

# Quiz / Mucocele oral

## Quiz / Oral mucocele

Ana Laura Ramírez Terán,<sup>1</sup> Paulina Fernández Rueda,<sup>1</sup> Eduwiges Martínez-Luna,<sup>2</sup> Sonia Toussaint-Caire,<sup>2</sup> María Elisa Vega-Memije<sup>3</sup> y Adalberto Mosqueda Taylor<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

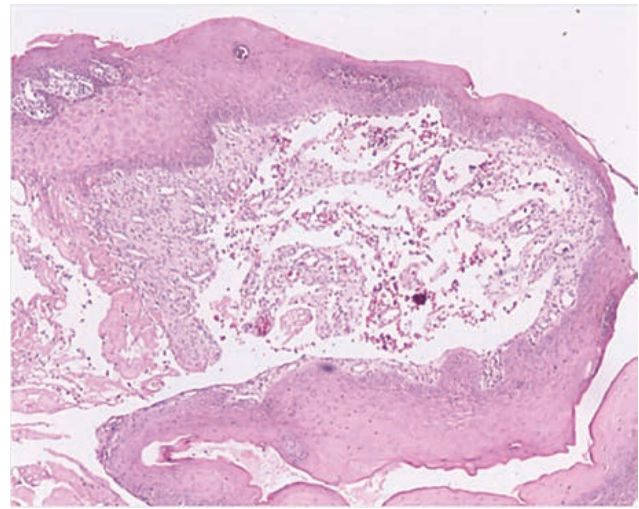
<sup>2</sup> Dermatopatólogas, adscritas al Departamento de Dermatopatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

<sup>3</sup> Patólogo oral, adscrito al Departamento de Patología bucal, UAM Xochimilco, Ciudad de México.

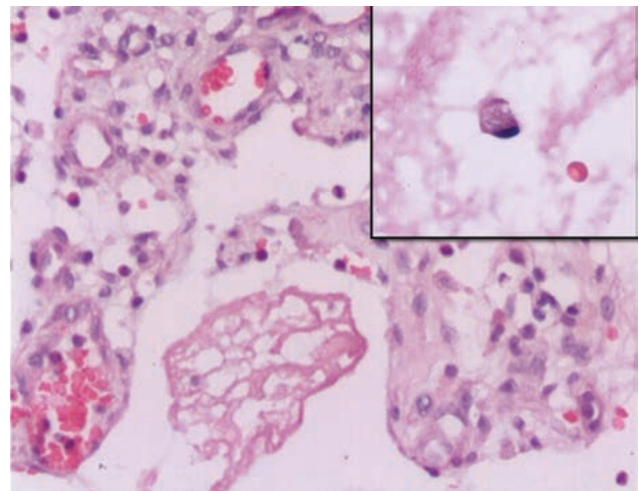
El término mucocele es un híbrido, ya que deriva de la raíz latina *muccus* (moco) y la griega *kele* (acumulación, hernia, tumor). El mucocele es la lesión más frecuente de glándulas salivales, y consiste en un quiste lleno de moco que aparece en la cavidad oral, en sitios donde existen glándulas salivales menores.<sup>1,2</sup> Cerca de 96% de los mucoceles se originan de las glándulas salivales menores del labio inferior, en la lengua sólo se ve en 2.5% de los casos y el 1.5% restante corresponde a las otras localizaciones (carrillos, piso de boca, paladar).<sup>3,4</sup> Aparece en igual proporción en hombres que en mujeres; en las primeras, en



**Figura 1.** Foto clínica. Se observa neoformación hemiesférica, translúcida en cara ventral de lengua.



**Figura 2.** Histopatología. Se muestra lesión exofítica cubierta de epitelio de mucosa, en corión superficial hay un pseudoquiste de extravasación mucosa. En la profundidad del corte se observan haces de músculo estriado característicos de la región anatómica.



**Figura 3.** En el acercamiento se aprecian los lagos de material mucoso. En el recuadro se puede observar un macrófago (mucinóforo).

las tres primeras décadas de vida, pero es más frecuente en la segunda, y son raros en menores de un año. Hay muy pocos reportes de caso de mucocelos congénitos.<sup>5,6</sup> Generalmente son asintomáticos, y sólo 4% de los pacientes refieren dolor.<sup>13,4</sup>

Este caso es poco frecuente, ya que la lengua contiene tres tipos de glándulas salivales menores: las de Von Ebner, las de Weber y las glándulas de Blandin y Nuhn. Las glándulas de Von Ebner son serosas, drenan por pequeños ductos ubicados en la base de las papilas foliáceas. Las glándulas de Weber son mucosas, se localizan a lo largo de los bordes laterales de la lengua y drenan en la cripta de la amígdala lingual, en la región posterior del dorso de la lengua. No se han reportado mucocelos de estos dos grupos de glándulas. Las glándulas de Blandin y Nuhn son mixtas (serosas y mucosas) y se ubican entre los haces musculares de la punta y a cada lado de la línea media, en la superficie ventral de la lengua. Cada glándula mide aproximadamente 8 mm de ancho con una profundidad de 1.2 a 2.5 mm, consisten en varias y pequeñas glándulas independientes compuestas por acinos mucosos y seromucosos. Drenan por cinco a seis pequeños ductos que desembocan cerca del frenillo lingual.<sup>7-11</sup>

De acuerdo con su etiología, se acepta la existencia de dos tipos de mucocelo: por extravasación debido a un traumatismo, o de retención, por obstrucción de los ductos glandulares.<sup>14</sup> El mucocelo por extravasación representa entre 90 y 95%, ocurre mayormente en pacientes jóvenes, entre los 10 y 30 años; y son causados por traumas como mordeduras, microtraumas por tratamientos de ortodoncia o complicación de procedimientos quirúrgicos; y como consecuencia de la ruptura, existe pérdida del contenido de los ductos y acinos de glándulas salivales a tejidos circundantes. Su formación se divide en tres etapas: primero existe un derrame de moco desde el conducto de la glándula salival que se introduce en el tejido; posteriormente existe la formación de un granuloma por cuerpo extraño, o también llamada fase de reabsorción; y finalmente la formación de una pseudocápsula sin epitelio alrededor de la extravasación. Histológicamente son pseudoquistes, pues no presentan epitelio de revestimiento, sino que su pared está formada por una proliferación de elementos fibrosos de origen conectivo.<sup>12</sup>

El mucocelo por retención representa la forma menos frecuente (5%),<sup>3</sup> y afecta a pacientes mayores de 40 años; el mecanismo patológico por el que se producen se encuentra directamente relacionado con una obstrucción de la luz del ducto de la glándula, secundaria a un sialolito o proliferación epitelial, observado con mayor frecuencia a nivel de las glándulas salivales mayores, es decir, en

la mucosa yugal, paladar y piso de la boca.<sup>13</sup> La oclusión parcial y/o intermitente de la zona distal del ducto culminaría en un aumento continuo y ocasionalmente pequeño de la presión interna glandular, lo que ocasionaría dilatación de las estructuras glandulares; mientras que una obstrucción total no es una causa, ya que esto produciría atrofia celular con daño irreversible de su fisiología. Histológicamente se encuentra un epitelio de revestimiento, que concuerda con la hipótesis de su formación, creado por una pared de una capa de células cuboidales o planas, que no es más que un ducto excretor dilatado.<sup>12</sup>

Clínicamente son indistinguibles, pueden estar en la profundidad o en la superficie, estos últimos también denominados clásicos. Las lesiones superficiales localizadas por arriba de la submucosa se presentan como una lesión vesicular que va desde varios milímetros hasta 2 cm de diámetro, con una coloración azul translúcida.<sup>1</sup> Los profundos se encuentran bajo la membrana mucosa, y se manifiestan como tumor del color de la mucosa debido al espesor de los tejidos que las cubren, se trata de una lesión de aparición rápida y permanente, a menos que sea atendida.<sup>2,4</sup>

Es muy relevante el interrogatorio, donde suele referirse el antecedente de trauma unido a una clínica de aparición súbita. El aumento y reducción del tamaño de la lesión, de color azulado, translúcido y de consistencia blanda o renitente nos orientan en el diagnóstico clínico, el cual se debe confirmar mediante el estudio histopatológico.<sup>3</sup> Los diagnósticos diferenciales incluyen lipomas, quistes, abscesos, leiomioma, neurofibromas, linfangioma, lago venoso, cisticercos y tumores malignos de glándulas salivales.<sup>1-4</sup>

El tratamiento es quirúrgico, aunque se han reportado casos que sanaron por sí mismos, relacionados con degeneración y digestión enzimática. El riesgo de recurrencia es de 18%, relacionada con la técnica quirúrgica. La clave para evitar las recurrencias consiste en eliminar el tejido adyacente al acino glandular, evitando dañar las glándulas y ductos adyacentes. Se han intentado otras modalidades de tratamiento, como láser de CO<sub>2</sub>, criocirugía, esteroides de alta potencia tópicos o intralesionales; sin embargo, el estándar de oro continúa siendo el manejo quirúrgico convencional.<sup>13-18</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kumar, R, Hegde, D, Ram, S, Chatra, L. y Shenai, P, "Oral mucocele-diagnosis and management", *J Dent Med Med Sci*, 2012, 2 (2): 26-30.
2. Ata-Ali, J, Carrillo, C, Balaguer, J. y Peñarocha, M, "Oral mucocele: review of the literature", *J Clin Exp Dent*, 2010, 2 (1): e18-21.
3. Baurmash, H, "Mucoceles and ranulas", *J Oral Maxillofac Surg*, 2003, 61: 369-378.
4. Zeballos, R y Numbela, D, "Mucoceles: del diagnóstico al tratamiento", *Rev Bol Dermatol*, 2002, 1(1): 53-56.
5. Rodríguez, H, De Hoyos, R, Cuestas, G, Cambi, J. y Passali, D, "Congenital mucocele of the tongue: a case report and review of the literature", *Turk J Pediatr*, 2014, 56 (2): 199-202.
6. Wong, JE, Ensink, R, Thijs, H. y Van den Hoogen, F, "A congenital mucocele of the anterior dorsal tongue", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2014, 78 (7): 1179-1181.
7. Camargo, M, Bönecker, M, Furuse, C, Thomaz, L, Teixeira, R. y Araujo, V, "Mucocele of the gland of Blandin-Nuhn: histological and clinical findings", *Clin Oral Investig*, 2009, 13: 351-353.
8. Sugerman, P, Savage, N. y Young, W, "Mucoceles of the anterior lingual salivary glands (glands of Blandin and Nuhn): report of 5 cases", *Oral surg. Oral med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod*, 2000, 90: 478-482.
9. Guimarães, M, Hebling, J, Filho, V, Santos, L, Vita, T. y Costa, C, "Extravasation mucocele involving the ventral surface of the tongue (glands of Blandin-Nuhn)", *Int J Pediatr Dent*, 2006, 16: 435-439.
10. Andiran, N, Sarikayalar, F, Unal, O, Baydar, D. y Ozaydin, E, "Mucocele of the anterior lingual salivary glands: from extravasation to an alarming mass with a benign course", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2001, 61: 143-147.
11. Tandler, B, Piukstoffs, C. y Riva, A, "Ultrastructure and histochemistry of human anterior lingual salivary glands (glands of Blandin and Nuhn)", *Anat Rec*, 1994, 240: 167-177.
12. Oliveira, D, Consolaro, A. y Freitas, F, "Histopathological spectrum of 112 cases of mucocele", *Braz Dent J*, 1993, 4 (1): 29-36.
13. Gill, D, "Two simple treatments for lower lip mucoceles", *In J Oral Maxillofac Surg*, 2000, 29: 212-216.
14. Delbem, A, Cuhna, R, Vieira, A. y Ribeiro, L, "Treatment of mucus retention phenomena in children by the micro-marsupialization technique: case reports", *Pediatr Dent*, 2000, 22: 155-158.
15. Pick, R. y Colvard, M, "Current status of lasers in soft tissue dental surgery", *J Periodontol*, 1993, 64: 589-602.
16. Marcushamer, M, King, D. y Ruano, N, "Cryosurgery in the management of mucoceles in children", *Pediatr Dent*, 1997, 19: 292-293.
17. Luiz, A, Hiraki, K, Lemos, C, Hirota, S. y Migliari, D, "Treatment of painful and recurrent oral mucoceles with a high-potency topical corticosteroid: a case report", *J Oral Maxillofac Surg*, 2008, 66: 1737-1739.
18. Kopp, W. y St-Hilaire, H, "Mucosal preservation in the treatment of mucocele with CO<sub>2</sub> laser", *J Oral Maxillofac Surg*, 2004, 62: 1559-1561.