

Fenómeno de extravasación de glándulas salivales: a propósito de tres casos

Phenomenon of extravasation of salivary glands: report of three cases

Recibido: Febrero, 2010. Aceptado: Enero, 2011.

José Armando Arenas Morán*
Esteban Jesús Juárez Gómez**
Mario Alberto Lagunes López***

*Cirujano Maxilofacial. Catedrático de pregrado, FEBUAP

Autor responsable

**Alumno de pregrado, FEBUAP

***Alumno de pregrado, FEBUAP

Descriptor: glándula salival, mucocelo, ránula, pseudoquiste, extravasación

Keyword: salivary gland, mucocelo, ránula, pseudocyst, extravasation

- Arenas, M.J.A., Juárez, G.R.J., Lagunes, L.M.A. Fenómeno de extravasación de glándulas salivales: a propósito de tres casos. Oral Año 12. Núm. 38. 2011. 758-762

resumen

El fenómeno de extravasación de glándulas salivales es una lesión que origina varios tipos de mucocelos en diferente localización anatómica como pueden ser el piso de la boca (Ránula) o la cara interna del labio inferior, respectivamente los casos a presentar. De forma general, la ránula posee mayor tamaño que los mucocelos labiales. Los mucocelos de extravasación incluyen un área de mucina derramada hacia los tejidos blandos periductales y produce una respuesta de tejido de granulación que origina un pseudoquiste. Las lesiones se caracterizan por un color normal o pueden tener un matiz azul o morado-rojizo si se mezcla con eritrocitos. Se han descrito numerosos tipos de tratamientos como la excisión quirúrgica de la lesión o el uso de corticosteroides, aunque algunos autores prefieren ser menos conservadores y efectuar la excisión de la glándula sublingual junto con la lesión en el caso de ránula (ya que es bien sabido que se tienen que extraer las glándulas salivales menores con los mucocelos labiales). En los niños es más frecuente que se presente el fenómeno de extravasación (debido a traumatismo), mientras que en los adultos es más común la forma de retención (por un sialolito) produciéndose así un quiste de retención salival.

abstract

Salivary gland extravasation phenomenon is a lesion that causes several types of mucocysts in different anatomic locations such as the floor of the mouth (Ránula) or the buccal aspect of the lower lip, respectively the cases presented here. Generally speaking, ránulas have a larger size than lip mucocysts. Extravasation mucocysts include an area of spilled mucin around the periductal soft tissues that produces a granulation-tissue response that gives origin to a pseudocyst. These lesions are characterized by a normal color, or a blue or purple-reddish hue if it gets mixed with erythrocytes. Numerous treatment types have been described, such as the surgical removal of the lesion or the use of corticosteroids, although some authors prefer to be less conservative and remove the sublingual gland along with the lesion in the case of ránula (since it is well known that it is mandatory to remove the minor salivary glands with a lip mucocelo). In children, the extravasation phenomenon is the most frequently found (due to trauma), while in adults the retention presentation is the most common one (due to a sialolith), thus producing a salivary retention cyst.

Ránula

Introducción

Ránula, es un término que se refiere a una lesión de tipo mucocelo que se forma unilateralmente en el piso de la boca, se asocia al conducto de Wharton de la glándula submandibular y del conducto de Bartolini de la glándula sublingual; el término ránula se deriva de la palabra rana, la palabra en latín para rana, lo cual hace referencia a su vientre 3 > 16 > 19 y posee un aspecto vascularizado.^{1,2,5}

Ésta presenta una tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar a tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto con una extravasación hacia los tejidos blandos periductales y produce una respuesta de tejido de granulación encapsulación. La ruptura del conducto es originado por un trauma, aunque en muchos casos el paciente no refiere tal hecho.⁴

Se sitúan lateralmente en el piso de la boca, son

traslúcidas con vascularidad evidente en su superficie.^{1,3,15}

Las lesiones más profundas tienen un color normal y un matiz azul si se mezcla con eritrocitos o poseen un color morado rojizo confundiendo con un hemangioma cavernoso.¹ Tienen a ser más grandes que los mucocelos de otros lugares de la boca, incluso pueden llegar a medir de 1 a 3 centímetros de diámetro, llenar el piso de boca y elevar la lengua al igual que otros mucocelos.⁴ (Figura 1)



Figura 1. Ránula ubicada en la parte derecha de la línea media con dos meses de evolución.

Su crecimiento es mayor que el de los mucocelos porque están cubiertos por una mucosa más gruesa y porque es menos probable que ocurra un trauma que pueda ocasionar su ruptura.¹³ Si se llegara a romper al igual que otros mucocelos, éste libera su contenido de mucina, pero solamente para volverse a llenar; lo anterior significa una recidiva.

Se concuerda que es más frecuente en niños y adultos jóvenes, aunque no existe evidencia significativa en cuanto edad, sexo y raza;² sin embargo, algunos otros autores mencionan que es más común en mujeres (con una proporción de 1.2:1) y que se encuentran más frecuentemente afectando al lado izquierdo (con una proporción de 1:0.62).⁸ La ránula es la lesión más común de la glándula sublingual.¹³

Caso clínico 1

Paciente femenino de 31 años de edad acude a la clínica de la facultad de Estomatología de la BUAP, con una queja de una gran masa en el piso de la boca de dos meses de evolución que le causa molestias a la hora de comer, con higiene oral mala, sin antecedentes heredo familiares (AHF) y antecedentes personales patológicos (APP) de relevancia, normocefálica con asimetría de lado derecho en la parte inferior de la mandíbula, sin presencia de ganglios infartados, cuyo diagnóstico clínico es de ránula. Se utilizó un anestésico local (Mepivacaína con Epinefrina) con la técnica mandibular, buscando específicamente el bloqueo del nervio lingual. Se colocaron tres puntos cabo por la parte anterior, lateral y posterior. Posteriormente se hizo una incisión con una hoja de bisturí número 15 montada en un mango número 3. Al hacer la incisión se presentó la salida del contenido de la ránula, el moco tenía una consistencia muy espesa y un color amarillo transparente. (Figura 2). Se succionó el moco y se limpió con una gasa estéril. El techo de la cavidad se sujetó con pinzas angulares o en bayoneta y se terminó el corte para eliminar toda mucosa y la parte superior de la ránula. Una vez que se eliminó todo el techo, se procedió a suturar la mucosa bucal con la cápsula de tejido de granulación que rodeaba el contenido mucoso de la lesión. Esto se hizo mediante una sutura de punto continuo utilizando seda 3-0. (Figura 3)



Figura 2. Visión del contenido de mucina encapsulado en la Ránula.



Figura 3. Sutura de punto continuo con seda 3-0.

La paciente acudió a los nueve días para su valoración y retiro de puntos de sutura, clínicamente se observa mejoría.

Discusión

Las glándulas sublinguales yacen en la parte superior del músculo milohioideo y están separadas de la cavidad bucal por una delgada capa de mucosa de la boca.

Siempre hay que tener en cuenta la anatomía, específicamente del trayecto del conducto de Wharton, a la hora de colocar los cabos en el inicio y los puntos de sutura al final del acto quirúrgico para evitar que este conducto se lesione originando una recidiva u otra ránula de la glándula sublingual. El conducto de Wharton tiene de longitud unos cinco centímetros y de diámetro de 2 a 4 milímetros. Corre anteriormente por encima del músculo milohioideo y lateralmente por encima de los músculos hiogloso y geniogloso. Al principio el ducto se encuentra por debajo del nervio lingual entonces, al descender el nervio lingual, cruza por la parte lateral del ducto. Cuando el ducto y el nervio lingual pasan por la parte inferior de la glándula sublingual, el nervio lingual cruza por debajo del conducto hacia la línea media el ducto, rodea desde abajo hacia arriba por la parte inferior del nervio lingual al nivel del tercer molar y luego cruza por arriba del nervio lingual aproximadamente al nivel del segundo molar. Así el nervio se encuentra íntimamente relacionado al ducto.^{13,14}

Los ductos acinares de las glándulas sublinguales se llaman ductos de Bartolini, y la mayoría de las veces se unen para formar de 8 a 20 ductos de Rivinus; estos ductos son cortos y de pequeño diámetro y se pueden abrir directamente en el piso anterior de la boca en una cresta de mucosa conocida como la plica sublingualis, o abrir indirectamente por medio de conexión de conducto submandibular y después de la cavidad bucal por medio del conducto de Wharton.

De las glándulas en cuestión, la que tiene el índice de saliva más viscoso es la sublingual, seguida de la mandibular y por último la parótida, lo cual depende de las células mucosas y serosas que contiene cada una de ellas.¹³

Se reporta que el diagnóstico es clínico, y que los hallazgos histopatológicos muestran un área de mucina derramada rodeada por un área de tejido de granulación. La inflamación por lo general incluye numerosos histiocitos espumosos (macrófagos) y neutrófilos redondos u ovalados.^{1,4}

El diagnóstico diferencial para ránula puede incluir Plunging ránula: que es un mucocele de la glándula sublingual que se extiende a través del músculo milohioideo hasta ocupar el espacio submandibular;⁶ Sialolito: general o usualmente una masa dura en el ducto submandibular, se puede asociar con inflamación dolorosa de la glándula afectada; Quiste linfoepitelial: es una lesión submucosa pequeña, amarilla blanquecina; Hemangioma o defecto vascular: malformación de los vasos sanguíneos que puede estar presente desde el nacimiento aunque no se hace aparente hasta la infancia temprana y se puede realizar un procedimiento llamado diascopía, que consiste en observar si se produce isquemia a la presión con un trozo de vidrio, esta técnica sirve para diferenciar un fenómeno de extravasación, que le daría un matiz oscuro a la superficie de la ránula.⁴

La histopatología muestra que la glándula salival cuyo ducto ha sido seccionado muestra una dilatación del ducto, inflamación crónica, degeneración acinar y fibrosis intersticial.¹¹

El tratamiento usual es la marsupialización; o se puede optar por la excisión de la glándula sublingual y la ránula cuando éstas son recurrentes;¹³ sin embargo, algunos autores optan por la excisión como primera opción de tratamiento. De igual manera se ha publicado que las ránulas grandes suelen tratarse con éxito mediante marsupialización más que por extirpación quirúrgica.⁹ Aunque en recientes publicaciones se han observado un mejor resultado en el tratamiento de la ránula con la extirpación quirúrgica.^{6,7} Sin embargo, algunos autores optan por un tratamiento menos invasivo con la aplicación de una inyección intralesional de solución de corticosteroides. Se ha reportado que cuando la ránula no se trata de forma adecuada o no es diagnosticada oportunamente puede comprometer la vía aérea, lo cual resulta en una emergencia médica, ya que en casos más graves puede cruzar la línea media e irse hacia la parte posterior donde la mucina retenida se abre paso por la submucosa; si el moco se hernia a través del músculo milohioideo y los planos faciales del cuello puede dar lugar a una Plunging ránula, o incluso llegar hasta el mediastino.^{11,12,13,16} En este caso clínico la técnica de marsupialización fue suficiente, ya que no se presentó recidiva de la lesión (Figura 4). Por lo anterior concluimos que este procedimiento es suficiente para tratar una ránula en algunos casos sin necesidad de recurrir a la excisión quirúrgica de la lesión y la glándula salival, dejando este tratamiento como segunda opción.



Figura 4. Nueve días después de su tratamiento.

Mucocele

Introducción

Lesión de mucosa bucal originada en las glándulas salivales menores, su etiología es de un 90 a 95% por un trauma local lo que origina una ruptura del conducto salival y se caracteriza por una extravasación de la mucina hacia los tejidos blandos que se encuentran a su alrededor. También se origina, aunque en menor frecuencia, por un tapón; se presenta de forma indolora, redondeada, de color azul transparente y fluctuante. (Figura. 5)



Figura 5. Vista interna del labio inferior del lado izquierdo, donde se observa el mucocele labial.

Se puede presentar en pacientes de cualquier edad, con un overbite profundo; el sitio más común es el labio inferior con un 75-80%, y en la mucosa bucal posterior cuando un tercer molar superior está erupcionando hacia vestibular.^{17,18}

Caso clínico 2

Paciente masculino de 12 años de edad acude a la facultad de Estomatología de la BUAP, en la clínica de pregrado. El paciente siente una pequeña protuberancia en la parte interna de su labio inferior con tres meses de evolución. Sin AHF, APP de relevancia. Clínicamente se diagnostica como mucocele labial por extravasación por la parte interna de su labio de lado izquierdo. Su tratamiento consiste en una excisión quirúrgica, mediante el uso de anestésico local (Mepivacaina con Epinefrina) que es infiltrado alrededor de la lesión, posteriormente se hace una incisión con hoja de bisturí número 15 y mango de bisturí número 3 a un lado de la lesión, siguiendo el contorno de ésta en forma elíptica. (Figura 6). Ya hecha la incisión se procede a descubrir la lesión cuidadosamente hasta la excisión del mucocele junto con las glándulas asociadas (Figura 7) por último se socava la mucosa para la colocación de los puntos de sutura con seda 3-0, logrando un cierre de manera vertical para no comprometer la estética del labio, ya que de hacerse de manera horizontal provocaría tensión en el labio deprimiéndolo.



Figura 6. Incisión de forma elíptica siguiendo la forma de la lesión.

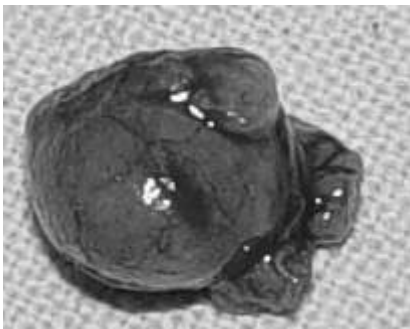


Figura 7. Vista del mucocelo, se observa las glándulas asociadas que rodean a la lesión.

Caso clínico 3

Paciente masculino de 22 años de edad se presenta al servicio de la clínica de pregrado de la facultad de Estomatología de la BUAP, refiere tener una protuberancia en el labio inferior izquierdo la cual le causa molestias a la hora de comer. No reporta AHF ni APP de importancia. El diagnóstico clínico es un mucocelo por extravasación labial ubicado en la parte interna del labio derecho. Se observa que en la parte del techo de la lesión se encuentra un punto rojo que sugiere una continua agresión del paciente a la hora de morder. El protocolo a seguir es el mismo que en el caso clínico número 2, con la única diferencia que en este mucocelo se observa una zona de auto-traumatismo a la hora de ocluir; por esta razón el mucocelo no se extirpa de manera íntegra.

Discusión

Las glándulas menores se encuentran en un número de 600 a 1000 y varían en tamaño de 1 a 5 mm. Recubren la cavidad bucal y la orofaringe, el mayor número de éstas se encuentran en los labios, lengua, mucosa bucal o vestibular, paladar, aunque también se pueden encontrar en las amígdalas, supraglotis y senos paranasales. No se observan con frecuencia en la mucosa adherida ni en la mucosa anterior del paladar duro que está íntimamente relacionada con ella.

Cada glándula tiene un ducto por el cual secreta saliva directamente hacia la cavidad bucal; ésta puede ser serosa, mucosa o mixta. El diagnóstico es principalmente clínico, auxiliado del análisis histopatológico.

En el diagnóstico diferencial para mucocelo puede incluir al Lipoma: neoplasia benigna de células adiposas que se observa como una tumefacción blanda y móvil. Linfagioma: proliferación benigna de vasos linfáticos, clínicamente suelen ser más arracimados y pequeños, son raros en el labio inferior. Hiperplasia fibrosa focal: lesión originada por traumatismo crónico de color semejante a la mucosa que lo rodea. Carcinoma Mucoepidermoide: Tumor maligno carente de cápsula y se presenta en tres variedades: alto grado, grado intermedio y bajo grado. Histológicamente presenta tres tipos de células: células mucosas, epidermoides e intermedias, a la palpación esta lesión es más dura e inmóvil.

La localización más afectada es la superficie mucosa del labio inferior (más del 60%), seguida por la mucosa bucal. La lesión característicamente es fluctuante, pero algunos se pueden sentir firme a la palpación. Se encuentran laterales a la línea media, dado que en la línea media no se encuentran glándulas salivales menores.

La etiología de los mucocelos puede ser por extravasación, que es la ruptura de los conductos salivares; las células acinares siguen secretando saliva al conducto.

Histológicamente el mucocelo presenta mucina rodeada por tejido fibroso y de granulación (fenómeno de extravasación de moco). La inflamación por lo general presenta numerosos histiocitos espumosos (macrófagos). En algunos casos se puede identificar el conducto roto que contribuye a la lesión. Las glándulas salivales involucradas con frecuencia contienen un infiltrado celular inflamatorio y ductos dilatados.¹⁷

Su tratamiento es simple; se hace una incisión de forma elíptica siguiendo la lesión hasta descubrirla, se prosigue a una disección roma, (Figura 8) posteriormente se efectúa la excisión de la patología junto con sus glándulas asociadas, después se socava la mucosa para colocar los puntos de sutura logrando un cierre de manera vertical.²⁰ (Figura 9). El pronóstico es excelente, pero puede haber recidiva si en la cirugía no se reseca la glándula que lo alimentaba. En la literatura también encontramos que se puede resolver de manera espontánea.¹



Figura 8. Se separa la mucosa superficial de la lesión con un instrumento romo, en este caso se utilizaron las pinzas hemostáticas curvas.



Figura 9. Se colocan puntos de sutura con seda 3-0, en forma vertical para no comprometer la estética labial.

Los casos clínicos de mucocelos labiales fueron tratados con la técnica de excisión quirúrgica de la lesión con las glándulas salivales asociadas logrando una recuperación satisfactoria de los pacientes.

Conclusión

Las técnicas quirúrgicas para tratar fenómeno de extravasación de glándulas salivales pueden variar dependiendo del caso. Nosotros utilizamos la técnica de marsupialización para Ránula (dejando como segunda opción de tratamiento la remoción quirúrgica de la lesión junto con la glándula sublingual) y la técnica de excisión quirúrgica para los mucocelos labiales, se observó que hubo una recuperación satisfactoria en los tres casos presentados. Se concluye que estas técnicas presentadas son suficientes para ciertos casos de extravasación de glándulas salivales.

Bibliografía

- 1.-Sapp, P.J., Eversole, L.R., Wysocki, G.P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid, España. Elsevier. 2005:330-365.
- 2.-Burkhardt, N.W. Ránula. RDH. 2008:87-88.
- 3.-Ibsen, O.A.C., Phelan, J.A., Fehrenbach, M.J. Oral pathology for the dental hygienist. USA. Elsevier. 2004:35-85.
- 4.-Neville, B.W., Damm, D.D., Allen, C.M., Bouquot, J.E. Oral and Maxillofacial Pathology. USA. W.B. Saunders Company, 2002:389-435,800.
- 5.-Neville, B.W., Damm, D.D., White, D.K. Color atlas of clinical oral pathology. USA. 2003:249-273.
- 6.-Bonet, F.B., Homs, E.V., Tornil, A.Z., Lagunas, J.G., Mucocelo de la glándula submaxilar: a propósito de un caso. Patología cervical y facial. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005, 10:180-184.
- 7.-Yoshimura, Y., Sugihara, T., Matsuura, R. Plunging ránula: a report of two cases and review of the literature. Oral Surgery. Quintessence International 1989, 20:435-437.
- 8.-Kim, P.D., Simental, A. Salivary Gland Disorders. Springer Berlin Heidelberg. 2007:178-183.
- 9.-Lynch, M.A., Brightman, V.J., Greenberg, M.S. Medicina bucal de Burkei. México. DF. MacGraw-Hill Interamericana. 1996:417-435.
- 10.-Darby, M.L., Olga, A.C. Mosby's Comprehensive Review of Dental Hygiene. China, Mosby. 2002:207-288.
- 11.-Regezi, J.A., Sciubba, J.J., Jordán, R.C.K. Oral pathology, clinical pathologic correlations. USA. Saunders. 2003:183-218.
- 12.-Fragiskos, D.F. Oral Surgery. Springer. 2007:327-336.
- 13.-Peterson, L.J., Hupp, J., Ellis, E., Tucker, M. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. USA. Mosby. 1998:486-509.
- 14.-Abubaker, A.O., Benson, Kenneth, J. Oral and Maxillofacial Surgery Secrets. Philadelphia. Hanley and Belfus INC. 2001:167-184.
- 15.-Cawson, R.A., Odell. E.W. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine. USA. Churchill Livingstone. 2002:255-274.
- 16.-Fonseca, R.J. Oral and Maxillofacial Surgery Vol 5. USA, Saunders. 2000:273-293.
- 17.-Laskaris, G. Patología de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Parte I Enfermedades locales. Quistes no odontológicos. México. Amolca. 2001:88-89
- 18.-Pedlar, J., Frame, W.J. Oral and Maxillofacial Surgery An objective-based textbook. Langdon. Churchill-Livingstone. 2001:195-210.
- 19.-Donado, M. Cirugía Bucal Patología y Técnica. España. Elsevier Masson. 2005: 813-857.
- 20.-Hupp, R.J., Ellis III .E., Tucker, R.M. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. España. Mosby Elsevier. 2008:421-448.