.052>
8. Conceição JG, Gurgel CA, Ramos EAÔG, De Aquino Xavier FC, Schlaepfer-Sales CB, Cangussu MCT, et al. Oral mucocelas: A clinical, histopathological and immunohistochemical study. *Acta Histochem*. 2014;116(1):40–7.
9. Bansal S, Verma DK, Goyal S, Rai M. Comparison of Micromarsupialization and Modified Micromarsupialization for the Management of Mucocela of Lower Lip: A Prospective Randomized Clinical Trial. *J Maxillofac Oral Surg* [Internet]. 2017;16(4):491–6. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12663-017->

1004-0

10. SHIRA R. B. Simplified technic for management of mucoceles and ranulas. *J Oral Surg Anesth Hosp Serv Dent.* 1962;20:374–9.
11. Santos T de S, Filho PRSM, Menezes F dos S, Maia MC, Carvalho RWF de, Araújo FA da C. Tratamento cirúrgico de mucocele utilizando a técnica de Shira/ : relato de caso. *UFES Rev Odontológica.* 2008;10(4):53–8.
12. Rebouças DS, Freitas DM, Costa TF, Farias TS, Junior FBP, Assis AF. Tratamento de mucocele com emprego da técnica de Shira/ : relato de caso Mucocele treatment with work Shira ' s technique/ : case report. 2015;24(69):81–3.
13. De Brito Monteiro BV, Bezerra TMM, Da Silveira ÉJD, Nonaka CFW, Da Costa Miguel MC. Histopathological review of 667 cases of oral mucoceles with emphasis on uncommon histopathological variations. *Ann Diagn Pathol [Internet].* 2016;21:44–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2016.02.001>
14. 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(4):2–7.
15. Ata-Ali J, Carrillo C, Bonet C, Balaguer J, Peñarrocha M, Peñarrocha M. Oral mucocele: review of the literature. *J Sect Oral Med Pathol.* 2010;2(1):18–21. 16. Chaitanya P, Praveen D, Reddy M. Follicular Dowling–Degos Disease: A Rare Pigmentary Dermatoses. *Indian Dermatol Online J [Internet].* 2017;8:487–9. Available from: <http://www.idoj.in/article.asp?issn=2229-5178;year=2017;volume=8;issue=3;page=211;epage=214;aulast=Ashique>
17. Guirardo RD, Berger SB, Caixeta RV, Souza EHAG de, Hashimoto RK, Montero, Rodolfo HirayamaShibayama R, et al. Avaliação da Reprodução de Detalhes e Estabilidade Dimensional de Alginatos em Função da Desinfecção com Cloramina Evaluation of Detail Reproduction and Dimensional Accuracy of Alginate According to Chloramine Disinfection. *Uniciências.* 2003;20:58–61.
18. Vieira MUL, Júnior MRA, Alves ATNN, Louro RS, Resende RF de B. Técnica de Shira utilizada no tratamento de mucocele/ : Quando indicar/ ? Como realizar/ ? *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe.* 2017;17(2):40–4.
19. Saito CTMH, Bernabé PFE, Okamoto R, Okamoto T. Reação Do Tecido Conjuntivo Subcutâneo De Ratos Aos Fios De Sutura Poliglecaprone 25 (Monocryl) E Poliglactina 910 (Vicryl). *Salusvita, Bauru.* 2006;25(2):131–42.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

ISADORA BALAN

Endereço: Rua Santos Dumont, 1909. Ap 52. Zona
1- Maringá- PR - CEP: 87013-050
Email: isadorabalan@gmail.com
Universidade Estadual de Maringá – Departamento
de Odontologia - Avenida Mandacarú, 1550 –
Centro – Maringá CEP 87080-000
Telefone (44)3011-9052

