

# **UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

**Facultad ciencias de la salud**

**Escuela Profesional De Odontología**



## **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**TITULO : TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PSEUDOQUISTE DE EXTRAVASACIÓN (MUCOCELE) EN EL LABIO INFERIOR**

**Para optar el : Título profesional de Cirujano Dentista**

**Autor : Bachiller Johnny Froilan Aguirre Gamarra**

**Asesor : CD. Oscar Hipolito Calderon Silva**

**Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud**

**Lugar o Institución de Investigación: Clínica Dental Lima**

**Huancayo – Perú 2021**

**DEDICATORIA:**

**A mis padres:**

POR SU CARIÑO, APOYO Y  
PACIENCIA EN CADA PASO DE MI  
VIDA, QUE SIN ESPERAR NADA A  
CAMBIO, HAN SIDO LOS MOTORES  
DE MI VIDA Y LA INSPIRACIÓN DE  
CADA DÍA PARA SEGUIR  
ADELANTE.

## AGRADECIMIENTO

### **A MI PACIENTE:**

QUE, COLABORO EN LA  
REALIZACIÓN DE ESTE CASO  
CLINICO DESINTERESADAMENTE  
SACRIFICANDO SU TIEMPO DE  
DESCANSO Y SIENDO SU  
PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4

## CAPITULO II

2.1 INTRODUCCION.....	10
2.1.1 Planteamiento del problema.....	12
2.2 MARCO TEORICO.....	13
A. Características clínicas .....	13
B. Histopatología.....	14
C. Diagnostico Diferencial .....	14
D. Tratamiento.....	15
E. Administración.....	15
F. Cirugía .....	16
G. Complicaciones.....	17
2.3 OBJETIVOS.....	18

## CAPÍTULO III

### 3. CONTENIDO

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	19
HISTORIA CLÍNICA.....	19
3.2 EXAMEN CLINICO GENERAL.....	19
3.3 DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO .....	20

3.4 PLAN DE TRATAMIENTO.....	20
A. Procedimiento quirúrgico.....	21
PLAN DE CONTROL DE MANTENIMIENTO.....	23

#### CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES.....	25
-------------------	----

#### CAPÍTULO V

APORTES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	29

## CONTENIDO DE FIGURAS

### FIGURA N°01

Aumento de volumen localizado en mucosa del labio inferior izquierdo 21

### FIGURA N°02

Incisión con hoja de bisturí número 15 en forma elíptica 21

### FIGURA N°03

Aspecto macroscópico de la lesión 22

### FIGURA N°04

Eliminación de las glándulas y sutura de herida 22

### FIGURA N°05

Retiro de puntos a los 10 días 23

### FIGURA N°06

Control a los 15 días de la cirugía 24

## RESUMEN

Los mucoceles, suelen aparecer sobre todo en niños y adultos jóvenes, aunque pueden hacerlo en cualquier edad. Casi la mitad de los casos se presentan antes de los 20 años, más de la cuarta parte entre las edades de 11 y 12 años, afectando por igual a hombres como a mujeres. La causa de este fenómeno se relaciona con traumatismo mecánicos de los conductos de las glándulas salivales menores que corta o desgarran dicho conducto, dando lugar a un derrame o extravasación de moco en el estroma de tejido conectivo circundante. El tejido de la glándula salival adyacente sufre una alteración inflamatoria inespecífica a causa de la retención de moco y posterior cicatrización en el interior y alrededor de la glándula. Por lo tanto, es de gran necesidad que los padres de familia no se alteren por las apariciones voluminosas de este tipo patológico en la cavidad bucal, ya que el tratamiento quirúrgico es simple y al alcance económico de todos. Por este motivo el objetivo del presente caso clínico es aplicar una técnica simple en la extirpación quirúrgica del mucocele, mediante métodos y protocolos simplificados.

**PALABRAS CLAVE:** Tejido, tratamiento quirúrgico, mucocele

## ABSTRACT

Mucoceles usually appear especially in children and young adults, although they can do so at any age. Almost half of the cases present before the age of 20, more than a quarter between the ages of 11 and 12, affecting men and women equally. The cause of this phenomenon is related to mechanical trauma to the ducts of the minor salivary glands that cuts or tears said duct, leading to an effusion or extravasation of mucus in the surrounding connective tissue stroma. The adjacent salivary gland tissue undergoes a nonspecific inflammatory alteration due to retention of mucus and subsequent scarring in and around the gland. Therefore, it is of great necessity that parents are not upset by the voluminous appearances of this pathological type in the oral cavity, since the surgical treatment is simple and affordable for everyone. For this reason, the objective of this clinical case is to apply a simple technique in the surgical removal of the mucocele, using simplified methods and protocols.

**KEY WORDS:** Tissue, surgical treatment, mucocele



## CAPITULO II

### INTRODUCCION

El mucocele es una lesión común de la mucosa bucal, se origina en glándulas salivales menores, por lo que puede aparecer en cualquier sitio de la mucosa bucal donde se asientan estas glándulas. El término mucocele es utilizado para describir lesiones por extravasación y por retención de saliva, el mucocele por extravasación se encuentra principalmente en el labio inferior, lateralmente a la línea media, se han reportado casos en vientre anterior de lengua involucrando las glándulas de Blandin Nunh, en mejilla y en piso de boca.(1)

En los pacientes jóvenes cuando el mucocele se ubica en labio, se relaciona con un trauma menor que ocasiona la ruptura del conducto excretor de la glándula salival causando extravasación de saliva al tejido conectivo adyacente, también se ha descrito que el hábito de succión y mordisqueo pueden contribuir a la formación de la lesión. Mientras que el mucocele por retención se origina por la obstrucción parcial o total del conducto excretor debido a la proliferación epitelial del conducto o por la presencia de un sialolito que provoca la retención de la secreción glandular y dilatación del conducto. Usualmente la obstrucción es parcial, en ocasiones la obstrucción total, la persistencia de la lesión por años o las recurrencias provocan fibrosis y atrofia de los acinos glandulares alterando la estructura y fisiología glandular de forma irreversible. Se localiza usualmente en glándulas salivales mayores principalmente en la glándula submandibular, en esos casos la lesión se diagnostica como Ránula, aunque, Pérez y cols, reportaron un caso de mucocele por retención por la presencia de un sialolito en mucosa labial superior. (2)

Una variante es el mucocele superficial, que se presenta como una vesícula tensa y clara de unos pocos milímetros de diámetro, de carácter asintomático, autorresolutivo y recidivante. Se localiza en la grasa retromolar, en la mucosa oral posterior y en el paladar blando. Debe diferenciarse clínicamente de otros procesos ampollosos, ya sean virales o inmunológicos. El mucocele se observa principalmente en niños y adultos jóvenes, no tienen predilección por género.

La lesión superficial aparece como un aumento de volumen, con un color azulado, superficie lisa, base sésil, fluctuante a la palpación, de varios milímetros a 1 ó 2 cm. de diámetro y asintomático. En tanto que la lesión profunda se manifiesta como un aumento de volumen fluctuante, de superficie lisa y su coloración es similar a la de los tejidos adyacentes, debido al espesor de los tejidos que las cubren. Algunas lesiones pequeñas desaparecen sin necesidad de tratamiento. El mucocele consiste en una cavidad revestida por tejido de granulación, la pared está constituida por una proliferación de tejido conjuntivo en la que se puede observar un infiltrado inflamatorio representado por polimorfonucleares y en las lesiones de evolución crónica por linfocitos, células plasmáticas y macrófagos. Los acinos glandulares pueden mostrar sialoadenitis y dilatación e hiperplasia de conductos salivales. (2)

Chunawalla refiere tres fases en el aspecto histopatológico del mucocele, en la primera se observa la presencia de polimorfonucleares y macrófagos, particularmente en las áreas donde hay extravasación de saliva. En tanto que, en la segunda fase, etapa de resorción, se puede observar un tejido de granulación con la presencia de macrófagos, células epitelioides y en ocasiones pueden identificarse células gigantes de tipo cuerpo extraño. En la tercera fase es evidente la formación de una pseudocápsula, caracterizada por la proliferación de fibroblastos y capilares, aparición de escasos linfocitos y células plasmáticas. (3)

Para realizar el diagnóstico clínico, es necesario considerar las características clínicas de la lesión, la información obtenida durante el interrogatorio, el antecedente de trauma, el vaciamiento de la lesión al morderla o pincharla y su reaparición, el estudio histopatológico confirma el diagnóstico. El diagnóstico diferencial incluye: al hemangioma, debido a que el mucocele superficial tiende a presentar una coloración azul violácea similar a la observada en los hemangiomas, no obstante que los hemangiomas generalmente se presentan hacia la línea media de la mucosa labial.

También debe descartarse la presencia de hiperplasia fibrosa, cuando los mucocelos son de implantación profunda la forma clásica de lesión con contenido líquido se pierde y su superficie no es traslúcida. La frecuencia de neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales menores es baja, estos tumores pueden afectar pacientes en las primeras décadas de la vida, incluso se han reportado casos de neoplasias malignas en lesiones que clínicamente fueron diagnosticadas como mucocelos.

En la literatura se describen diferentes opciones de tratamiento como: cirugía convencional y ablación por láser, micromarzipialización, marzipialización, la criocirugía en combinación con la aplicación de corticosteroides vía intralesional.

Sin embargo, el número de fracasos asociados con estas últimas técnicas es muy alto y la mayoría de los pacientes requieren re-intervención para la completa remoción de la lesión, situación similar a la detectada en mucoceles que son tratados con incisión simple para drenar el contenido de este.

El tratamiento convencional es la extirpación quirúrgica de la lesión y las glándulas adyacentes. El láser de CO<sub>2</sub> tiene una tasa de absorción de agua alto por lo que se absorbe bien en los tejidos con alto contenido de agua, el daño a tejidos circundantes es mínimo. Estas propiedades hacen del láser una de las mejores opciones para tratar los mucoceles.

Las glándulas menores adyacentes a la lesión deben ser removidas cuidadosamente para evitar el daño a las glándulas marginales y sus conductos, así mismo se debe tener cuidado al momento de suturar de no lesionar las glándulas salivales adyacentes, lo que ocasionaría la reaparición de la lesión.(4)

### **2.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Un mucocele es un quiste del moco producido por la extravasación de la secreción salival debido a la ruptura de una tubería del casquillo de los prensaestopas salivales, o retención salival dentro de un casquillo de los prensaestopas salivales accesoria, debido a la restricción de la tubería o a los sialolitis. El aspecto del mucocele es altamente característico en la mayoría de los casos, y la diagnosis se hace en los argumentos clínicos.

El diagnóstico clínico se basa sobre la conclusión de un suave, fluctuante, azulado-blanco a la lesión rosácea que es en forma de cúpula, con un inicio agudo y a menudo, una historia del trauma mecánico de menor importancia que la precede. La fluctuación puede estar ausente si la lesión ha experimentado una cierta fibrosis, o está drenando. Es por eso por lo que debemos realizar un buen diagnóstico clínico y patológico para el buen tratamiento del mucocele, es decir aplicando una buena técnica quirúrgica podemos eliminar estos problemas patológicos que se observa en los labios y diferentes partes de la boca.

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **Características clínicas**

La retención mucosa se considera quiste porque, a diferencia de la extravasación de mucina rodeada por tejido de granulación, está cubierto por epitelio. El término “mucocele” se utiliza en forma genérica antes de establecer el diagnóstico microscópico, para referirse tanto al quiste por retención mucosa como al fenómeno de extravasación.

Los mucoceles son relativamente frecuentes, pero algo importante que hay que tomar en cuenta es que el mucocele por retención es menos frecuente que el de extravasación. Probablemente las lesiones mecánicas o inflamatorias de pequeñas glándulas mucosas o salivales son la causa primordial. La localización más frecuente es el labio inferior pero también se puede encontrar en el paladar, carrillo, lengua (afecta a las glándulas de Blandin-Nuhn), y en el piso de la boca. Raras veces se encuentran en otras regiones de la boca donde se localizan glándulas salivales, tal vez por la ausencia relativa de traumatismos en estas regiones.

Aparecen como tumoraciones únicas o múltiples con aspecto característico como lo son grisáceas y hasta casi transparentes, la lesión puede estar situada profundamente en el tejido, o ser muy superficial y dependiendo de su localización presentaran un aspecto variable.

La lesión superficial aparece como una vesícula circunscrita de varios milímetros ó centímetros de diámetro (el tamaño de esta se modifica de forma periódica), con un tinte traslucido de color azulado. La lesión más profunda se manifiesta también como un abultamiento, pero debido al grosor del tejido que lo cubre, el color y el aspecto de la superficie son los de la mucosa normal. (3)

## **Histopatología**

Microscópicamente se muestra un quiste fibroso, revestido por células epiteliales del conducto, la gran mayoría de las cuales son oncocitos, que forman una capa doble pseudoestratificada de células cuboidales o columnares. Como casi todos los mucocelos son del tipo extravasación, los cuales están formados por una cavidad circunscrita en el tejido conectivo y la submucosa que produce una elevación apreciable de la mucosa con adelgazamiento del epitelio. El epitelio superficial está distendido por el acúmulo de mucina y la cavidad en realidad no está revestida por epitelio y por lo tanto no es un quiste verdadero.

La luz del quiste contiene cantidades variables de secreción viscosa o espesa y las células que principalmente se encuentran son leucocitos y fagocitos mononucleares.

El mucocelo por retención se caracteriza por una cubierta derivada del epitelio de los conductos y también puede observarse un cálculo salival (sialolito), constituido por capas acelulares concéntricas. (4)

## **Diagnóstico diferencial**

- Carcinoma Adenoquístico: Se presenta entre la 5ta. y 6ta. década de vida, el paciente refiere dolor local y presenta linfadenopatía, además de producir metástasis hacia los ganglios cervicales en un 30% de los casos.
- Carcinoma Mucoepidermoide: Es de crecimiento rápido, produce dolor local, se presenta generalmente entre la 3era. y 4ta. década de vida, el paciente presenta linfadenopatía y produce metástasis.
- Tumor Benigno Mixto: Es más frecuente en mujeres que en hombres, se presenta entre la 4ta. y 6ta. década de vida, el paciente refiere molestia en la zona y raras veces obtiene tamaño mayor de 1 a 2 cm. de diámetro.
- Ránula: Tumor quístico blando, de líquido que se forma debajo de la lengua por obstrucción y dilatación de una de las glándulas salivales de la región, así mismo podríamos mencionar, Fenómeno de la extravasación de moco, Malformación vascular (Neurofibroma), Lipoma y Quiste de erupción o Quiste gingival cuando surgen en la mucosa alveolar.(5)

## **Tratamiento**

Es la excisión quirúrgica total de la glándula involucrada para minimizar el riesgo de recidiva. A veces hay recurrencia después de la excisión, ya que evacuado su contenido se vuelve a llenar de nuevo, tan pronto como cicatriza la lesión. Si el tratamiento se efectúa de una manera adecuada y se eliminan las glándulas involucradas no se produce recurrencia de la lesión; por lo cual se indica la excisión de cualquier elemento acínico que se encuentre a fin de evitar extravasación mucosa post-operatoria en el sitio de la cirugía. (8)

## **Administración**

En la mayoría de los casos, un mucocele rompe dentro de algunos días sin ninguna intervención que es requerida. La cura es rápida en la mayoría de los casos, y la erosión baja producida por la ruptura es solamente suavemente dolorosa. La repetición puede ocurrir si la tubería salival no se quita correctamente o si se dañan los casquillos de los prensaestopas salivales adyacentes. Por este motivo, y prevenir la infección, el quiste no se debe pinchar o quitar de otra manera por el paciente.

La supresión de un mucocele periódico o persistente se realiza generalmente en una de las maneras siguientes:

- Supresión quirúrgica: esto se debe hacer con mucho cuidado para evitar daño del nervio a un brazo del nervio lingual, en caso de un ránula, o el daño próximo del casquillo de los prensaestopas salivales que podría causar la repetición.
- Cryosurgery que utiliza el nitrógeno líquido que atraviesa un extremo de la antena para congelar la lesión
- Laser de dióxido de carbono para quitar el quiste por ablación
- Electrocauterización para recortar el quiste

Ránulas se quita generalmente usando el láser o el cryosurgery, la casquillo del prensaestopas dañada y el quiste sí mismo del moco.

## **Cirugía**

Hay diferencia no clínica o administración entre la retención y los mucocelos de la extravasación.

La manera más común del retiro es supresión quirúrgica del mucocelo. Esto implica el retiro del quiste, de la mucosa alrededor de él, y del tejido glandular, hasta que se alcance la capa muscular. Apenas el cortar con la capa superior para permitir desagüe no se recomienda generalmente debido al alto régimen de la repetición. Se asocia al índice más alto de complicaciones, tales como paresthesia temporal, formación fibrosa de la cicatriz, y hemorragia. En todos los casos donde está más gruesa la pared fibrosa del pseudocapsule que usual, el espécimen se debe enviar para que el examen histopatológico se asegure de que no es un neoplasma del casquillo de los prensaestopas salivales de menor importancia.

Marsupialization, que significa unroofing el quiste de modo que pueda drenar en la boca, se adopta para mucocelos más grandes, especialmente ránulas, pues evita la disección profunda que podría causar daño al brazo labial del nervio mental. Los pequeños quistes se deben recortar totalmente, junto con los casquillos de los prensaestopas de menor importancia en la periferia, y la herida suturada para lograr la cura del hemostasis y del rapid.

Los mucocelos de la retención necesitan la dilatación de la tubería con un catéter lacrimal, además, para asegurarse de que drene la secreción salival correctamente.

Micromarsupialization es otra técnica que emplea una sutura de seda gruesa pasajera a través de la lesión en el diámetro más grande y anudada. Se deja en el lugar por 7-10 días, dentro cuya de hora el quiste reduce y desaparece. Se utiliza en los pequeños niños, siendo menos doloroso, simple, no-traumático, y teniendo un buen índice de éxito.(9)

## **Otros métodos de supresión**

El láser de dióxido de carbono absorbe el agua eficientemente y por lo tanto es tomado por el quiste, llevando a su vaporización mientras que pasa sin las estructuras

adyacentes. Tiene las ventajas adicionales de la precisión, de la acción rápida, del hemostasis simultáneo excelente y de la ausencia de inflamación mientras que cura.

La electrocauterización y el cryosurgery también ayudan a quitar la lesión por ablación mientras que pasa sin las estructuras adyacentes y logra buen hemostasis. Todos los éstos tienen la desventaja de no ofrecer una muestra histológica.

La inyección intralesional de corticosteroides también se utiliza para tratar un mucocele. Es el más útil cuando hay mucocelos múltiples y la supresión quirúrgica separada sería difícil. (11)

### **Complicaciones**

La supresión quirúrgica se asocia al número más elevado de las complicaciones, que incluyen:

- Repetición en caso del retiro incompleto
- Daño de los nervios próximos, casquillos del prensaestopas salivales, o tuberías salivales, durante la disección, que puede también llevar a la repetición
- Hemorragia
- Daño del nervio en caso de un ranula, implicando el brazo labial del nervio mental
- Paresthesia temporal(12)

### **OBJETIVO GENERAL**

Extirpar el pseudo quiste (mucocele) formado en el labio inferior mediante intervención quirúrgica.



### **III. CONTENIDO**

#### **DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

##### **HISTORIA CLÍNICA**

Se reporta el caso de un paciente de sexo masculino de 8 años y 6 meses de edad, natural de lima; que acude a la consulta odontológica, el motivo de consulta fue “tiene una bolita en el labio” con un año de evolución. La historia clínica no aporta datos de interés para el padecimiento actual. La inspección intrabucal reveló una lesión elevada localizada en mucosa labial inferior izquierda. Solitaria, de contorno redondo, de superficie lisa, de bordes definidos, no reducible, de color azulado, de consistencia firme, de base sésil, de aproximadamente 3 mm de diámetro, fija a tejidos, que cursó con evolución lenta, asintomática. Con historia de trauma y mordisqueo en la región.

Diagnóstico histopatológico: Mucocele, fenómeno de extravasación en mucosa labial inferior izquierda. Se citó al paciente para retirar los puntos a los diez días y a los 15 días no se observan signos de recidiva ni aparición de nuevas lesiones en el área.

El consentimiento informado se obtuvo de los padres del paciente para la publicación del presente caso al igual que las imágenes que acompañan

##### **EXAMEN CLÍNICO GENERAL**

Paciente con aparente buen estado general, lucido, orientado. A la inspección clínica presenta un abultamiento en el labio inferior realizando una inspección minuciosa con las características macroscópicas y microscópicas, encontrando los siguientes resultados. Tejido blando cubierto por una capa de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado hiperplásico que alterna con áreas de atrofia. Límites basales definidos. El tejido conectivo colagenizado subyacente, presentó una cavidad revestida por tejido de granulación que en su luz presentó polimorfonucleares.

La pared de la lesión constituida por fibroblastos proliferantes mostró un infiltrado inflamatorio constituido por escasos linfocitos, células plasmáticas, macrófagos y capilares proliferantes, algunos con datos de congestión y presencia de hemosiderina. Se observaron escasos acinos glandulares de tipo mucoso, con cambios degenerativos y un conducto salival fragmentado hiperplásico que en su luz contenía polimorfonucleares.

## **DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO**

Diagnóstico histopatológico: Mucocele, fenómeno de extravasación en mucosa labial inferior izquierda. Con un pronóstico favorable para el tratamiento quirúrgico de la patología presente.

### **3.4 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL**

Una vez evaluado se decidió realizar el tratamiento quirúrgico mediante los siguiente pasos: Bajo anestesia local con lidocaína al 2% y epinefrina 1:100000 se procedió a realizar la escisión quirúrgica de la lesión; con una hoja de bisturí número 15, se realizó una incisión en forma elíptica, posteriormente se cortó la base de la lesión cuidadosamente para evitar perforar el mucocele. El tejido fue fijado en formol buferado al 10% y remitido para su estudio histopatológico al Laboratorio de Patología.

## PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Figura 1: Se observa el aumento de volumen localizado en mucosa del labio inferior izquierda



Figura 2: Incisión con hoja de bisturí número 15 en forma elíptica abarcando la totalidad de la extensión de la lesión

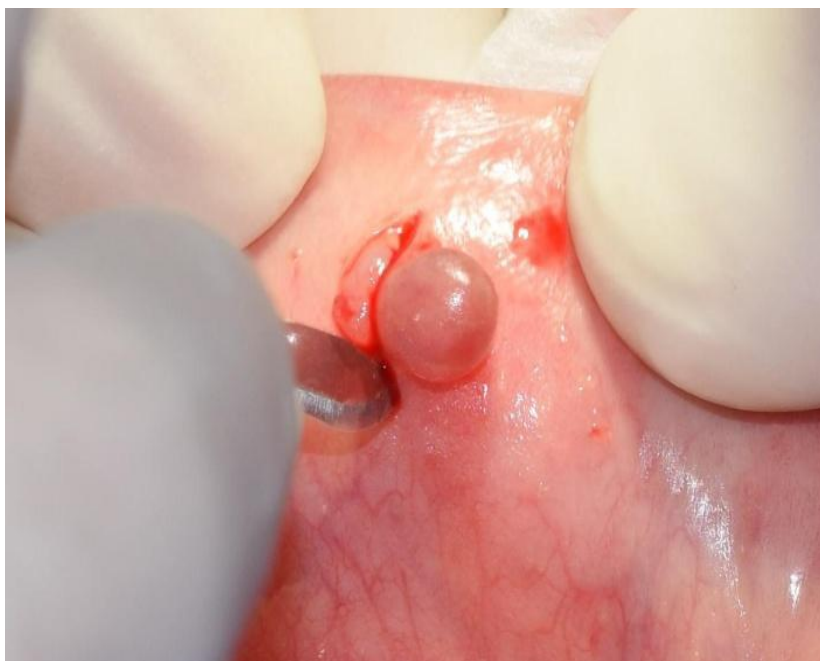


Figura 3: Aspecto macroscópico de la lesión.

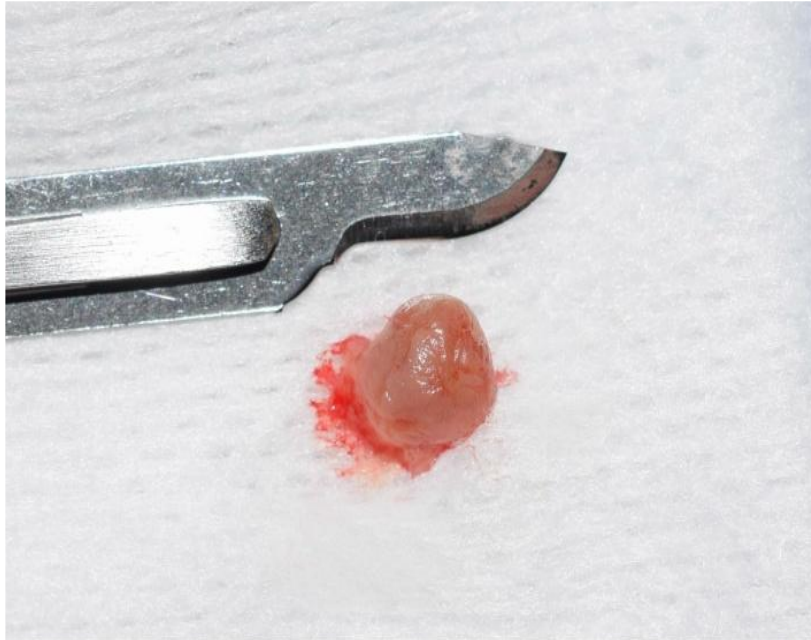


Figura 4: Se procedió a eliminar las glándulas circundantes para prevenir recidivas y se suturó con seda 3-0 con puntos aislados



### **3.4 PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO**

Se citó al paciente para retirar los puntos a los diez días y a los 15 días no se observan signos de recidiva ni aparición de nuevas lesiones en el área.

Figura 5: Se retiran puntos a los 10 días.



Figura 6: Cita de control 15 días después de la cirugía.



## IV CONCLUSIONES

La causa de la lesión, las manifestaciones clínicas y los hallazgos histopatológicos del caso que se reporta fueron similares a los referidos en la literatura.

La frecuencia del mucocele en niños y adolescentes es alta, es de suma importancia que el odontólogo de práctica general y el odontopediatra identifiquen esta lesión, su etiopatogenia y manifestaciones clínicas, para sugerir el tratamiento más adecuado, tienen además la responsabilidad de enviar la lesión a su estudio histopatológico, para descartar la presencia de neoplasias benignas, malignas u otro tipo de patologías.

Durante el interrogatorio es factible identificar las posibles causas del mucocele que incluyen: Hábitos orales como: mordisqueo de los labios, chupar los labios, proyección de la lengua hacia los dientes, mordisqueo de la mejilla, incluso se ha mencionado que las irritaciones crónicas del tejido por el calor extremo del cigarrillo pueden contribuir al desarrollo de la lesión.

La colocación de piercings en los labios, antecedente de lesión deportiva, lesión mecánica durante el proceso de la masticación cuando el tejido del labio inferior queda atrapado entre los dientes anteriores o por malposición de los dientes adyacentes que, además pueden provocar irritación crónica. El uso de chupetes durante la erupción de los dientes, en esa etapa los tejidos bucales se vuelven muy sensibles y los niños tratan de aliviar los síntomas al morder el chupete con fuerzas excesivas que conducen al daño de los tejidos del labio. Así como, los procedimientos quirúrgicos en la cavidad bucal que causan trauma a la glándula.

En los recién nacidos se pueden observar mucoceles debido a la succión de los dedos durante la gestación, o si él bebe se encuentra succionando los dedos durante el paso por el canal del parto, por el uso de fórceps o por los procedimientos de aspiración de la boca del bebé después del nacimiento.

La inspección visual es sólo un diagnóstico presuntivo o provisional, debe realizarse su correspondiente estudio histopatológico para obtener el diagnóstico definitivo.

## V APORTES

Las recomendaciones que se pueden emitir para diagnosticar bien una patología de este tipo es necesario una evaluación minuciosa de las características clínicas y microscópicas y tomar en cuenta las siguientes recomendaciones en caso de que estén presente algunos de los siguientes puntos es posible que sea mucocele:

- Tiende a aparecer de manera lenta en forma de bulto o tumoración.
- No causan dolor.
- Tienen un semblante redondo con elevación.
- Aparecen de manera solitaria, en especial en la parte interior del labio inferior.
- En la mayoría de los casos su coloración es rosa o azulado.
- Son transparentes o translúcidos.
- La consistencia es blanda.
- El tamaño variará, va desde algunos milímetros hasta llegar a 1 centímetro.
- En su interior tiene sialomucina.
- La superficie es totalmente lisa.
- Normalmente son recidivantes.
- En muchos casos puede causar incomodidad al momento de hablar o la forma en cómo se habla.

Si existe la aparición de mucoceles con un pequeño tamaño y asintomáticos, el problema llega de manera natural dentro de 3 a 6 semanas desde que aparece. (12)

### Extirpación quirúrgica

En caso de que la lesión o bulto esté causando algún tipo de incomodidad y empieza a adquirir un mayor tamaño, es posible que sea necesario ir a un tratamiento quirúrgico oral.

### La criocirugía



Si estamos en el caso de una complicación de leve diámetro, la criocirugía con nitrógeno líquido es la alternativa ideal. Logra disminuir el peligro de infección y también el dolor o malestar que se crea después de la operación.

También se puede emplear LÁSER o utilizar un electrobisturí, para disminuir el sangrado y las molestias.

Claro que esto no quita de que la extirpación o trato quirúrgico sea lo más utilizado.

Para finalizar, hay algunos tratamientos por medio de medicación, como el empleo de Clobetasol o el Ácido Gamma-linolénico. No obstante, con dichas terapias sistémicas existe un problema; puede aparecer el bulto en el labio nuevamente.

(13)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Danelon M, Lodi CS, et al. ACB. Diagnóstico e Tratamento de Mucocele em Odontopediatria: Relato de caso. Arch Health Invest 2013;2:47-53.
2. Bhargava N, et al. An Unusual Presentation of Oral Mucocele in Infant and its Review. Case Reports in Dentistry 2014; Article ID 723130, localizable en <http://www.hindawi.com/journals/crid/2014/723130/> Fecha de consulta 15 Mayo 2015.
3. Chunawalla Y, et al. Oral mucocele: A neoteric aproach in children using CO2 laser. J Dent Lasers 2015;9:44-47.
4. González J, et al. Mucocele en glándulas de Blandin-Nuhn o glándulas linguales anteriores – Reporte de un caso. Acta Odontol Venez;49:1-7. 7.
5. Senthilkumar B, Nazargui-Mahabob M. Mucocele: An unusual presentation of the minor salivary gland lesion. Pharm Bioallied Sci 2012;4:180-182.
6. Pérez C, Jiménez C. Mucoceles con localizaciones inusuales. Reporte de casos. Acta odontol venez 2002;40. disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/mucoceles\\_localizaciones\\_inusuales.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/mucoceles_localizaciones_inusuales.asp) Fecha de consulta 15 Mayo 2015.
7. Boneu-Bonet F, et al. Submaxillary gland mucocele: presentation of a case. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:180-184.
8. Costa H. Tratamiento tópico del mucocele oral. Folia Dermatol 2003;14:9-14.
9. Leyva-Pérez M, et al. Ránula del suelo de la boca. A propósito de un caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2005;4:1-8.
10. Baharvand M, Sabounchi S, Mortazavi H. Treatment of Labial mucocele by injection of dexamethasone: Case series. J Dent Mater Tech 2014;3:128-133.
11. Pérez-Castro L, et al. Quiste de retención mucoso por sialolitiasis en labio superior. Reporte de un caso. Ciencia odontológica 2007;4:1-9.
12. Valdivielso-Ramos M, et al. Mucocele en la mucosa labial. Acta Pediatr Esp 2008;66:502-503.
13. Hernández-Granados R, et al. Carcinoma mucoepidermoide. Revista ADM 2010;67:181-184.