

ABORDAJE DEL MUCOCELE BUCAL

APPROACH OF ORAL MUCOCELE

Britto Ebert Falcón Guerrero (1)

(1) Magister en odontoestomatología. Especialista en periodoncia e implantología. Coordinador Asociación Peruana de Periodoncia y Oseointegración (APPO)- Tacna. Profesor Auxiliar. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

RESUMEN

El presente reporte tiene como objetivo principal realizar una revisión de la evidencia científica para poder realizar un abordaje adecuado para el tratamiento del mucocele bucal, lesión que se origina de las glándulas salivales menores, siendo muy frecuente su presencia en el labio inferior, teniendo como causa principal al traumatismo que puede afectar a esta zona tan propensa y expuesta a los mismos, donde se puede ocasionar una extravasación originando la presencia de esta lesión benigna. Todo el procedimiento de etiología, diagnóstico y tratamiento se evidencia en los antecedentes para poder abordar de forma adecuada un caso clínico.

Palabras clave: Mucocele, Labio inferior, Extravasación, Cirugía.

ABSTRACT

The aim report main objective is to conduct a review of the scientific evidence to make a proper approach to treating oral mucocele, an injury that originates from the minor salivary glands, it is also frequently present in the lower lip, with the main cause the trauma that can affect this area as prone and exposed to, which can result in extravasation causing the presence of this benign lesion. The whole procedure of etiology, diagnosis and treatment is evident in the background to adequately address a clinical case.

Keywords: Mucocele, lower lip, extravasation, Surgery.

INTRODUCCION

El término "Mucocele" (de los términos latinos mucus o moco y coele o cavidad) se utiliza para definir la acumulación de mucus secretadas por las glándulas salivales y sus conductos en el tejido subepitelial de la cavidad oral¹, presentándose también en el apéndice, la vesícula biliar, los senos paranasales y el saco lagrimal^{6,8}. Por lo que por definición, no son verdaderos quistes¹.

Clínicamente, un mucocele se caracteriza por un aumento del volumen, con una forma similar a una burbuja o vesícula que contiene saliva, circunscrita y adquiere el color similar al de la mucosa normal o puede presentar una coloración azul, dependiendo de si es profunda o superficial^{1,2,7}.

Estos pueden ser únicos o múltiples y a menudo se rompen y dejan erosiones ligeramente dolorosas que generalmente se curan en pocos días³. Se hace evidente a los pocos días y puede tener varios milímetros a más de un centímetro de diámetro. Puede ser móvil y persistir por meses, salvo que se rompan, en cuyo caso recidiva a no ser que se traten quirúrgicamente². Aunque en la mayoría de los casos estas lesiones se rompen de forma espontánea o por mordedura unas horas después de ser formados, drenando un líquido viscoso de característica mucosoide^{2,6}; Esto puede dar la impresión equivocada de la curación, ya que la lesión disminuye de tamaño o desaparece. Pero si la causa que la origina es constantemente repetida, la lesión puede llegar a ser nodular y más firme a la palpación, lo que dificulta que se pueda romper de forma espontánea⁶.

Son generalmente asintomáticos^{1,3}, aunque en algunos pacientes pueden causar molestias al interferir con el habla, la masticación y la deglución^{1,6}. Pueden presentarse a cualquier edad, pero se ven con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida³. Las lesiones pueden ser ubicadas directamente debajo de la membrana mucosa (mucocele superficial) o sobre la submucosa (mucocele clásico)⁵.

La incidencia es alta, en el orden de 2,5 lesiones por cada 1000 individuos en los estados unidos^{1,5,6}. Son los más comunes trastornos de la glándula salival menor que tapizan la mucosa oral^{2,4,5}, y representa la segunda lesión tumoral benigna más

frecuente de los tejidos blandos, seguidos por los fibromas irritativos^{1,6}. La localización más frecuente es, en el labio inferior^{2,5} en casi un 96 %².

La etiología del mucocele es el trauma mecánico^{1,2,5}; como mordeduras, microtraumas por aparatología ortodóncica o como complicación de alguna intervención quirúrgica². Además de los hábitos parafuncionales⁴. Que provoca la ruptura de un conducto salival y la extravasación consecuente de moco dentro del tejido que lo rodea^{1,2}. Un segundo mecanismo para la acumulación de moco es la obstrucción o el estrechamiento de las paredes de los conductos salivales, causando la expansión ductal¹.

Desde el punto de vista patogénico, etiológico e histológico se acepta la existencia de dos tipos de mucoceles de las glándulas salivales: El mucocele por extravasación y El mucocele por retención^{2,5,6}. Bagán y col., mostró que el 5% son mucoceles de retención, mientras que el 95% son por extravasación⁷, representado la forma más frecuente de este tipo de lesión^{2,4,8}. Histopatológicamente; Los mucoceles de retención son quistes verdaderos, ya que el conducto tiene un revestimiento epitelial¹. Este tipo de quiste parece ser originado por la dilatación de un conducto secundario y la proliferación epitelial de un ducto parcialmente obstruido por un sialolito o mucosa densa^{4,7}. La mayoría de los quistes de retención se desarrollan en los conductos de las glándulas salivales mayores⁷. Los Mucoceles por extravasación se consideran pseudoquistes, ya que no tienen revestimiento epitelial y están cubiertos por una cápsula fibrosa de pseudo tejido conectivo^{1,2}. Se propone que estos se someten a tres fases evolutivas. En la primera fase; A nivel de la mucosa se derrama difusamente desde el conducto excretor a los tejidos conjuntivos donde se encuentran algunos leucocitos e histiocitos. Los granulomas aparecen durante la segunda fase de resorción debido a los histiocitos, macrófagos y células gigantes multinucleadas asociadas con una reacción de cuerpo extraño; y en la fase final las células conectivas forman una pseudocápsula sin epitelio alrededor de la mucosa^{4,7,8}.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, mediante la historia clínica (anamnesis en busca de antecedentes de traumas, localización de la lesión, rápida aparición, las variaciones en el

tamaño, el color azulado y la consistencia), el examen clínico y la palpación, y el diagnóstico definitivo se realiza por histopatología^{1,7}.

La palpación puede ser útil para un correcto diagnóstico diferencial. Los lipomas y tumores de glándulas salivales menores no presentan fluctuaciones mientras que los quistes, mucocelos, absceso y hemangiomas, si lo hacen. Los mucocelos son lesiones móviles con consistencia blanda y elástica en función de la cantidad de tejido que está presente sobre la lesión, pero tiene poca fluctuación⁷.

Las opciones de tratamiento incluyen la escisión quirúrgica, la marsupialización y micromarsupialization, la criocirugía, vaporización con láser y escisión con láser^{1,5,6}.

El tratamiento convencional del mucocelo es la escisión asociada a la mucosa suprayacente y el tejido glandular hasta la capa muscular^{1,6}. Si solo se hace una incisión se logra solo la salida del contenido líquido, pero la lesión recidiva tan pronto como la incisión sane¹. Yagüe-García, manifiesta que la ablación del mucocelo oral con el láser de CO2 ofrece resultados más predecibles y con menos complicaciones, y recurrencias que la resección convencional con bisturí^{6,8}.

Teniendo en cuenta todos los antecedentes se describe el manejo y abordaje de un caso clínico, tratado con la técnica convencional de escisión con hoja de bisturí, lográndose un tratamiento adecuado de la lesión presente.

REPORTE DEL CASO

Se presenta una paciente de 33 años de edad, a la consulta manifestando la presencia de una hinchazón a nivel del lado izquierdo de su labio inferior. Refiriendo tener el hábito de morderse el labio y que ya anteriormente se le había presentado algo similar, pero al mordérselo, desaparecía. Pero hace dos semanas atrás se golpeó y la lesión ya no desapareció y al contrario continuó creciendo. Al examen clínico se observa, en la mucosa del labio inferior lado izquierdo, una lesión superficial circunscrita elevada, transparente levemente azulada y de base sésil, se presenta asintomático pero la paciente manifiesta incomodidad para hablar y alimentarse. A la palpación de denota cierta fluctuación y de consistencia elástica, con un diámetro aproximado de 1.5 cm. A nivel de la línea del bermellón se observa una lesión traumática en la base del nódulo (fig.Nº1).

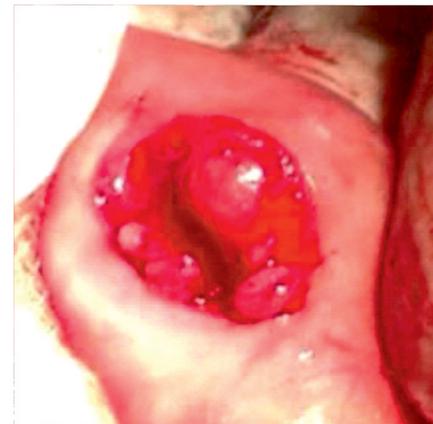
**FIGURA 1
VISTA CLÍNICA DE LA LESIÓN**



No se detectaron otras anomalías Planteándose la extirpación quirúrgica de la lesión con el uso de bisturí.

Después de realizar la asepsia y antisepsia extra e intraoral, Se realiza la anestesia local infiltrativacircundante a la lesión, lograda la insensibilización del área quirúrgica se define los bordes de la lesión, realizando una incisión en la base del mucocelo con unahoja de bisturí Nº15-C, con el labio evertido con el dedo para aumentar la prominencia de la lesión; Luego se hace una disección roma para lograr exponer la totalidad de la lesión y evitar así que esta se rompa y salga el contenido mucoso; Se hace una tracción moderada del mucocelo y se hace suescisión total junto a los elementos acínicos y las glándulas involucradas (fig. Nº2: a y b).

**FIGURA 2
A: EXPOSICION DEL MUCOSELE**



**FIGURA 2
B: IMAGEN DE LA PIEZA ANATÓMICA**



Se finaliza con la sutura con seda negra nro. 4-0, para lograr el cierre por primera intención del lecho quirúrgico y así permitir una buena evolución de la zona intervenida (fig.Nº4). Y se le brinda las indicaciones post operatorias y medicación farmacológica a la paciente.

**FIGURA 4
SUTURA**



DISCUSIÓN

La incidencia de mucocelos en la población general es de 0,4% a 0,8% con escasas diferencias entre hombres y mujeres^{1,3,4}. Siendo más frecuente su localización en el labio inferior (40% a 80% de todos los casos), seguido por la mucosa vestibular y el piso de la boca¹; rara vez se ven en el labio superior, el triángulo retromolar o el paladar³ y en la superficie dorsal de la lengua⁵.

Harrison (1975) encontró que todos los mucocelos del labio inferior son por extravasación (no forrados por epitelio)², y estas lesiones se desarrollan durante un período de una semana a cinco años, aunque la duración más común es de tres semanas a tres meses⁶; Bhashkar y col. (1956) establecieron la causa como una laceración traumática de un conducto salival menor que permite la acumulación de moco en los tejidos blandos, y la subsiguiente proliferación de tejido de granulación en un intento de secuestrar el moco.^{2,6}

Existen diversos diagnósticos diferenciales como la ránula, neoplasias benignas o malignas de las glándulas salivales, hemangioma oral, linfangioma oral, varice venosa, lipoma, fibroma suave por irritación, quiste linfoepitelial oral, quiste gingival en adultos, absceso de tejidos blandos y cisticercosis (infección parasitaria). Los mucocelos superficiales pueden confundirse con penfigoide cicatricial, ampollas del Liqueo plano y las aftas menores³. Daley revisó el diagnóstico diferencial de la hinchazón del labio superior, enumerando al mucocelo, fibroma, lipoma, quiste de retención mucosa, sialolito, flebolito y neoplasia de las glándulas salivales como posibilidades⁴.

Una técnica simple conocida como biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF) es muy útil, sobre todo cuando se tiene un diagnóstico diferencial con lesiones angiomatosas⁷. La evaluación radiográfica se considera si se sospecha de sialolitos como un factor que contribuye a la formación de ranulas orales y cervicales^{3,6,8}. La localización de estas lesiones se realiza mediante tomografía computarizada y resonancia magnética⁸. Existen muchas alternativas de tratamiento, dentro de ellas algunos autores recomiendan la criocirugía o la inyección de corticoides. Sin embargo, el número de recidivas con estas técnicas es muy alta; Por otro lado, Botazzo y col. Proponen la

micromarsupialización como una alternativa ideal para mucocelos en pacientes pediátricos, ya que la técnica es rápida, simple, menos traumática y ofrece buenos resultados^{6,8}. Otra opción es la marsupialización de grandes mucocelos, con el propósito de hacer la cirugía menos invasiva, y por lo tanto la prevención de daños a las estructuras anatómicas vecinas tales como la rama vestibular del nervio mentoniano⁶.

Baumash propone la resección completa a través de la disección cuidadosa con bisturí, asegurando que se elimine tanto la glándula afectada junto con el tejido patológico, antes del cierre primario de la herida. Esto minimiza el riesgo de recidiva^{2,5,6}. Además, se requiere un cuidado especial durante la sutura para evitar daños en otras glándulas o conductos, ya que esto puede llegar a ser una de las causas de recidiva⁶. Velásquez y col, proponen realizar una incisión en ojal para eliminar la totalidad de la lesión².

La escisión con láser de CO₂ de alta intensidad, brinda una alternativa de tratamiento eficiente debido a una hemostasia rápida y sin necesidad de sutura, lo que reduce el tiempo quirúrgico y reduce la posibilidad de infección, menos dolor e incomodidad del paciente^{1,5,6}. Pero siempre es necesaria la extirpación total de la lesión y el seguimiento debido a la alta tasa de recurrencia de los mucocelos¹.

En el presente caso clínico el tratamiento consistió en la extirpación quirúrgica de la lesión mediante una sola incisión a nivel de la base de la lesión, con disección roma y decolaje para evitar romper el mucocelo y se produzca la extravasación; lo que originaría que se pierda los límites de la lesión y ya no se logre la extirpación total, aumentando las posibilidades de recidiva. Esta es una técnica simple, económica y fiable si se realiza siguiendo un adecuado protocolo en base a los conocimientos de diagnóstico y de anatomía de la zona intervenida.

Se concluye que los mucocelos de la cavidad oral son lesiones benignas muy comunes de encontrar, teniendo como causa principal a los traumatismos de toda índole, localizándose más frecuentemente en el labio inferior. Son de fácil diagnóstico clínico y su tratamiento de elección es generalmente quirúrgico para evitar las recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Sukhtankar LV, Mahajan B, Agarwal P. Treatment of Lower Lip Mucoccele with Diode Laser – A Novel Approach. *Annals of Dental Research* (2013) Vol2 Suppl 1: 102-108
- 2.- Velásquez Reyes V, Cuzcano Diaz M. Mucocelo en el labio Inferior. *Odontol. Sanmarquina* 2011; 14(2):29-31.
- 3.- Gupta B, Aneundi R, Sudha P, Gupta M. Mucocelo: Two Case Reports. *J Oral Health Comm Dent* 2007; 1(3):56-58.
- 4.- Mustapha IZ, Boucree Jr SA. Mucocelo of the Upper Lip: Case Report of an Uncommon Presentation and Its Differential Diagnosis. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(5):318-21.
- 5.- Rashid AK, Anwar N, Azizah AM, Narayan KA. Cases of mucocelo treated in the Dental Department of Penang Hospital. *Archives of Orofacial Sciences* (2008), 3(1): 7-10.
- 6.- Yagüe-García J, España-Tost AJ, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Treatment of oral mucocelo - scalpel versus CO₂ laser. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Sep 1; 14(9):e469-74.
- 7.- Ata-Ali J, Carrillo C, Bonet C, Balaguer J, Peñarrocha M, Peñarrocha M. Oral mucocelo: review of the literature. *J Clin Exp Dent*. 2010; 2(1):e18-21.
- 8.- Kumar Rao P, Divya Hegde D, Ram Shetty S, Chatra L, Shenai P. Oral Mucocelo – Diagnosis and Management. *Journal of Dentistry, Medicine and Medical Sciences* Vol. 2 (2) pp. 26-30, November 2012

CORRESPONDENCIA:

Britto Ebert Falcón Guerrero
artdent2000@hotmail.com

Recibido: 09/10/2014

Aceptado: 10/11/2014