

Resección quirúrgica de mucocelo utilizando relleno siliconado

Surgical resection in mucocelo using silicone

Adel Martínez¹, Verónica Gómez Arcila², Zenén Carmona³

Resumen

El mucocelo es una lesión que afecta especialmente las glándulas salivales menores; se forma debido a la extravasación de saliva mucosa producto de un trauma por mordedura. Teniendo en cuenta el factor causal, el mucocelo se puede clasificar como quiste de extravasación mucosa o quiste de retención mucosa. Afecta primordialmente el labio inferior y se manifiesta como un nódulo, translúcido y circunscrito con un contenido mucoso o muestra una elevación del color de la mucosa que la cubre. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica de la lesión, que incluya las glándulas salivales menores afectadas.

Se realizó la revisión de un caso clínico de paciente de 18 años de edad, que presenta mucocelo profundo, el cual fue tratado con resección quirúrgica utilizando como relleno de la cavidad quística una silicona fluida, que permite mantener los reparos anatómicos y así poder realizar la remoción completa de la lesión y las glándulas afectadas.

Palabras clave: mucocelo, ránula, quistectomía, glándulas salivales menores.

Abstract

The mucocelo is a lesion mainly affecting the minor salivary glands is formed due to extravasation of mucous saliva product of bite trauma. Given the causal factor the mucocelo can be classified as mucous extravasation cyst or mucous retention cyst. Primarily affect the lower lip and appear as a nodule, translucent, circumscribed containing mucous or shows an elevation, the color of the overlying mucosa. The treatment consists of surgical resection of the lesion, including minor salivary glands affected.

We report a case of a patient 18, who has deep mucocelo, which was treated with surgical resection using a filling of silicone fluid in cystic cavity, which keeps the anatomic landmarks so you can make complete removal of the lesion and the affected glands.

Keywords: mucocelo, ranula, cystectomy, minor salivary glands.

Fecha de recepción: 21 de julio de 2014
Fecha de aceptación: 14 de septiembre de 2014

¹ Estomatólogo y cirujano oral, Universidad de Cartagena. Docente catedrático de la misma universidad. Cartagena (Colombia).

² Candidata a magíster en Microbiología, Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina de la misma universidad. Cartagena (Colombia).

³ Magíster en Ciencias Básicas Biomédicas, Universidad del Norte. Profesor auxiliar, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia).

Correspondencia: Verónica Gómez Arcila. Departamento de Ciencias Básicas, Facultad de Medicina, tercer piso, Universidad de Cartagena (Cartagena, Colombia). Teléfono: 57-3012257162. vgomez@uni-cartagena.edu.co

INTRODUCCION

Los mucocelos orales (MO) son las lesiones benignas más comunes de las glándulas salivales menores; son lesiones asintomáticas cuya localización más frecuente es el labio inferior, seguido de cara ventral de lengua, piso de boca (ránula) y mucosa bucal; es decir, se pueden encontrar en cualquier región donde existan glándulas salivales, pero rara vez en el paladar y el espacio retromolar (1).

Los MO se presentan en personas jóvenes de ambos sexos (niños, adolescentes y adultos jóvenes < 30 años). La marcada predilección por el labio inferior se explica quizás por los hábitos parafuncionales como morderse el labio. Además, existe un mayor número y densidad de las glándulas salivales en el labio inferior en comparación con el labio superior (2).

Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples, su clínica y características microscópicas pueden confundirse con otras condiciones, tales como penfigoide, líquen plano ampollar, o el virus del herpes simple recurrente. Sin embargo, las características clásicas para el diagnóstico diferencial de MO son una historia de traumas por mordedura y la rápida aparición de una inflamación azulada translúcida, debida a ruptura del conducto de la glándula salival y extravasación de saliva mucosa en los alrededores del tejido blando. No obstante, también puede originarse por la retención de saliva (3).

En algunos casos los MO se resuelven espontáneamente sin intervención después de un corto tiempo; otros tienden a permanecer crónicamente y son los que requieren intervención. Aunque los tratamientos incluyen crioterapia, dióxido de carbono y el láser de erbio, corticoide intralesional, y el ácido

gamma-linolénico tópico, se prefiere la escisión quirúrgica, que incluya la remoción de las glándulas salivales menores afectadas, ya que este método evita las recurrencias y es buen pronóstico en la medida que se indique correctamente (1, 4, 5).

Para mantener los reparos de la lesión durante el acto quirúrgico se pueden colocar puntos de sutura alrededor de la lesión, la transfixión con sutura en la base de la misma o la colocación de material en el interior de la cavidad quística como gasas furasinadas, látex y siliconas fluidas (6, 7), estas últimas empleadas en este caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 18 años de edad, que acude al servicio de cirugía oral de la Universidad de Cartagena por presentar lesión nodular en la cara interna del labio inferior, negando cualquier tipo de sintomatología. No reportó ningún antecedente familiar de importancia, sin embargo, manifestó que sufrió trauma por mordedura en la zona. Al examen intraoral se evidenció un nódulo, pletórico, de aproximadamente 1 cm x 0.5 cm de diámetro, fluctuante, translucido, sésil, circunscrito, asintomático, del color de la mucosa que lo recubre, localizado en mucosa del labio inferior derecho, adyacente a los incisivos laterales y caninos mandibulares, de 8 meses de evolución (figura 1).

A partir de los hallazgos clínicos descritos se propuso como diagnóstico presuntivo mucocelo de labio inferior. Con base en este diagnóstico se decidió realizar escisión resección quirúrgica de la lesión. Previa anestesia local con lidocaína al 2 %, se realizó la aspiración con aguja fina y ordeñamiento del contenido mucoso de la lesión (figura 2).



Fuente: propia de los autores.

Figura 1. Aspecto clínico de la lesión nodular en labio inferior



Fuente: propia de los autores.

Figura 2. Previa anestesia local, se ordenó el contenido de la lesión

La cavidad quística se rellenó con material siliconado fluido (6), utilizando una cánula de inyección de 0.50 mm de calibre, montada sobre una pistola de inyección. Después de 5 minutos de polimerizado el material se realizó una incisión semilunar con una hoja de bisturí n°15 sobre la porción superior de la lesión, dejando una base inferior (figura 3). Esto con el fin de disecar la mucosa que la recubría exponiendo la lesión glandular, que se encontraba bien definida gracias al material inyectado.



Fuente: propia de los autores.

Figura 3. Incisión semilunar que deja ver la silicona fluida de color verde

Una vez resecado el mucocelo, el mismo fue extraído completamente y se incluyó todo el material siliconado en su interior (figura 4). La muestra quirúrgica removida, que incluía las glándulas salivales afectadas, se envió a estudio histopatológico (figura 5). Posteriormente, los bordes de la lesión se suturaron cuidadosamente con puntos simples aislados con seda 3-0 y al paciente se le prescribió Amoxicilina 500 mg durante 8 días y Acetaminofén 500 mg al momento de presentar dolor, y se impartió los demás cuidados postoperatorios necesarios, tales como hielo local, dieta blanda y fría. Se realizó control a los 8, 15 y 30 días, y se evidenció buen proceso de cicatrización (figura 7).



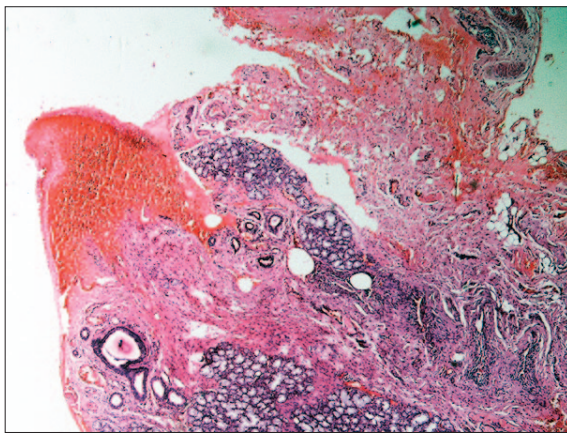
Fuente: propia de los autores.

Figura 4. Remoción de lesión, tejido glandular comprometido y material de relleno



Fuente: propia de los autores.

Figura 5. Muestra quirúrgica que deja ver el tejido glandular y la silicona fluida



Fuente: propia de los autores.

Figura 6. Corte histológico que evidencia derrame por extravasación de moco en el estroma de tejido conectivo circundante, donde precipita una reacción inflamatoria secundaria

El análisis histopatológico de la lesión refirió la existencia de una cavidad bien circunscrita revestida por tejido de granulación que contiene mucina libre; la mucina y el tejido de granulación, infiltrados por abundantes neutrófilos, macrófagos y linfocitos. La glándula salival adyacente muestra dilatación ductal, células inflamatorias crónicas y degeneración acinar (figura 6). Los anteriores hallazgos confirmaron el diagnóstico clínico de mucocoele por extrava-

sación. Tres meses posteriores al tratamiento, el paciente no reportó recidiva de la lesión.



Fuente: propia de los autores.

Figura 7. Control posquirúrgico a los 30 días

DISCUSIÓN

El MO de labio inferior es en un 96 % la lesión de mucosa oral más frecuente, con una prevalencia de 2,4 casos por cada 1000 personas (3)(8). Se produce en individuos jóvenes; un 70 % de los cuales son menores de 20 años, concordante con la edad del paciente de este caso clínico. MO no es un quiste verdadero porque su revestimiento no está constituido por epitelio; más bien, representa la ruptura de una glándula salival que libera mucina al tejido periglandular (9).

La presentación del MO revela una lesión superficial o una lesión profunda. La primera aparece como una vesícula de 1 o 2 cm de diámetro, de color azulado, sésil e indoloro que se percibe a la palpación como fluctuante; las lesiones profundas también son masas fluctuantes, pero en la superficie la coloración es normal debido al espesor de los tejidos que la cubren (10). Estas últimas, tal como la reportada en este caso, persisten por años en los adultos jóvenes y requieren tratamiento.

Desde el punto de vista patogénico, etiológico e histológico se acepta la existencia de dos tipos de mucocelos de las glándulas salivales: mucocelo por extravasación, causado por ocurrencias traumáticas como mordeduras, microtraumas por aparatología ortodóncica o como complicación de alguna intervención quirúrgica, y mucocelo por retención, causado por obstrucción del conducto glandular debido a una proliferación epitelial en la misma; este prevalece en personas de edad avanzada (50-60 años) (11).

El mucocelo por extravasación se produce en la mayoría de los casos (en un 90 % aproximadamente). Sin embargo, existe otra variante clínica: el mucocelo superficial, que se encuentra directamente debajo de la mucosa y se ubica en paladar y parte posterior de la boca. Tienden a ocurrir en personas mayores de 30 años, y es característico la aparición de una o varias vesículas que se rompen para convertirse en una única úlcera (12).

El diagnóstico se hace por las características de la lesión, y a través del interrogatorio del paciente; quien frecuentemente cita una historia de trauma reciente en boca o cara o el hábito de morderse los labios. No obstante, el diagnóstico se confirma con los resultados de la biopsia (13). Los diferentes diagnósticos diferenciales incluyen: hemangioma oral, linfangioma oral, lipoma y abscesos del tejido blandos. En general, el diagnóstico diferencial debe realizarse con cualquier lesión de aspecto tumoral, en casos de mucocelos de implantación profunda, y hasta con enfermedades vesiculoampollares tipo pénfigo en los casos de lesión superficial (14).

Varias opciones para el tratamiento de las lesiones intraorales están disponibles, incluyendo escisión quirúrgica con bisturí, marsupialización (15), criocirugía, electrocau-

terización, ablación con láser CO₂ y Er,Cr:YSGG. Para el caso de MO, la marsupialización trae consigo recidivas; la vaporización con dióxido de carbono (CO₂) (16) y cirugía láser de Er,Cr:YSGG (17) son opciones terapéuticas que tienen resultados comparable al bisturí tradicional, en términos de calidad de vida postoperatoria, dolor y parestesias postquirúrgica en labio. Sin embargo, la extirpación quirúrgica del mucocelo sigue siendo la técnica más ampliamente utilizada para la eliminación definitiva de la lesión, pues proporciona un amplio margen de seguridad que previene la recurrencia (18, 19).

La remoción completa del tejido glandular comprometido en los MO plantea un reto para el cirujano. Inyectar silicona fluida en el interior de la cavidad quística permite ubicar fielmente los límites de la lesión, para su posterior resección, de manera que las recurrencias asociadas al abandono de tejido glandular en el lecho quirúrgico se evitan.

Un diagnóstico certero de este tipo de patologías de glándulas salivales, a través de la exploración clínica y confirmación histopatológica, permite la resolución eficaz de la lesión. Asimismo, los favorables resultados de este caso clínico indican que la escisión quirúrgica, previo relleno con silicona fluida, constituye una terapéutica pertinente para mantener los reparos anatómicos y lograr la remoción completa del mucocelo. En conclusión, puede abordarse el protocolo quirúrgico descrito en este artículo, pues resulta sencillo en la práctica clínica de los cirujanos, considerando la frecuencia de aparición de esta lesión.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Universidad de Cartagena (Colombia).

REFERENCIAS

1. Seo J, Bruno I, Artico G, Vechio AD, Migliari DA. Oral mucoccele of unusual size on the buccal mucosa: clinical presentation and surgical approach. *The open dentistry journal* 2012;6:67-8. PubMed PMID: 22550550. Pubmed Central PMCID: 3339432.
2. Chi AC, Lambert PR, Richardson MS, Neville BW. Oral mucocelles: a clinicopathologic review of 1,824 cases, including unusual variants. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 2011;69(4):1086-93. doi: 10.1016 / j.joms.2010.02.052
3. Senthilkumar B, Mahabob MN. Mucoccele: An unusual presentation of the minor salivary gland lesion. *Journal of pharmacy & bioallied sciences* 2012;4(Supl 2):S180-2. PubMed PMID: 23066247. Pubmed Central PMCID: 3467912.
4. Aldrigui JM, Silva PEd, Xavier FCA, Nunes FD, Bussadori SK, Wanderley MT. Mucoccele of the lower lip in a 1-year-old child. *Pediatric Dental Journal* 2010;20(1):95-8.
5. Bahadure RN, Fulzele P, Thosar N, Badole G, Baliga S. Conventional surgical treatment of oral mucoccele: a series of 23 cases. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry* 2012;13(2):143-6. PubMed PMID: 22762178.
6. Sailer Hermann F, Pajarola Guion F. *Atlas de la Cirugía Oral*. Barcelona: Masson;1997.
7. Baurmash HD. Mucocelles and ranulas. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 2003;61(3):369-78. PubMed PMID: 12618979.
8. Chen JY, Wang WC, Chen YK, Lin LM. A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan. *Journal of applied oral science : revista FOB* 2010;18(1):5-9. PubMed PMID: 20379675.
9. Frederic MK, Yamaai T, Mizukawa N, Kaneda Y, Katase N, Gunduz M et al. Expression of human beta-defensin -1, -2, and -3 in non-inflamed pseudocyst, mucocelles. *Oral diseases* 2008;14(7):652-7. PubMed PMID: 18627502.
10. Conceição JG, Gurgel CA, Ramos EAG, De Aquino Xavier FC, Schlaepfer-Sales CB, Cangussu MCT et al. Oral mucocelles: A clinical, histopathological and immunohistochemical study. *Acta histochemica* 2013.
11. Lira HM, Dias L, DE Paula DM, DE Moraes Alves R, Falcão AFP, Lamberti PLR. et al. Concurrent Occurrence of Mucoccele in Lower And Upper Lip: Case Report. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology* 2014;117(2):e149-e.
12. Pina AR, Almeida LY, Andrade BA, Leon JE. Clear cell change in a lower lip mucoccele. *Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP*. 2013 May;17(2):318. PubMed PMID: 24250103. Pubmed Central PMCID: 3830251.
13. Pérez C, Jiménez C. Mucocelles con localizaciones inusuales. Reporte de casos. *Acta Odontológica Venezolana* 2002;40(2):177-80.
14. Jinbu Y, Kusama M, Itoh H, Matsumoto K, Wang J, Noguchi T. Mucoccele of the glands of Blandin-Nuhn: clinical and histopathologic analysis of 26 cases. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics* 2003;95(4):467-70. PubMed PMID: 12686932.
15. Sagari SK, Vamsi KC, Shah D, Singh V, Patil GB, Saawarn S. Micro-marsupialization: a minimally invasive technique for mucoccele in children and adolescents. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2012;30(3):188-91. PubMed PMID: 23263419.
16. Huang IY, Chen CM, Kao YH, Worthington P. Treatment of mucoccele of the lower lip with carbon dioxide laser. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 2007;65(5):855-8. PubMed PMID: 17448832.
17. Romeo U, Palaia G, Tenore G, Del Vecchio A, Nammour S. Excision of oral mucoccele by different wavelength lasers. *Indian journal*

of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research 2013;24(2):211-5. PubMed PMID: 23965448.

18. Valerio RA, Queiroz AMd, Romualdo PC, Brentegani LG, Paula-Silva FWGd. Mucocele and Fibroma: Treatment and Clinical Features for Differential Diagnosis. *Brazilian dental journal* 2013;24(5):537-41.
19. Adachi P, Soubhia AM, Horikawa FK, Shinohara EH. Mucocele of the glands of Blandin-Nuhn--clinical, pathological, and therapeutical aspects. *Oral and maxillofacial surgery* 2011;15(1):11-3. PubMed PMID: 20393765.