

Rasgos clínicos e histopatológicos de quistes de retención salival

Clinical and histopathological features of salivary retention cysts

Julio Valcárcel Llerandi^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0246-5093>

Adrián Báez Rizo¹ <https://orcid.org/0000-0003-0488-1784>

María del Carmen Fernández González² <https://orcid.org/0000-0002-5376-566X>

¹Hospital Pediátrico Universitario “William Soler Ledea”. La Habana, Cuba.

²Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: maxilojulio@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La formación de los quistes de retención salival denominados mucocele y ránula se encuentran entre las afecciones de las glándulas salivales más frecuentes en edades pediátricas.

Objetivo: Examinar los rasgos clínico e histopatológico de los quistes de retención salival. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de corte trasversal de octubre de 2017 a septiembre de 2019 en 43 pacientes atendidos por consulta externa de maxilofacial del Hospital Pediátrico Universitario “William Soler Ledea” con confirmación histopatológica de quistes de retención salival. Las variables a medir fueron: edad, sexo, etiología, rasgos clínicos, localización y aspecto histopatológico.

Resultados: El mucocele fue el diagnóstico en 83 % de los casos y las diferencias por sexo fueron significativas con afectación mayor para el sexo femenino, la etiología más frecuente fue el mordisqueo del labio con 48,8 %, la localización más frecuente el labio inferior con 72,0 %. Hubo relación significativa entre la etiología y las características histopatológicas.

Conclusiones: El quiste de retención salival más frecuente es el mucocele con predominio en el sexo femenino, de aspecto nodular, tamaño menor de 5 mm; predominó la localización en el labio inferior y de

causa por mordisqueo del labio. Histopatológicamente la ausencia de revestimiento epitelial y presencia de inflamatorio agudo es lo más frecuente.

Palabras clave: quiste de retención salival; mucocele; ránula.

ABSTRACT

Introduction: The formation of salivary retention cysts called mucocele and granula are among the most frequent conditions of the salivary glands in pediatric ages.

Objective: Assess the clinical and histopathological features of salivary retention cysts.

Methods: A retrospective, descriptive and cross-sectional study was carried out from October 2017 to September 2019 in 43 patients with histopathological confirmation of salivary retention cysts attended by the maxillofacial outpatient clinic of "William Soler Ledea" University Pediatric Hospital. The variables to be measured were: age, sex, etiology, clinical features, location and histopathological appearance.

Results: Mucocele was the diagnosis in 83.0 % of the cases and the differences by sex were significant with greater involvement for the female sex, the most frequent etiology was the bite of the lip with 48.8 %, and the most frequent location the lower lip with 72.0 %. There was a significant relationship between the etiology and histopathological characteristics.

Conclusions: The most frequent salivary retention cyst is the mucocele with predominance in the female sex, of nodular appearance, size less than five mm; there was a predominance of localization in the lower lip and caused by the bite of the lip; histopathologically, the absence of epithelial lining and presence of acute inflammation are the most frequent.

Keywords: salivary retention cyst; mucocele; granula

Recibido: 06/09/2021

Aceptado: 30/09/2021

Introducción

Las glándulas salivales tienen como función principal segregar saliva para mantener la humidificación de la mucosa bucal, lubricación de los alimentos, amortiguación del pH; función digestiva, antimicrobiana, excretora de metales pesados y sustancias orgánicas e inorgánicas y sentido del gusto. Se dividen en mayores o principales y menores o accesorias.⁽¹⁾

Las tres enfermedades de las glándulas salivales diagnosticadas con mayor frecuencia son las infecciones, la sialolitiasis y los mucoceles.⁽²⁾

Los mucoceles se clasifican en dos grupos según su mecanismo de producción: mucoceles por extravasación y mucoceles por retención. Los primeros representan la forma más frecuente y suelen presentarse a cualquier edad aunque tiene predilección en niños y adultos jóvenes donde los traumatismos por mordedura del labio inferior o microtraumas por aparatos de ortodoncia constituyen los principales agentes etiológicos.^(3,4,5,6,7,8)

Los mucoceles por extravasación pueden producirse en cualquier lugar de la cavidad bucal, siendo la localización más afectada la superficie mucosa del labio inferior, seguida por la mucosa bucal, el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y el paladar, excepto en la mitad anterior del paladar duro ya que carece de glándulas salivales.^(2,3,9)

Los mucoceles por retención, aunque son menos frecuentes que los de extravasación, aparecen en pacientes de edad avanzada, después de los 50 años, y se localiza en el paladar, piso de boca, mejilla o seno maxilar y raras veces en el labio inferior. Son asintomáticos sin antecedente de traumatismo, ocurre por el acúmulo de sialomucina por obstrucción del conducto excretor. Se observa la formación de una cavidad revestida de células cuboides procedentes de los ductos excretores y en su interior se haya el líquido mucoide.^(2,3)

En ocasiones, las reacciones de extravasación de moco tienen lugar en el suelo de la boca, en su región lateral, a consecuencia de la pequeña rotura de un conducto glandular sublingual accesorio, las que adquieren un aspecto de vientre de batracio, por lo que se denominan ránulas.^(3,10,11,12,13,14)

A pesar de que es una afección relativamente frecuente en la población pediátrica, esta poco documentado en Cuba el estudio epidemiológico, clínico e histopatológico de estas lesiones, por lo que motivó a los investigadores a realizar este estudio con el objetivo de examinar los rasgos clínicos e histopatológicos de los quistes de retención salival.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. La población (N) estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de quiste de retención salival, atendidos en la consulta externa de maxilofacial, de los cuales se seleccionó una muestra no probabilística de 50 pacientes en el Hospital pediátrico Universitario “William Soler Ledea”, en el periodo 2017-2019. La muestra (n) quedó constituida por 43 sujetos ya que 7 registros no estaban completos con la información necesaria para su procesamiento.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, etiología, localización, rasgos clínicos e histopatológicos. Se utilizó como fuente de información los informes de biopsia de los niños con diagnóstico histopatológico de quiste de retención salival, que se complementó con la historia clínica individual.

Los registros de cada paciente se vaciaron en el paquete estadístico SPSS versión 18.0. Se calcularon las frecuencias absolutas y los porcentajes. Se aplicó la prueba de independencia de *Ji* cuadrado con un nivel de significación de 0,05 bajo la hipótesis nula de no asociación entre la etiología y la zona del quiste, y entre la etiología y las características histopatológicas.

Se solicitó por escrito por parte de la dirección docente del hospital, el permiso a los departamentos de anatomía patológica y de registros médicos para acceder a los informes de biopsia y las historias clínicas individuales. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del hospital.

En esta investigación se siguieron rigurosamente los principios éticos relativos a la investigación clínica, los procedimientos de buenas prácticas y el cuidado de los datos (anonimato, confidencialidad y seguridad).

Resultados

En la tabla 1 se muestra que el diagnóstico más frecuente fue el mucocele con 83,7 %, en las edades de 9 a 13 y 14 a 17 con porcentajes de 89,4 y 90,0, respectivamente, en las féminas con 90,0 %. Las diferencias por edad no fueron significativas (*Ji cuadrada*= 2,3; *gl*= 2; *p*= 0,3 no significativo). Las diferencias por sexo sí fueron significativas (*Ji cuadrada*= 4,3; *gl*=1; *p*= 0,03 significativo).

Tabla 1 - Diagnóstico según edades y sexo

Edad	Ránula		Mucocele		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
4 a 8	4	28,5	10	71,4	14	32,5
9 a 13	2	10,5	17	89,4	19	44,1
14 a 17	1	10,0	9	90,0	10	23,2
Total	7	16,2	36	83,7	43	100,0

Sexo	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	3	9,3	29	90,0	32	74,4
Masculino	4	36,3	7	63,6	11	25,5
Total	7	16,27	36	83,7	43	100,0

En la tabla 2 se ilustra que la etiología más frecuente fue el mordisqueo del labio con 48,8 % con diferencias estadísticamente significativas con relación a la etiología y la edad (*Ji cuadrada*=25,6; *gl*= 6; *p*= 0,0003 significativa). La mitad de las hembras se muerden el labio y casi el 46,0 % de los varones, sin que las diferencias entre sexos fueran estadísticamente significativas (*Ji cuadrada*= 6,2; *gl*=3; *p*= 0,6 no significativa).

Tabla 2 - Etiología de los quistes de retención salival según edad y sexo

Edad	Mordisqueo del labio		Aparatos de ortodoncia		Congénitas		Recidivante		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
4 a 8	9	64,2	0	0,0	3	21,4	2	14,2	14	32,5
9 a 13	8	42,1	0	0,0	0	0,0	11	57,8	19	44,1
14 a 17	4	40,0	4	40,0	0	0,0	2	20,0	10	23,2
Total	21	48,8	4	9,3	3	6,9	15	34,8	43	100,00

Sexo	No.	%								
Femenino	16	50,0	4	12,5	1	3,1	11	34,3	32	74,4
Masculino	5	45,8	0	0,0	2	18,1	4	36,3	11	25,5
Total	21	48,8	4	9,3	3	6,9	15	34,8	43	100,0

En la tabla 3 se resume el aspecto clínico de los quistes, en los cuales 97,6 % eran superficiales, el 69,7 % asintomáticos, de aspecto nodular con 62,7 %, localizado en las glándulas salivales menores el 86,0 % y con un tamaño menor de 5 mm con 76,7 %.

Tabla 3 - Aspecto clínico de los quistes

Aspecto clínico		No.	%
Fijación a planos	Superficial	42	97,6
	Planos profundo	1	2,3
Sintomatología	Molestias	13	30,2
	Asintomático	30	69,7
Forma de la lesión	Nodular	27	62,7
	Viente de batracio	7	16,2
	Colapsada	8	18,6
Glándula involucrada	mayores	6	13,9
	menores	37	86,0
Tamaño	Menor de 5 mm	33	76,7
	Mayor de 5 mm	10	23,2

En la tabla 4 se observa que la localización más frecuente es labio inferior (72,0 %) seguido del suelo de boca (11,6 %), de los pacientes con localización en el labio inferior el 67,7 % eran por mordisqueo de la mucosa, de la localización en suelo de boca el 60 % fueron de etiología congénita, las recidivas se encontraron en el 100 % en lengua. Las diferencias entre todas estas variables fueron estadísticamente significativas ($Ji\ cuadrada=35,8; gl= 9; p= 0,0000$ significativa).

Tabla 4 - Pacientes según localización del quiste y etiología

Localización	Mordisqueo del labio inferior n= 21		Aparatos de ortodoncia n= 4		Congénitas n= 3		Recidivante n= 15		Total n= 43	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Suelo de boca	0	0,0	0	0,0	3	60,0	2	40,0	5	11,6
Labio inferior	21	67,7	4	12,9	0	0,0	6	19,3	31	72,0
Carrillo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	3	6,9
Lengua	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	4	9,3
Total	21	48,8	4	9,3	3	6,9	15	34,8	43	100,0

En la tabla 5 se observa que 90,0 % de los quistes no tenían revestimiento epitelial, existe asociación estadísticamente significativa entre el revestimiento epitelial con la etiología ($Ji\ cuadrada= 46,67; gl= 3; p= 0,000$ significativo), pues 51,2 % se mordían el labio inferior y 35,8 % era de causa recidivante. En relación con el infiltrado inflamatorio, 69,7 % tenía un infiltrado inflamatorio agudo, el mordisqueo del labio inferior y la causa recidivante tuvieron los mayores porcentajes con 46,6 y 30 %, respectivamente, hubo una asociación

estadísticamente significativa entre el infiltrado inflamatorio con la etiología (Ji cuadrada = 81,4; $gl=3$; $p=0,03$ significativo).

Tabla 5 - Pacientes según etiología y características histopatológicas

Epitelio de revestimiento	Mordisqueo del labio		Traumatismo aparatos de ortodoncia		Congénitas		Recidivante		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No	20	51,2	4	10,2	1	2,5	14	35,8	39	90,6
Si	1	25,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	4	9,4
Total	21	48,8	4	9,3	3	6,9	15	34,8	43	100,0
Infiltrado inflamatorio										
Agudo	14	46,6	4	13,3	3	10,0	9	30,0	30	69,7
Crónico	7	53,8	0	0,0	0	0,0	6	46,1	13	30,2
Total	21	48,8	4	9,3	3	6,9	15	34,8	43	100,0

Discusión

El estudio de los quistes de retención salival en la actualidad exhibe diferencias entre los autores y varios de ellos han acudido a series de registros de pacientes de muchos años, por ejemplo: el estudio retrospectivo de *da Silveira* y otros,⁽¹⁵⁾ quienes estudiaron 9450 biopsias de las cuales 625 correspondieron a quistes de retención salival para 6,6 %, en edades entre 7 y 14 años para 89,6 %, resultados que son en frecuencia mayor que el de esta investigación y similar para el diagnóstico de mucocele; estos autores no encontraron diferencias significativas por sexo, en nuestra investigación se encontraron diferencias significativas y fue el sexo femenino el más afectado. *Hayashida* y otros,⁽¹⁶⁾ estudiaron una serie de casos de 1980 a 2003, también encontraron porcentajes mayores en el sexo femenino con 60, 1%, sin que las diferencias fueran significativas. Otros autores procesaron los registros de pacientes desde el año 1970 hasta el 2014,⁽¹⁷⁾ y estudian el fenómeno de extravasación de moco, con una frecuencia de 84,3 %, superior en el sexo femenino. En los registros médicos de 64 niños y adolescentes⁽¹⁸⁾ estudiados desde 2005 hasta 2015, no encuentran diferencias significativas según sexo aunque existió un ligero predominio del masculino con 56,3 %.

Yagüe y otros,⁽¹⁹⁾ y *Baurmash*⁽²⁰⁾ informan en sus estudios que no existen diferencias significativas respecto al sexo. Es opinión del autor, que ante tan diversos resultados no podemos concluir cuál es su predominio de

presentación respecto al sexo, aunque en la presente investigación existe una franca superioridad del sexo femenino.

La etiología de los quistes de retención salival tiene diferentes resultados y criterios entre los autores, para *Bezerra*⁽¹⁷⁾ la mayoría de los mucocelos de su estudio ocurrieron en el labio inferior con 67,2 %, resultado algo menor que el nuestro. El trauma en esta región es bastante frecuente, este hecho explica la extravasación de estos en esta zona. Otros autores,⁽¹⁶⁾ publican que 78 % de los quistes se encuentran en el labio inferior.

Resultados diferentes al nuestro⁽²¹⁾ y en un estudio de 1715 casos de mucocelos, 81,9 % se presentaron en el labio inferior y los sitios menos frecuentes eran piso de boca (ránulas 5,8 %), vientre lingual anterior (de las glándulas de Blandin-Nuhn 5,0 %), mucosa bucal 4,8 %, paladar 1,3 % y zona retromolar 0,5 %. En los artículos revisados^(15,17,18) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la etiología, la edad y el sexo.

El aspecto clínico que presentaron los quistes en el estudio de *Bezerra*⁽¹⁷⁾ son en 59,8 %, resultado similar al nuestro, de aspecto nodular; 70,9 % asintomática, cifra relativa mayor que este trabajo; entre 0 y 2 cm en 86,5 % de los casos, el tamaño de las lesiones es mayor que en nuestra investigación.

En ninguno de los artículos revisados se especifica el tipo de glándula salival involucrada, pero se puede inferir por la localización anatómica que pertenecen a las glándulas salivales menores. A pesar de las diferencias entre los diferentes estudios, *More* y otros,⁽²²⁾ plantean que el aspecto clínico del mucocelo tiene una apariencia patognomónica ya que en su mayoría son lesiones nodulares, asintomáticas, de superficie moteada y con variedad de colores que van desde el azul, transparente, rosado, translucido, blancuzco y que pueden ser solitarios o múltiples.

En relación con las características histopatológicas *Yamasoba* y otros,⁽²³⁾ sostienen que debido a la patogénesis, formación y contenido de los mucocelos, se distinguen dos tipos de etiología para esta entidad; el resultante del fenómeno de retención de moco, y el fenómeno de extravasación de moco. En los conductos excretores, en el tipo extravasación, existen uno o varios espacios en el tejido conjuntivo rellenos de un material mucinoso sin revestimiento epitelial, que aparecen rodeados de inflamación crónica, macrófagos cargados de mucina y tejido de granulación. Hay un incremento de la actividad de la amilasa y fosfatasa alcalina, que puede ser un signo de incremento de la actividad de los fibroblastos.

En el tipo de fenómeno de retención, el fluido es rodeado por una bolsa de tejido epitelial consistente en una capa de células cilíndricas, conductos salivales o células cúbicas, lo cual es una combinación de glándulas y túbulos, este tipo de fenómeno en contraste con el de extravasación, no exhibe reacción inflamatoria y posee una bolsa real. El tipo de extravasación es más frecuente en niños.^(18,21,22,24,25)

El quiste de retención salival más frecuente es el mucocele con predominio en el sexo femenino, de aspecto nodular, tamaño menor de cinco mm; predominio la localización en el labio inferior y de causa por mordisqueo del labio; histopatológicamente la ausencia de revestimiento epitelial y presencia de inflamatorio agudo fue lo más frecuente.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez Calzadilla L, Pérez Pérez O, Rodríguez Aparicio A, Mesa Reinaldo B. Afecciones clínico quirúrgicas de glándulas salivales. Mayabeque: Facultad de ciencias médicas.; 2013 [acceso 22/02/2020] Disponible en: <http://files.sld.cu/cirugiamaxilo/files/2013/09/glandulas-salivales.pdf>
2. Delli K, Spijkervet FK, Vissink A. salivary gland diseases: infections, sialolithiasis and mucoceles. Monogr Oral Sci. 2014;24:135-48. DOI: [10.1159/000358794](https://doi.org/10.1159/000358794)
3. Velásquez Reyes V, Cuzcano Díaz M. Mucocele en el labio Inferior Odontol. Sanmarquina. 2011;14(2):29-31. DOI: <https://doi.org/10.15381/os.v14.i2.2930>
4. Hernández Medina FM, Barba Navarro MC, Nieves Juárez MD. Quiste de extravasación de moco: mucocele. Reporte de caso clínico. Rev Mex Estomatol. 2019 [acceso 17/07/2020];6(1):43-4. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/262>
5. Rodríguez CL, Guerrero A, Basurto JC. Fenómeno de extravasación mucosa. Rev Tame. 2019. [acceso 17/07/2020];7(21):835-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/tame/tam-2019/tam1921g.pdf>
6. Peña Cardeles JF, García Guerrero I, Ortega Concepción D, Roble Canteros D, Cerezo Cano A, López-Sánchez AF, *et al.* Mucocele de retención. Revisión a propósito de un caso. Cient Dent. 2020. [acceso 28/07/2020];17(2):93-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7880653>
7. Garcia Benitez S, Fonseca Lozada D, Sosa Lyuis R, Sanchez F. Mucocele de glándulas de Blandin Nuhn. Caso inusual y revisión de la literatura. Odontoestomatología. 2020 [acceso 28/08/2021];22(35):72-9. DOI: [10.22592/ode2020n35a9](https://doi.org/10.22592/ode2020n35a9)
8. Essaket S, Hakkou F, Chbicheb S. Mucocèle de la muqueuse buccale [Mucocele of the oral mucous membrane]. Pan Afr Med J. 2020;35:140. (French). DOI: [10.11604/pamj.2020.35.140.21079](https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.140.21079)
9. Ayhan E, Toprak SF, Kaya Ş, Akkaynak Ş. Dermoscopy of oral mucocele: three types of extravasation mucoceles. Turk J Med Sci. 2020 [acceso 28/08/2021];50(1):96-102. Disponible en: <https://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-20-50-1/sag-50-1-13-1907-56.pdf>

10. Salcedo-Gila C, Rubio-Palau J, Prieto Gundinc A, Iriarte Ortabe JI. Obstrucción de la vía aérea superior por mucocele del suelo de la boca. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2017 [acceso 17/07/2020];39(1):55. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v39n1/1130-0558-maxi-39-01-00055.pdf>
11. Chen JX, Zenga J, Emerick K, Deschler D. Sublingual gland excision for the surgical management of plunging ranula. *Am J Otolaryngol*. 2018;39(5):497-500. DOI: [10.1016/j.amjoto.2018.05.011](https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.05.011). Epub 2018 May 26.
12. Bachesk AB, Bin LR, Iwaki IV, IwakiFilho L. Ranula in children: Retrospective study of 25 years and literature review of the plunging variable. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2021;148:110810. DOI: [10.1016/j.ijporl.2021.110810](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.110810). Epub 2021 Jun 23.
13. Pontes FSC, de Souza LL, Pedrinha VF, Pontes HAR. Congenital Ranula: A Case Report and Literature Review. *J Clin Pediatr Dent*. 2018;42(6):454-457. DOI: [10.17796/1053-4625-42.6.9](https://doi.org/10.17796/1053-4625-42.6.9). Epub 2018 Aug 7.
14. Suresh K, Feng AL, Varvares MA. Plungin granula with lingual nervetether: Case report and literatu rereview. *Am J Otolaryngol*. 2019;40(4):612-614. DOI: [10.1016/j.amjoto.2019.05.017](https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2019.05.017). Epub 2019 May 15.
15. Silveira G, Terra S, Aver LM, Etges A, Chaves S, Neutzling AP. A survey of oral and maxilla facial biopsies in children. A single-center retrospective study of 20 years in Pelotas Brazil. *J App Oral Sci*.2008;16(6):397-402. DOI: [10.1590/s1678-77572008000600008](https://doi.org/10.1590/s1678-77572008000600008).
16. Hayashida A, Zerbinatti DC, Balducci I, Gabral LA, Almeida JD. Mucus extravasation and retentionphenomena: a 24-year study. *BMC Oral Health*. 2010;10:15. DOI: [10.1186/1472-6831-10-15](https://doi.org/10.1186/1472-6831-10-15)
17. Bezerra TM, Monteiro BV, Henriques AC, de Vasconcelos Carvalho M, Nonaka CF, da Costa Miguel MC. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016;82:536-42. DOI: [10.1016/j.bjorl.2015.09.013](https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.09.013). Epub 2016 Jan 6.
18. Lewandowski B, Pakla P, Makara A, Stopyra W, Startek B .Mucoceles of minor salivary glands in children, our own observations. *Dev Period*. 2016;20(3):235-42.
19. Yagüe-García J, España-Tost AJ, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Treatment of oral mucocele–scalpel versus CO2 laser. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 [acceso 17/07/2020];14(9):e469-74. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i9_pe469.pdf
20. Baurmash HD. Mucoceles and ránulas. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(3):369-78. DOI: [10.1053/joms.2003.50074](https://doi.org/10.1053/joms.2003.50074)
21. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th ed. Filadelfia: Elsevier ;2016.

22. More CB, Bhavsar K, Varma S, Tailor M. Oral mucocele: a clinical and histopathological study. *J Oral Maxillofacial Pathol.* 2014 [acceso 28/08/2021];18:S72–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211243/>
23. Yamasoba T, Tayama N, Syoji M, Fukuto M. Clinicostatistical study of lower lip mucoceles. *Haed Neck* 1990;12:320-4. DOI: 10.1002/hed.2880120407
24. Shivani B, Sana S, Rajiv D, Islam A, Pavan P, Pooja P, *et al.* Spectrum of lip lesions in a Tertiary Care Hospital: An epidemiological Study of 3009 Indian patients. *Indian Dermatol Online J.* 2017 [acceso 28/08/2021];8(2):115–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5372431/>
25. Hernández Peña O, Hernández Montero G, Hernández Peña B. Ránula, enfermedad infrecuente de las glándulas salivales. *Rev. cuba. otorrinolaringol. cir. cabeza cuello.* 2020 [acceso 18/07/2020];4(2). Disponible en: <http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses de ningún tipo.

Contribuciones de los autores

Julio Valcarcel Llerandi: conceptualización; curación de datos; análisis formal; creación de la metodología; redacción del borrador original; Redacción – revisión y edición.

Adrian Báez Rizo: curación de datos; análisis teórico; aportes a la metodología; recursos de información (tratamiento de la bibliografía); redacción del borrador original y del resultado final.

María del Carmen Fernández González: curación de datos, recursos de información (tratamiento de la bibliografía); revisión del borrador original.