

01421
331



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

QUISTES DE RETENCIÓN MUCOSA.
REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS:
MUCOCELE Y RÁNULA

T E S I N A

Que para obtener el Título de:
CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

MARÍA DEL CARMEN TRUJANO MIRANDA

DIRECTORA: C. D. ANGELES LETICIA MONDRAGÓN DEL VALLE
ASESORA: MTRA. ROCÍO GLORIA FERNÁNDEZ LÓPEZ

No. B. Juan S. M... [Signature]

MÉXICO, D. F. 2003.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La patología bucal representa un enfoque al diagnóstico y a la comprensión, por lo cual el odontólogo deberá conocer diferentes medios de diagnóstico.

Una vez descubierta la lesión, podemos proceder a establecer un adecuado tratamiento como lo requieren el Fenómeno de Extravasación Mucosa (MUCOCELE Y RÁNULA) de la cavidad oral.

Siendo lesiones comunes en la patología bucal consideradas como benignas, las cuales involucran principalmente a las glándulas salivales menores y a sus respectivos conductos con un mecanismo de desarrollo y criterio histomorfológico de un aumento de volumen causado por la acumulación de moco dentro de los tejidos.

La secreción de las glándulas salivales pueden infiltrarse al tejido circundante y pueden llevar a un infiltrado inflamatorio y tejido de granulación a la formación de un quiste.

Estos quistes pueden llegar a ocurrir a cualquier edad, incluso pueden existir desde el nacimiento aunque su incidencia es menor.

Su eliminación es simple, ya que con una escisión completa de los componentes glandulares, marsupialización o láser se puede llegar a su eliminación total sin ningún problema de recidivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ma. Carmen Trujano

FECHA: 03/00/03

FIRMA: Tamara

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes	1
1.1 Anatomía y Funcionamiento de las Glándulas Salivales	1
1.2 Composición de la Saliva	4
2. Quistes de Retención Mucosa	6
2.1 Mucocele	6
2.2 Ránula	7
2.3 Clasificación	8
2.4 Etiología	8
2.5 Características Clínicas	11
2.6 Características Histológicas	13
2.7 Técnicas Quirúrgicas	14
2.7.1 Enucleación	14
2.7.2 Marsupialización	14
2.8 Diagnóstico Diferencial	15
3. Presentación de Caso Clínico Mucocele	17
3.1 Mucocele Caso Clínico	17
3.2 Interconsulta al Departamento de Cirugía Bucal	18
3.3 Historia Clínica	19
3.4 Exámenes Preoperatorios	22
3.5 Técnica Quirúrgica	22
3.6 Instrumental	22
3.7 Procedimientos Quirúrgicos	23
3.8 Indicaciones Posquirúrgicas	26
3.9 Reporte Histopatológico	28

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c

3.10	Diagnóstico Definitivo	29
4.	Presentación de Caso Clínico Ránula	30
4.1	Diagnóstico Clínico y Diferencial	31
4.2	Historia Clínica	32
4.3	Exámenes Correspondientes	35
4.4	Técnicas Quirúrgicas	35
4.5	Instrumental	35
4.6	Procedimientos Quirúrgicos	36
4.7	Indicaciones Posquirúrgicas	38
4.8	Diagnóstico Definitivo	39
5.	Conclusiones	40
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. ANTECEDENTES

1.1 ANATOMÍA Y FUNCIONAMIENTO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

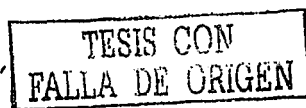
Embriología. Todas las glándulas salivales se desarrollan a partir de un engrosamiento del epitelio del estomodeo primitivo. Estas células epiteliales proliferan en forma de cordones en el ectomesénquima subyacente, terminando en forma de bulbos que se van ramificando y extendiendo de forma progresiva.¹

Las glándulas salivales se dividen en mayores y menores. Las mayores son:

Glándula Parótida: Es la glándula de mayor tamaño y se localiza en el espacio que queda entre el pabellón auricular y la rama ascendente de la mandíbula. Cubre parcialmente el músculo masetero. La glándula está cubierta por un desdoblamiento de la fascia cervical profunda. La glándula en su interior la arteria carótida externa y algunas de sus ramificaciones, la vena retromandibular y sus tributarias especialmente el nervio facial.

El nervio facial sale del cráneo por el foramen estilomastoideo y penetra en la glándula por su polo posterior dividiéndola en dos lóbulos virtuales, dado que en realidad no existe ninguna separación entre ambos. El nervio se divide en el interior de la glándula de una forma variable y sus ramas abandonan en su sector anterior yendo a inervar la musculatura de la mimica.

¹ Guillermo Raspall. *Cirugía Maxilofacial*. Edit Panamericana. edición 1. año 1997, pág. 439-440.



El conducto escretor de la glándula es el conducto de Stenon que la abandona en su cara anterior, circula lateralmente al músculo masetero y en su borde anterior se incurva para desembocar en la mucosa yugal a nivel de la cara vestibular del segundo molar superior. Y sus nodulos linfáticos terminan en los ganglios cervicales superficiales y profundos.²

La secreción es totalmente serosa, su secreción acuosa carece de mucinas. Esta glándula desemboca en el vestíbulo de la cavidad bucal. Y además de su función digestiva lava las partículas de los alimentos de la boca.³

Glándula Submandibular: Se localiza en el triángulo homónimo formado por los dos vientres del músculo digástrico y el borde inferior del cuerpo de la mandíbula estando en su suelo formado por el músculo milohioideo. Está situada por debajo del diafragma de la boca, aunque puede existir una prolongación que sea supramilohioidea. También está rodeada por un desdoblamiento de la fascia cervical profunda.

El conducto excretor de la glándula o conducto de Wharton sigue en dirección ascendente y anterior para desembocar en el canículo lingual junto a la inserción del frenillo lingual. Está en íntima relación con el nervio lingual.⁴

Los ganglios linfáticos de la glándula submandibular drenan en los ganglios cervicales profundos en particular en el ganglio yuquioamioideo. Las venas acompañan a las arterias y la glándula está inervada por fibras

² Ib.

³ Keith L. Moore. *Anatomía con Orientación Clínica*. Edit. Panamericana, edición 4, año 2002, pág. 965.

⁴ Raspall, Op. cit., pág. 440.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

parasimpáticas, presinápticas secretomotora conducida desde el nervio lingual, por el nervio de la cuerda postsináptica del ganglio submandibular. ⁵

Glándula Sublingual: Es la menor de las glándulas, se localiza lateralmente en el piso de la boca cubierta únicamente por la mucosa oral. Queda rodeada por el músculo geniogloso y la cara medial del cuerpo de la mandíbula. El conducto excretor puede ser independiente (conducto de Rivinus), o bien unirse al conducto de Wharton a través de los conductos denominados Bartholino

La irrigación arterial de la glándula sublingual proviene de la arteria de las glándulas sublinguales y submentoneana ramas de las arterias lingual y facial. Los nervios de las glándulas sublinguales siguen a los de las glándulas submandibulares, las fibras parasimpáticas, presinápticas y secreto motoras son conducidas por los nervios faciales de la cuerda del tímpano y lingual hasta que establecen contacto con el ganglio submandibular.⁶

Las glándulas salivales menores se reparten por toda la mucosa de la cavidad oral con excepción de la encía adherida y el sector anterior del paladar duro. La secreción salival varía en cada glándula, ya que cuanto más posterior son las glándulas más mucosas es la secreción. La secreción serosa deriva fundamentalmente de la glándula parótida y de las glándulas de Ebens Von, la secreción mucosa deriva de las glándulas labiales, base de la lengua y paladar.⁷

⁵ Moore. Op. cit., pág. 996.

⁶ Moore. Op. cit., pág. 967.

⁷ Raspall. Op. cit., pág. 440.



1.2 COMPOSICIÓN DE LA SALIVA

La saliva es un líquido claro, insípido, viscoso, segregado por las glándulas salivales de la cavidad bucal. Es el factor más importante que afecta a la inmunidad local. La saliva es importante por la acción mecánica y por la actividad de sus componentes. Mecánicamente la saliva baña las superficies mucosas eliminando bacterias y restos de alimentos a la vez que diluyen los carbohidratos y toxinas bacterianas

Cuando se asocia con el reflejo de la deglución, la saliva barre físicamente las bacterias y los residuos de la mucosa oral. Los componentes antimicrobianos de la saliva incluyen lisozima, lactoferrinas y sistemas enzimáticos similares a sistema peroxidasa.

El flujo también es importante porque ayuda a mantener el pH local por neutralización y dilución de los ácidos procedentes del metabolismo microbiano y por adición de sustratos nitrogenados tales como la urea.⁸

La saliva se compone del 99% de agua, su peso específico es de 1, los electrolitos más importantes que contiene son el sodio, el potasio y el cloro. Y la saliva primaria que segrega en los acinos es isotónica con la sangre por la resorción activa de sodio con resorción pasiva del cloro en los conductos excretores y con una permeabilidad para el agua relativamente pequeña, la saliva se hace hipotónica y su osmolaridad es de 2/3 del plasma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La composición electrolítica de la saliva cambia la cuota de secreción y con el aumento de volumen de secreción aumentan las concentraciones de sodio y cloro, mientras que la concentración de potasio también disminuye, ya que el tiempo disponible para la resorción de sodio o la secreción de potasio está disminuido con el aumento de la cuota de flujo. Su pH en reposo está en el rango de 5 y aumenta con la estimulación hasta 7 u 8.⁹

⁸ Raspall. Pág. 101.

⁹ R. T. Schmidt G. Thews. *Fisiología Humana*. Edit. Interamericana, edición I, págs. 773-774.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. QUISTES DE RETENCIÓN MUCOSA

2.1 MUCOCELE

- Es un fenómeno de extravasación mucosa.
- Es una lesión de la mucosa bucal originada en las glándulas salivales menores.
- Es la lesión más común del labio, que durante la infancia es el quiste de retención de moco, la lesión es un pseudoquiste, que posteriormente presenta revestimiento epitelial. La cual provoca la obstrucción de los conductos escretores.
- Fenómeno de retención de la mucosa, por lo general se acepta que tiene origen traumático, es una lesión que afecta a las glándulas salivales y a los conductos.¹⁰
- Tumefacción causada por una obstrucción del conducto excretor de una glándula salival consistente en una cavidad revestida de epitelio lleno de moco.
- Tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto.
- Quiste de retención de una de las múltiples y pequeñas glándulas salivales de la cavidad oral.

¹⁰ William G. Shafr. *Tratado de Patología Bucal*. Edit. Interamericana, edición 2, año 1986, pág. 575.

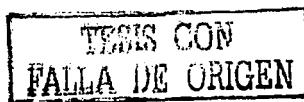
- Estos quistes suelen aparecer en la cara interna de los labios, más en el inferior que en el superior con una dimensión de 4 a 5 cm.

2.2 RÁNULA

- Mucocelo que ocurre en el piso de la boca que se involucra con los conductos de las glándulas salivales.¹¹
- Es otro quiste de retención que se observa en los niños, con frecuencia las ránulas que aparecen en lactancia y preescolares son de origen congénito.
- Estas resultan de la dilatación de los conductos de las glándulas salivales (submandibulares y sublinguales).
- Es una lesión quística gruesa localizada en la porción anterior del piso de la boca.
- Reacción de extravasación de moco, tiene lugar en el piso de la boca a consecuencia de la pequeña ruptura de un conducto glandular submandibular accesorio, presentando un aspecto finamente vascularizado por lo que se conoce como ránula.¹²
- Quiste de retención mucosa del piso de la boca, con una obstrucción ocasionada por un sialolito de un conducto de la glándula submandibular.

¹¹ Regezi Sciubba. *Patología Bucal*. Edit. Interamericana, edición 3, año 1999, pág. 224.

¹² J. Phillip Sapp. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Edit. Harcourt, edición 1, año 1998, pág. 322.



2.3 CLASIFICACIÓN

Los mucocelos más frecuentes se han clasificado en: Mucocelo de extravasación, mucocelo de retención o quiste de retención verdadero, el tipo de extravasación es más común que el quiste de retención.¹³

Los quistes de retención mucosa denominados a veces mucocelos o sialoquistes, son dilataciones llenas de moco similares a aneurismas de los conductos salivales.

Algunas de estas lesiones pueden ser también quistes pero sin continuidad con el sistema ductal. A diferencia del mucocelo rodeado de tejido de granulación, el quiste de retención mucosa está revestido de epitelio. Estos quistes no suelen afectar a las glándulas salivales mayores, cuando lo hacen suelen ser múltiples enfermedades de las glándulas.

Las ránulas según su localización se encuentran en el espacio sublingual del piso de la boca entre el músculo milohiideo y de la mucosa lingual, algunas veces se extienden hacia el espacio submandibular o el submentoneano al perforar el músculo milohiideo lo que formaría a una ránula baja.¹⁴

2.4 ETIOLOGÍA

El mucocelo se considera que guarda relación con el traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales accesorias que producen ruptura

¹³ Roberto J. Gorlin. *Patología Oral*. Edit. Salvat, edición 1, año 1973, pág. 1062.

¹⁴ L. K. Kaban. *Cirugía Bucal y Maxilofacial en Niños*. Edit. Interamericana, edición 1, año 1992, pág. 147.

del mismo, causando una extravasación de moco al estroma de tejido conectivo circundante.¹⁵

La fuga de mucina debido al trauma u obstrucción de los conductos de la glándula salival.

Estas suelen ser traumáticas, ya que la localización más frecuente es el labio inferior como el resultado de una mordedura accidental, también puede presentarse en la mucosa bucal cerca del plano y sobre el labio superior ocasionados por un trauma local.

También es ocasionado por la producción de saliva continua tras el cierre del conducto escretor por cusas inflamatorias, también se forma cuando el conducto principal de una glándula salival menor se rompe con la consiguiente extravasación de moco en el tejido conectivo fibroso circundante de manera que se produce una cavidad semejante a la de un quiste. La pared de esta cavidad está formada por haces comprimidos de fibrillas colágenas y su lumen contiene mucina espesa.¹⁶

Existe una obstrucción parcial al flujo de moco con un lento aumento de la presión debido a la secreción continua por parte de la porción encerrada de la glándula salival. El conducto se dilata, lo cual da lugar a un quiste delimitado por un epitelio de células alargadas o pseudoestratificadas.

Fenómeno de retención mucosa es una lesión común aunque sólo se han manifestado unos pocos estudios que descubren estos aspectos en forma detallada, muchos creyeron que esta lesión resultaba de la obstrucción de un conducto glandular salival menor o accesoria, casi todos los

¹⁵ Regezzi. Op. cit., pág. 223.

mucocelos que son de tipo de extravasación consisten de una cavidad circunscrita en el tejido conectivo y la submucosa que produce una elevación de la mucosa con adelgazamiento del epitelio y por lo tanto no es un quiste verdadero, ya que en vez de esto su pared está formada por un revestimiento de tejido fibroso conectivo.

Si un conducto se rompe, las células acinares siguen secretando saliva al conducto. En el punto de secreción, las secreciones escapan al tejido conjuntivo formando un depósito de moco que distiende los tejidos circundantes. Las glándulas salivales menores del labio inferior son las más propensas a la ruptura de sus conductos por lesiones o mordeduras de la mucosa, aunque puede afectar también las glándulas mucosas menores intraorales e incluso la laringe.¹⁷

La etiología de las rínulas se deben a traumatismos y obstrucciones de los conductos, y esto se debe a cálculos salivales o sialolitos que se localizan en el conducto desde el parénquima hasta el orificio de los conductos excretores por precipitación de sales calcio, predominando alrededor de nidos centrales de restos celulares de mucina espesa.

También pueden surgir de la dilatación de los conductos de las glándulas submandibulares o sublinguales.

Estos pueden llegar a ser peligrosos, ya que pueden llegar a obstruir las vías aéreas, aunque no producen obstrucción directa del flujo salival, ya que se ve limitada por la distensibilidad del tejido circundante.

¹⁶ Ralph McDonald, *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. Edit. Mosby, edición 6, año 1995, pág. 169.

¹⁷ J. P. Hiip Sapp, Op. cit., pág. 332.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

MUCOCELE

El mucocele se presenta como una lesión asintomática de superficie lisa, se observa translúcido o de tono azul y varía de pocos mm a varios cm, cuando es más profundo se observa como una tumefacción difusa menos moderada no traslucida ni presenta tono azul.¹⁸

Se presenta como un crecimiento lento, indoloro redondeado de color azuloso, con aspecto transparente y fluctuante. Las lesiones profundas pueden tener color de aspecto normal. Y un signo clínico es la reducción periódica del agrandamiento debido a la ruptura y liberación de secreción.

El mucocele puede ubicarse tanto en la mucosa superficial, donde típicamente se observa como una vesícula llena de tejido líquido o bien profundamente en el tejido de la mucosa oral.

Su aspecto clínico dependerá también de su localización, las zonas de extravasación mucosa más superficiales se manifiestan como masas fluctuantes de aspecto azulado translúcido. En algunos, el traumatismo puede provocar hemorragias cuando la mucina extravasada se mezcla con eritrocitos, entonces se presenta un mucocele equimótico que puede ser de color azul oscuro o morado, semejando a un hemangioma cavernoso.

Los acúmulos asentados de mayor profundidad pueden manifestarse simplemente como nódulos submucosos blandos o fluctuantes de dolor normal de la mucosa.

¹⁸ Regezzi. Op. cit., pág. 223.

Ránula

La ránula se presenta como una masa de tejido blando fluctuante unilateral en el piso de la boca, con un color liso azulado con grandes variaciones de tamaño.

En lugar de formarse como consecuencia de la extravasación de mucus al tejido conectivo después de la ruptura de un conducto de una glándula salival menor como es el caso del mucocelo, la ránula se forma cuando el mucus es retenido por la cubierta epitelial del conducto de una glándula salival de manera que se forma un quiste por retención. Las ránulas son típicamente masas que se agrandan lentamente, fluctuantes y que se presentan a un lado de la línea media del piso de la boca con aproximadamente 2 ó 3 cm. de diámetro.¹⁹

Sus paredes son delgadas y se va a encontrar también por encima del músculo milohiideo y suprahiideo, pero puede extenderse en dirección hacia atrás en su estructura unilateral. En su luz contiene un líquido viscoso pegajoso mucoceroso, el cual no produce dolor pero si un cólico salival que puede dificultar la locomoción y la masticación. Y en la mayoría de los traumas puede hacerse nodular, más difusa y más firme a la palpación. En el piso de la boca suelen localizarse lateralmente y tienden a ser muy translúcidas con imágenes vasculares muy evidentes en su superficie, pudiendo ser blandas a la palpación que generalmente se presenta como una tumefacción submentoneana.

¹⁹ McDonald. Op. cit., pág. 169.

La ránula sarcoidal de la glándula salival sublingual se puede presentar con una consistencia blanda en la parte inferior de la lengua, esta lesión puede ser totalmente asintomático.

Esta lesión se debe al desorden de granulomas que se encuentran en la glándula sublingual.²⁰

Los mucoceles de las glándulas salivales menores son relativamente comunes, tienen una forma circular son asintomático pero podrían presentar nódulos papulares en el labio inferior.

2.6 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

La cavidad del mucocele está revestida por células epiteliales ductales. El tipo de revestimiento está formado por células epiteliales que varían de pseudoestratificado a una doble capa de células columnares o cuboidales. La luz del quiste contiene tapones de moco o sialolitos. El tejido conectivo de apoyo que forma el resto del quiste sufre inflamación mínima.²¹

También se pueden encontrar depósitos de mucus, linfocitos, macrófagos y neutrófilos rodeados por una cápsula de tejido de granulación.

²⁰ Venkata Raman Vigía Ranford Newman. "Sarcoid ránula" (Oral surgery oral medicine oral pathology), volumen 79, p

²¹ Regezzi. Op. cit., pág. 223.

La ránula se va a presentar según sea su patogenia, ya que su apariencia microscópica de la ránula es igual a la del fenómeno de extravasación, pero la mayor parte de las muestras tomadas de está lesión aparece un líquido espeso mucoseroso rodeado de tejido de granulación. El mucocelo por retención muestra un revestimiento derivado del epitelio del conducto. Dentro del sistema de conductos también se puede reconocer un cálculo salival calcificado, de capas concéntricas y sin células.

2.7 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

2.7.1 ENUCLEACIÓN: Es la escisión total del quiste obtenida bajo una extirpación del techo del quiste, suturando la cápsula del borde del piso de la mucosa después de algún tiempo el borde circular de la herida se contrae pero se forma una vía revestida de mucosa madura para la secreción.

La extirpación de la glándula se realiza por un acceso, haciendo una cánula en el conducto, sutur ndolo después con un catéter de silastic para la identificación, durante la disección se incide el piso de la boca medial del conducto. La glándula se identifica por medio de disección, la rama se tracciona y eleva la parte posterior de la glándula del tejido circundante y se mantiene el nervio lingual y el conducto submaxilar a la vista. Posteriormente, la herida es suturada con catgut crómico de 0000.

2.7.2 MARSUPIALIZACIÓN

Es la eliminación del recubrimiento de la pared quística adyacente y en la evacuación del quiste mediante aspiración y disección suave. Se sutura el reborde de la mucosa al borde incidiendo la pared quística en toda su circunferencia, posteriormente se coloca una gasa en la herida que se debe cambiar a los 3 días de la cirugía para que disminuya el volumen del quiste.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, algunos autores refieren que también existen otras alternativas que pueden resolver con eficacia la eliminación con muy buenos resultados, de las cuales se encuentra el láser, la crioterapia, la micromarsupialización. También algunos combinan al láser con vaporizaciones, el cual es un excelente tratamiento para la eliminación del mucocele, esto es destruyendo todo el tejido enfermo, eliminando a su vez toda posible recurrencia ya que así se evita la eliminación de la glándula salival.²²

2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mucocele del Seno Esfenoides

Los mucoceles del seno esfenoides son raros, pero con una incidencia indeterminada con síntomas dependientes del involucramiento de las estructuras neurooftálmicas con dolor retroorbital, parestesia de los músculos oculares.

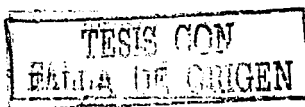
Este mucocele es consecuencia de una sinusitis recurrente que conduce al límite de las fosas nasales y a la formación de un quiste. El mucocele esta formado de una mucosa viscosa.²³

Ránula Sarcoidal

Presencia de granuloma en el tejido salival, esta lesión se debe a un multisistema de un desorden de granuloma que etimológicamente afecta a

²² Daniel E Waite. *Cirugía Bucal Práctica*. Edit. Continental, edición 1, año 1978, págs. 418-420.

²³ Estefano di Girolamo. "Ophthalmoplegia and ptosis as on symptoms of an isolated primary mucocele of the sphenoid sinus" (J Oral maxilofacial surg), págs. 1500-1502, volumen 60, núm 1.



los pulmones, ojos, piel, nódulos linfáticos, glándulas salivales y el sistema nervioso central.²⁴

Quiste Dermoide

Este quiste aparece en muchas regiones del cuerpo, pero cuando surge en el piso de la boca sobre la línea media se cree que se debe al atrapamiento durante el desarrollo embrionario de células multipotenciales o tal vez la implantación de epitelio es la causa del quiste.²⁵

Carcinoma Mucoepidermoide

Es una lesión de la glándula salival cuyo origen es controversia por su conducta biológica y evolución natural. Estas lesiones son tumores epiteliales productoras de mucina, con un desarrollo de células de reservas de los segmentos interlobulares de los conductos salivales, las células neoplásicas contienen glucoproteínas neutras, mucinas ácidas y las células contienen filamentos intermedios de queratina.²⁶

²⁴ Ranford Niuman. "Sarcoid Ránula" (Oral surgery oral Medicine pathology), págs. 449-451, volumen 79, año 1995.

²⁵ Regezi. Op. cit., pág. 321.

²⁶ Regezi. Op. cit., págs. 254-255.

3. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO MUCOCELE

3.1 MUCOCELE CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 4 años de edad que se presentó a la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología para su valoración y tratamiento dental, al interrogatorio indirecto, la madre refiere que la niña presenta una inflamación de 3 meses de evolución en el labio inferior derecho entre el canino y primer molar inferior derecho.

A la exploración física se observó un aumento de volumen de aproximadamente 1cm de diámetro mayor, de crecimiento lento, asintomático y con antecedentes de automordedura en el labio inferior.

A la palpación de consistencia quística, fluctuante, de color rosa azulado bien delimitado no doloroso y no sangrante.



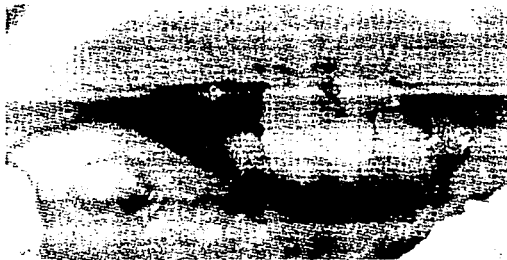
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 INTERCONSULTA AL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA BUCAL

Interconsulta al Departamento de Cirugía Bucal, dando el diagnóstico clínico de: Mucocele (fenómeno de extravasación mucosa) de las glándulas salivales menores.

En donde también se estableció un diagnóstico diferencial:

1. Fibroma por Inflamación
2. Hemangioma



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 HISTORIA CLÍNICA



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
U. N. A. M.
HISTORIA CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: B. G. G. Fecha: 24 de junio de 2003

Edad: 4 años con 7 meses Fecha de Nacimiento: 3 de Noviembre de 1998

Domicilio: Confor # 130 Colonia San Lucas Iztapalapa Teléfono: 56854938

Escuela: XOCHITLANZIN Jardín de Niños Grado: 2

Padre: C. G. S. Ocupación: Pintura

Madre: B. G. Ocupación: Hogar

Pediatra o Médico Familiar: Centro de Salud

Hermanos: Ninguno

Acompañante responsable del tratamiento: Madre

Motivo de la Consulta: Caries y por aumento de volumen inflamación en el labio inferior derecho.

HISTORIA CLÍNICA MÉDICA.

Fecha de la última visita al médico familiar: Hace un año.

Intervenciones quirúrgicas padecidas: Ninguna

Medicamentos que toma regularmente: Ninguno

Problemas durante su embarazo: Ninguno

Ha padecido el niño alguna de las siguientes enfermedades:

- Asma (NO)
- Paladar Hendido (NO)
- Epilepsia (NO)
- Cardiopatías (NO)
- Hepatitis (NO)
- Enfermedades Hepáticas (NO)
- Trastornos del Lenguaje (NO)
- Sarampión (NO)
- Tos ferina (NO)
- Varicela (NO)
- Escarlatina (NO)
- Difteria (NO)
- Tifoidea (NO)
- Paperas (NO)
- Poliomielitis (NO)
- Fiebre Reumática (NO)
- Tuberculosis (NO)

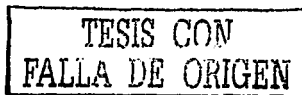
Ha Presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes
(NO)

Antecedentes Familiares Patológicos y no Patológicos

Existe Diabetes e Hipertensión por parte de bisabuelos maternos

Observaciones: La niña presenta aumento de volumen en el labio inferior derecho a la altura del canino y primer molar temporal.

PACIENTE B. G. G. No. INDIVIDUAL 25262



Se realizó consentimiento informado a la madre, por ser menor de edad. El cual versa:

1. Por la presente, autorizo a la Dra. R. F. y/o al facultativo que el designe para que se lleve a cabo el siguiente procedimiento: C. T. M. en: B. G. G.
2. Si surgiera cualquier circunstancia durante el proceso que requiera, a su juicio, procedimientos adicionales o diferentes de aquellos que se contemplen en este momento le solicito y lo autorizo para que proceda de la manera que considere aconsejable.
3. Consiento que se administre anestesia a aplicarse anestesia bajo la dirección de la Dra. R. F. y el facultativo que el designe, así como para que se utilicen aquellas formas de anestesia que el considere aconsejable
4. Por el presente autorizo a la facultad de Odontología de la UNAM para que se preserve con fines científicos o didácticos o para que disponga de cualquier órgano extraído como resultado de los procedimientos autorizados.
5. Consiento para que se utilicen fotografías, películas o televisión sobre: B. G. G. con fines educativos o investigativos o para publicación siempre y cuando su nombre no sea mencionado en relación con dichos usos.

Fecha: 29 de agosto de 2003.

Hora: 12:00 P. M.

Testigo: H. G. M. (Abuela Materna)

Firma de Autorización de la Mamá: B. G. G.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.4 EXÁMENES PREOPERATORIOS

Se realizaron al paciente pruebas de Biometría Hemática, Tiempo de coagulación, Tiempo de sangrado, y T. Parcial de tromboplastina las mismas se encontraron dentro de los valores normales.

3.5 TÉCNICA QUIRÚRGICA

Enucleación de Mucocele: Escisión total del quiste obtenido bajo una extirpación del techo del quiste. Suturando después la cápsula del borde del piso de la mucosa que después de un tiempo el borde circular de la herida se contrae formándose así una vía revestida de mucosa madura para la secreción.

3.6 INSTRUMENTAL

- 1X3
- Jeringa para Anestesia
- Porta Agujas
- Hoja de Bisturí de #15
- Mango de Bisturí
- Electrocauterio
- Sutura Reabsorbible Catgut 0000
- Anestesia Dentocain Mepivacaina y Epinefrina solución inyectable 2% 1:100.000
- Aguja Extracorta 306.030x12 mm.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Gasas
- Suero Fisiológico



3.7 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

- Se realiza la asepsia y antisepsia del campo operatorio
- Se coloca anestesia local infiltrativa (Dentocain Mepivacaina y Epinefrina) solución inyectable al 2%, 1:100.000, con una aguja de calibre 306.030x 12mm extracorta.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Se procede a incidir la mucosa circundante a la lesión en forma ojival.



- Por medio de disección roma se efectúa la separación de mucosa, músculo orbicular y la lesión, disecando el mucocele y la glándula salival accesoria.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Posteriormente durante varios segundos se efectúa la hemostasia con un Electrocauterio.



- Una vez realizada la hemostasia se procede a realizar el cierre.
- Mediante planos, con un material de sutura reabsorbible cadgut 0000, posteriormente se coloca una gasa empapada con suero fisiológico para hacer presión durante 5 minutos para cohibir la hemorragia en su totalidad.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- El espécimen es lavado en agua corriente y posteriormente es sumergido en formaldehído al 10% para su fijación, el cual se rotula y se remite al departamento de patología experimental ubicado en el Instituto de Posgrado de Odontología.



3.8 INDICACIONES POSQUIRURGICAS

Una vez realizada la intervención quirúrgica deberá seguir las siguientes indicaciones que le ayudaran a evitar complicaciones y a promover la cicatrización.

1. La actividad física debe ser eliminada, guardar reposo durante las 24 horas consecutivas a la cirugía.
2. Eventualmente podría presentarse un sangrado, el cual se controla ejerciendo presión firme mediante una gasa sobre el sitio sangrante durante 5 minutos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. Cierta grado de malestar podría presentarse. Para eliminarlo se deberá tomar el analgésico en forma que se le indico (Tylenol paracetamol gotas 80mg/0.8ml) 1 gotero cada 12 horas.
4. Realizar los fomentos y lavados que se le recomendó durante las 48 horas siguientes.
5. Es muy factible que se pudiera presentar alguna equimosis (moretón), lo cual disminuirá con fomentos calientes.
6. Deberá regresar estrictamente a los 8 días para revisión y retiro de los puntos de sutura o verificar que se han reabsorbido en su totalidad.



Facultad de Odontología
SERVICIO DE DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

Estudio Núm 721-03 Fecha 28-08-03 Edad: 4
Nombre del paciente Guerrero Garcia Brenda. Sexo: F
Solicitó el estudio Dr(a)Carmen Trujano.

Adscripción:

Diagnóstico clínico Mucocele.

Area de localización. Labio inferior.

Naturaleza del espécime Inflamatoria.

Descripción macroscópica:

Se recibe fragmento único de tejido blando, de forma y superficie irregular, color café claro, consistencia blanda, que mide 0.6 x 0.5 x 0.3 cm. Se incluye en su totalidad en Capsula F. O. 721-03.



Descripción microscópica:

El espécimen examinado se encuentra formado por mucosa extravasada encimizada con infiltrado inflamatorio mixto y tejido conjuntivo fibroso denso y laxo, abundantemente vascularizado; hacia la base se observan acinos glandulares mucosos, tejido nervioso muscular estriado y hemorragia reciente. Cubierto por epitelio escamoso estratificado para e hiperparakeratinizado, con áreas de acantosis, edema inter e intracelular, pleomorfismo celular y migración de leucocitos.

Diagnóstico: Compatible con mucocele.

ICD 9. 527.6 Loc.: 2.2 Tipo: 2.2

Mtra. Beatriz C. Aldape Barrios

Comentarios:

C. O. Doctor Espiraso Ortiz

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.9 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

El diagnóstico definitivo del espécimen fue diagnosticado por el laboratorio de patología clínica experimental de la unidad de Posgrado de Odontología.

A los 8 días de haber realizado la cirugía la niña fue valorada, encontrándose en óptimas condiciones, sin ninguna apariencia de recidiva de la lesión.

La niña fue citada hasta los 3 meses para mantenerla en observación por si se llegara a tener alguna recidiva de la lesión.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO RÁNULA

Paciente de aproximadamente 10 años de edad, el cual se presenta a la clínica de cirugía bucal con un aumento de volumen en el piso de la boca del labio derecho, unilateral limitado por el frenillo lingual, de crecimiento lento de 3 cm. de diámetro mayor, de color rosado azulado, translúcido fluctuante con cólico salival, y además también el conducto de wharton del lado derecho no se encuentra permeable.

Se efectúa una punción con aguja hipodérmica de 5ml de 216x32mm (0.80mm x 1 ¼) obteniéndose un liquido viscoso y mucoso de un color amarillento.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y DIFERENCIAL

El diagnóstico clínico dado por la Dra. R. F. L. fue de que se trataba de una ránula.

Diagnóstico Diferencial

Quiste Dermoide: El cual se presenta en la línea media pudiéndose localizar por encima o por debajo de los músculos milohiideo y geniogloso, a la palpación se aprecia una masa de consistencia como de masilla, su tamaño varía ya que puede ir desde .5 a 10 cm de diámetro mayor. Estos quistes suelen ser de paredes gruesas y contienen material caseoso y queratina.

Hemangioma: Se encuentra con frecuencia en la mucosa oral, pero se dan menos en el tejido conectivo y muscular y raramente en el hueso. Histológicamente suelen tener una gran proliferación de células endoteliales que normalmente forman espacios de tipo quísticos tapizados de células endoteliales y llenas de eritrocitos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.2 HISTORIA CLÍNICA



VEYDICAL NACIONAL
AVIAMA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.
HISTORIA CLINICA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: C. G. L. Fecha: 19 de junio de 2003

Edad: 10 Años Fecha de Nacimiento: 14 de Agosto de 1993

Domicilio: Cda. del Olivar # 23 Col. Alfonso XIII Teléfono: 55636249

Escuela: Amado Nervo Grado: 4 Año

Padre: J. G. M. Ocupación: Empleado

Madre: M. L. Ocupación: Hogar

Pediatra o Médico Familiar: Centro de Salud

Hermanos: Ninguno

Acompañante responsable del tratamiento: Madre

Motivo de la Consulta: Caries, y por un aumento de volumen en el piso de la boca del lado derecho.

HISTORIA CLINICA MÉDICA.

Fecha de la última visita al médico familiar: Hace un año.

Intervenciones quirúrgicas padecidas: Ninguna

Medicamentos que toma regularmente: Ninguno

Problemas durante su embarazo: Ninguno

Ha padecido el niño alguna de las siguientes enfermedades:

Asma (NO)

Paladar hendido (NO)

Epilepsia (NO)

Cardiopatías (NO)

Hepatitis (NO)

Enfermedades Hepáticas (NO)

Trastornos del Lenguaje (NO)

Sarampión (NO)

Tos ferina (NO)

Varicela (NO)

Escarlatina (NO)

Difteria (NO)

Tifoidea (NO)

Paperas (NO)

Poliomielitis (NO)

Fiebre Reumática (NO)

Tuberculosis (NO)

Ha Presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes
(NO)

Antecedentes Familiares Patológicos y no Patológicos

Existe Diabetes e Hipertensión por parte de abuelos paternos

Observaciones: El niño presenta un aumento de volumen en el piso de la boca del lado derecho.

PACIENTE C. G. L. No. **INDIVIDUAL** 59785

Se realizó consentimiento informado a la madre, por ser menor de edad. El cual versa:

1. Por la presente, autorizo a la Dra. R. F. y/o al facultativo que el designe para que se lleve a cabo el siguiente procedimiento: C. T. M. en: C. G. L.
2. Si surgiera cualquier circunstancia durante el proceso que requiera, a su juicio, procedimientos adicionales o diferentes de aquellos que se contemplen en este momento le solicito y lo autorizo para que proceda de la manera que considere aconsejable.
3. Consiento que se administre anestesia a aplicarse anestesia bajo la dirección de la Dra. R. F. y el facultativo que el designe, así como para que se utilicen aquellas formas de anestesia que el considere aconsejable
4. Por el presente autorizo a la Facultad de Odontología de la UNAM para que se preserve con fines científicos o didácticos o para que disponga de cualquier órgano extraído como resultado de los procedimientos autorizados.
5. Consiento para que se utilicen fotografías, películas o televisión sobre: B. G. G. con fines educativos o investigativos o para publicación siempre y cuando su nombre no sea mencionado en relación con dichos usos.

Fecha: 24 de junio 2003.

Hora: 12:00 P.M.

Firma de autorización de la madre: M. L.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3 EXÁMENES CORRESPONDIENTES

Se realizaron al paciente pruebas de biometría hemática, química sanguínea las mismas que se encontraron dentro de los valores normales.

4.4 TÉCNICA QUIRÚRGICA

Marsupialización de ránula la cual consiste en la eliminación del recubrimiento de la pared quística y evacuación del quiste mediante aspiración y disección suave, posteriormente se procede a realizar la suturación de todo el reborde de la mucosa.

4.5 INSTRUMENTAL

- 1x3
- Jeringa para Anestesiar
- Anestesia
- Aguja
- Pinzas de mosco
- Porta Agujas
- Hoja de Bisturí de #15
- Mango de Bisturí
- Sutura reabsorbible cadgut 0000

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Suero
- Gasa



4.6 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

- Se programa para la intervención quirúrgica de marsupialización en donde se realiza una previa asepsia y antisepsia de todo el campo quirúrgico.
- Se coloca un anestésico local (Regional) para bloquear a los nervios correspondientes como por ejemplo al nervio lingual ya que es la zona donde se va a realizar la cirugía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Se procede a realizar una incisión en forma circular en el piso de la lesión.



- Se efectúa la eliminación del quiste dejando el epitelio del piso del quiste como recubrimiento de la mucosa.
- Posteriormente se procede a localizar el conducto escretor obstruido, y después se procede a dilatar el conducto con diferentes sondas de calibre mayor.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Una vez dilatado el conducto se coloca un pen ross para favorecer y permitir el drenaje de la secreción salival al momento de la cicatrización.



4.7 INDICACIONES POSQUIRÚRGICAS

1. Deberá seguir las siguientes indicaciones que le ayudaran a evitar complicaciones y a promover la cicatrización.
2. Los primeros pasos en la cicatrización son ayudados manteniendo los tejidos en reposo.
3. La actividad física debe ser limitada, guardar reposo durante las primeras 24 horas consecutivas a la operación.
4. Eventualmente podrá ocurrir un sangrado, el cual se puede controlar ejerciendo presión durante 5 minutos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Cierta grado de dolor puede presentarse. Para eliminarlo deberá tomar el analgésico que se le fue indicado.
6. No deberá preocuparse por las suturas ya que se retiraran a los 8 días.
7. Es factible que se pueda presentar una equimosis (moretón) después de los primeros días, lo cual disminuirá con fomentos calientes.

4.8 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

El diagnóstico realizado por la Dra. R. F. L. del Departamento de Cirugía Bucal fue de una ránula. A los 8 días que se le revisó al paciente para eliminar el pen ross se observó que el paciente estaba en óptimas condiciones sin ninguna evidencia de recidiva.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Son innumerables las situaciones que se nos pueden presentar, ya que la patología bucal es tan extensa y tan llena de diversos criterios que tal vez tendríamos que estar una vida entera llenándonos de conocimientos. Sin embargo, el progreso que hoy en día ha tenido la Odontología ha sido notable.

Lo cual ha permitido saber diferenciar ciertas lesiones de la mucosa, como es el caso de los quistes de retención mucosa, las cuales hoy por hoy son tratadas como lesiones benignas alterando el funcionamiento de las glándulas salivales por problemas traumáticos, virales o bacterianos.

Pero también es importante crear conciencia en los padres para que valoren la importancia de la salud bucal de sus niños, ya que en la actualidad existe una gran potencialidad de que los conductos salivales puedan sufrir cualquier tipo de alteración pudiendo llegar a ser de gran riesgo para la salud bucal del niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bruce Sander. *Cirugía Bucal Maxilofacial Pediátrico*. Edit. Mundi, edición 1, año 1984.

Gaiton. *Tratado de Fisiología Médica*. Edit. MC Graw Holl Interamericana, edición 9, año 2001.

Guralnick Walter C. *Tratado de Cirugía Oral*. Edit. Salvat, edición 1, año 1993.

Fuentes Santoyo Rogello. *Anatomía Humana Genera*. Edit. Trillas, edición 1, año 1997.

J. Gorlin Roberto. *Patología Oral*. Edit. Salvat, edición 1, año 1973.

Horch H. H. *Cirugía Oral Y Maxilofacial TII*. Edit. Masson, edición 2, año 1996.

L. K. Kabam. *Cirugía Bucal y Maxilofacial* Pediátrica. Edit. Interamericana, edición 1, año 1992.

Laskaris George. *Patología de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes*. Edit. Actualidades médico odontológicas, edición 1, año 2001.

E. McDonald Ralph. *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. Edit. Mosby, edición 6, año 1995.

L. More Keith. *Anatomía con Orientación Clínica*. Edit. Panamericana, edición 4, año 2002.

Regezzi Sciubba. *Patología Bucal*. Edit. Interamericana, edición 3, año 1999.

Saspall Guillermo. *Cirugía Maxilofacial*. Edit. Panamericana, edición 1, año 1997.

J. Philip Sapp. *Patología Oral y Maxilo Facial Contemporánea*. Edit. Harcourt, edición 1, año 1986.

G. Shafr William. *Tratado de Patología Bucal*. Edit. Interamericana, edición 2, año 1986.

Stefano Di Girolamo. "Ophthalmoplegia and ptosis as on Symptoms of an island primary mucocele of the spenadsinus" (J. oral maxillofacial surg). Págs. 1500-1502, volumen 60, núm. 1.

Ranford Newman "Sarcoi Ránula" (Oral Surgery Oral Medicine oral Pathology). Págs. 449-451, volumen 79, año 1995.