



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

QUISTES DE RETENCIÓN MUCOSA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

HÉCTOR ARIAS VILLAVICENCIO

DIRECTORA: C.D. CLAUDIA MAYA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

MÉXICO D. F.

ABRIL 2005

m342879

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN

I GENERALIDADES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.	III
II COMPONENTES DE LA SALIVA.	VII
III CLASIFICACIÓN DE QUISTES DE ACUERDO A SU ORIGEN.	X

CAPÍTULO I

1.0 MUCOCELE	1
1.1 DEFINICIÓN.	1
1.2 EPIDEMIOLOGÍA	2
1.3 HISTOPATOLOGÍA	3
1.4 ETIOPATOGENIA	9
1.5 CLÍNICA.	10
1.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.	15
1.7 TRATAMIENTO.	16

CAPÍTULO II

2.0 RÁNULA	17
2.1 DEFINICIÓN	17
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.	18
2.3 HISTOPATOLOGÍA.	18
2.4 ETIOPATOGENIA .	19
2.5 CLASIFICACIÓN.	19
2.6 CLÍNICA.	20

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

NOMBRE: Ariel Villavicencio

Héctor

FECHA: 12/02/05

FIRMA: 

2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	21
2.8 TRATAMIENTO	22

CAPÍTULO III

3.0 QUISTE MUCOSO DEL SENO MAXILAR.	23
3.1 DEFINICIÓN	27
3.2 EPIDEMIOLOGÍA.	28
3.3 HISTOPATOLOGÍA .	28
3.4 ETIOPATOGENIA.	28
3.5 CLÍNICA	29
3.6 DATOS RADIOGRÁFICOS	30
3.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	31
3.8 TRATAMIENTO	31

CAPÍTULO IV

4.0 CASO CLÍNICO QUISTE MUCOSO EN SENO MAXILAR	32
--	----

CAPÍTULO V

5.0 CONCLUSIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

INTRODUCCIÓN.

Quistes de retención mucosa.

La patología bucal es de gran interés para el cirujano dentista como formación indispensable para el diagnóstico temprano y manejo de lesiones de cavidad bucal y macizo facial.

Los quistes de las glándulas salivales son: extravasación de moco, quiste por retención de moco, ránula, mucocele del seno maxilar, quiste y pseudoquiste por retención en el seno maxilar, sialometaplasia necrosante, afección de la glándula salival inducida por radiación e hiperplasia adenomatoide. Nosotros revisaremos las de mayor incidencia, en relación a la práctica profesional del cirujano dentista que son:

- Ránula.
- Mucocele.
- Quiste en seno maxilar.

Refiriéndonos específicamente al fenómeno de retención mucosa, las glándulas salivales se relacionan con una obstrucción o una lesión de la misma, sufriendo una degeneración atrófica y necrosis con sustitución del parénquima por células inflamatorias y en último lugar puede ocurrir una cicatriz fibrosa, infecciones bacterianas o víricas de la glándula o reacciones inmunológicas, que pueden culminar en los mismos procesos degenerativos. Las enfermedades que se consideran reactivas no son infecciosas ya que, se presenta como respuesta a traumatismos o a la obstrucción del flujo salival, de las cuales algunas son de etiología desconocida¹

Los quistes de retención mucosa son muy comunes en la patología bucal, considerados como benignos los que involucran principalmente a las glándulas salivales menores y a sus respectivos conductos con un mecanismo de desarrollo y criterio histomorfo de aumento de volumen causado por la acumulación de moco dentro de los tejidos. Estos quistes pueden llegar a ocurrir a cualquier edad incluso pueden existir desde el nacimiento aunque su incidencia es menor, presentándose con igual frecuencia en ambos sexos y en todas las edades, el mayor porcentaje se localiza en la mucosa labial inferior, otras localizaciones aunque de menor incidencia son; la mucosa bucal, el paladar, la parte ventral de la lengua, el piso de boca entre otras.²

Son el resultado de la obstrucción parcial de un conducto que causa su dilatación sin ruptura clínicamente, son masas de crecimiento lento indoloro circunscritos y fluctuantes. El tamaño de la anomalía varía de 3 a 10 mm. y a la palpación es móvil, indolora y casi siempre sin alteración inflamatoria periférica; la mucosa que lo cubre esta intacta y posee un color normal. Las malformaciones situadas a mayor profundidad tienden a ser más firmes y difusas.³

Los mucocelos orales representan la patología más usual de las glándulas salivales menores y en conjunto corresponden un 5.6 % de todas las biopsias bucales que se realizan, la prevalencia es elevada encontrándose 2.5% de mucocelos por cada 1000 personas. Los distintos tipos de mucocelos se diferencian por su patógenia, hallazgos microscópicos y por sus características clínicas. El mucocelo es un fenómeno de retención de las glándulas salivales menores, y la ránula es un fenómeno de retención de la glándula sublingual, por lo que es necesario el conocimiento adecuado para diagnosticar y dar tratamiento a estos tipos de patologías las que se mencionaran en la presente tesina.²

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

Las glándulas salivales actúan fundamentalmente en la producción y secreción de saliva, funciones que se conocen desde hace tiempo, solo recientemente con el progreso de los conocimientos científicos en los distintos campos de la odontología se confirma, la importancia que juegan estas glándulas en la cavidad bucal, que pertenecen al complejo sistema estomatognático.⁴

Dentro de la patología maxilofacial existe un bajo porcentaje de patologías que involucran a las glándulas salivales, las cuáles se clasifican en mayores y menores, las que se componen embriológicamente de la siguiente manera: todas las glándulas salivales se desarrollan apartir del engrosamiento del epitelio estomodeo primitivo estas células proliferan en forma de cordones en el ectomesenquima subyacente terminando en forma de bulbos que se van ramificando y extendiendo de forma progresiva.

Las glándulas salivales menores en número aproximado son de 600 a 1000, se reparten por toda la mucosa de la cavidad bucal con excepción de la encía adherida y la zona anterior del paladar duro, la secreción glandular varía en cada glándula, ya que cuanto más posterior sean las glándulas mayor es la secreción.⁵

Las glándulas salivales mayores se dividen en tres pares que son: la glándula parótida, submandibular y sublingual, dentro de sus principales características encontramos:

Glándula parótida: La glándula parótida, es la primera en aparecer, comienza a desarrollarse a las cuatro o seis semanas de vida embrionaria. Como elemento relacionado con el desarrollo de la glándula parótida hemos de considerar al nervio facial. En las primeras semanas la mayoría de los túbulos y yemas glandulares que se están formando, se sitúan por fuera del nervio facial.

Cuando el embrión tiene 50 mm, de tamaño aproximadamente, se puede calcular que un 80% del tejido parotídeo embrionario está situado por fuera de dicho nervio. A partir de los 60 mm. comienza a ser rodeado el nervio por el parénquima glandular en desarrollo, hasta que finalmente, es englobado en su interior quedando una especie de espacio perineural que se utiliza como plano de referencia en la cirugía de la parótida.⁴ 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 esta cubierta por un desdoblamiento de la fascia cervical profunda, la glándula incluye en su interior a la arteria carótida externa, la vena retromandibular y sus tributarias y al nervio facial. Como referencia anatómica en el tratamiento de la glándula salival parótida es importante mencionar que, el nervio facial emerge del cráneo por el agujero estilomastoideo y penetra en la glándula en su polo posterior dividiéndola en dos lóbulos virtuales, dado que no existe ninguna separación real entre ambos. El nervio se divide en el interior de la glándula de una forma variable y sus ramas abandonan en su sector anterior que va a inervar la musculatura de la mímica.⁵

El conducto excretor de la glándula, es el conducto parotídeo (Stenon) que la abandona en su cara anterior, circula lateralmente al músculo masetero y en su borde anterior, emergiendo en la mucosa yugal a nivel de la cara vestibular del segundo molar superior y sus nódulos linfáticos terminan en los ganglios cervicales superficiales y profundos, la secreción es totalmente serosa, carece de mucinas, su función digestiva es la de lavar las partículas de los alimentos de la boca.⁶

Glándula submandibular : Hace su aparición por proliferaciones epiteliales en el surco lingual. Se forma hacia la sexta semana de vida embrionaria a expensas del estomodeo que se va hundiendo en el mesénquima del piso de boca. La extremidad de este esbozo pronto presenta ramificaciones de cuyos extremos se originarán los futuros acinos. La glándula sublingual y las glándulas salivales menores se empiezan a desarrollar entre la 8 y 12 semanas.

Se localiza en el triángulo homónimo formado por dos vientres del músculo digástrico y el borde inferior del cuerpo de la mandíbula, estando en el piso de la boca formado por el músculo milohioideo, situada por el diafragma de la boca, aunque puede existir una prolongación que sea supramilohioidea, también, esta rodeada por un desdoblamiento de la vaina cervical profundo.⁴

El conducto excretor de la glándula sigue en dirección ascendente y anterior para emerger en la carúncula lingual, en íntima relación a la zona de inserción del frenillo lingual, por lo tanto su relación es íntima con el nervio lingual.⁵

Los ganglios linfáticos de la glándula submandibular drenan en los ganglios cervicales profundos, las venas acompañan a las arterias y a la glándula que esta inervada por fibras parasimpáticas, presinápticas secreto motoras conducida desde el nervio lingual, por el nervio de la cuerda postsináptica del ganglio submandibular.⁶

Glándula sublingual: La glándula sublingual es la más pequeña de las glándulas salivales mayores. Situada en el piso de la boca, pesa 3 gramos aproximadamente. Formada por una aglomeración de glándulas, posee tantos conductos excretores como pequeñas glándulas. Se encuentran de 15 a 30 conductos excretores.

El más voluminoso es el de Rivinus o Bartholino que desemboca en la carúncula sublingual. Los otros conductos denominados de Walther son pequeños y cortos y terminan por fuera del conducto de Rivinus, 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 o bien unirse al conducto de Wharton a través de los conductos de Bartholino.⁴

La irrigación arterial de la glándula sublingual proviene de las arterias lingual y facial, los nervios de las glándulas sublinguales siguen a los de las submandibulares, las fibras parasimpáticas, presinápticas y secretomotoras son conducidas por los nervios faciales de la cuerda del tímpano y lingual a la que establecen contacto con el ganglio submandibular, la secreción serosa deriva fundamentalmente de la glándula parótida y de las glándulas de Evens Von.⁵

II . COMPONENTES DE LA SALIVA.

El término saliva es usado indistintamente para describir la combinación de fluidos en la cavidad bucal. En un aspecto estricto se refiere únicamente al fluido hipotónico secretado por las glándulas salivales. Expresiones como saliva total, mixta y fluidos orales son usados con propósitos científicos para representar la combinación de fluidos en la boca. La saliva mixta o total es la que proviene de las glándulas salivales mayores y menores, junto con el exudado gingival (fluido crevicular), microorganismos y restos celulares.⁷

Una producción constante de saliva, con un promedio en el flujo de 1-3 ml/min, es secretada con características específicas en respuesta a un grupo diversos de estímulos. Las variaciones en el porcentaje de flujo saliva (hiposalivación/xerostomía vs hipersalivación/sialorrea) y la composición y síntesis de proteínas que forman la saliva total han sido estudiadas por muchos años.⁷

La saliva es un líquido de la cavidad bucal, producido por las glándulas salivales, transparente, de viscosidad variable, compuesto principalmente por agua, sales minerales y algunas proteínas.

Se estima que la boca está humedecida por la producción de entre uno y dos litros de saliva al día. Esta cantidad de saliva es variable ya que va disminuyendo conforme avanzan los años y debido a diferentes tratamientos.⁷

COMPOSICIÓN Y FUNCIONES DE LA SALIVA

La saliva está compuesta por: agua, iones de cloruro, bicarbonato de sodio, moco, lisozima y enzimas, encontrando las siguientes funciones:

a) Agua: Representa un 95% de su volumen, en la que se disuelven el 5% restante formado por sales minerales como iones de sodio, potasio, cloruro, bicarbonato y fosfatos. El agua permite que los alimentos se disuelvan y se perciba su sabor en el sentido del gusto.

b) Iones cloruro: Activan la amilasa salival o ptialina.

c) Bicarbonato y fosfato: Neutralizan el pH de los alimentos ácidos y de la corrosión bacteriana.

d) Moco: Lubrica el bolo alimenticio para facilitar la deglución y que pueda avanzar a lo largo del tubo digestivo, sin dañarlo.

e) Lisozima: Es una sustancia antimicrobiana que destruye las bacterias contenidas en los alimentos, protegiendo en parte los dientes de las caries y de las infecciones.

f) Enzimas: Como la ptialina, que es una amilasa que hidroliza el almidón parcialmente en la boca, comenzando la digestión de los hidratos de carbono.⁸

La saliva es un líquido claro, insípido, viscoso, secretado por las glándulas salivales de la cavidad bucal. Es el factor más importante que afecta la inmunidad focal. La saliva es importante por la acción mecánica y por la actividad de sus componentes; mecánicamente la saliva baña las superficies de las mucosas eliminando bacterias y restos de alimentos, a la vez que diluye a los carbohidratos y toxinas bacterianas.⁴

Cuando se asocia con el reflejo de la deglución, la saliva barre físicamente las bacterias y los residuos de la mucosa bucal, los componentes antimicrobianos de la saliva incluyen lisocima, lactoferrina, y sistemas enzimáticos similares al sistema peroxidasa.

El flujo también es importante ya que ayuda a mantener el pH local, por la neutralización y dilución de los ácidos procedentes del metabolismo microbiano y por adición de sustratos nitrogenados tales como la urea.⁶

La saliva se compone de 99% de agua, su peso específico es de 1 mol, los electrolitos más importantes que contiene son el sodio, potasio, y el cloro. 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 dos tercios a la del plasma.⁹

III. CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL DE ACUERDO A SU ORIGEN:

I Quistes odontogénicos

a) Quistes foliculares

1. Quiste primordial.
2. Quiste dentigero.
3. Quiste multilocular.

b) Quistes periodontales

1. Quiste radicular.
2. Quiste residual
3. Quiste lateral.
4. Quiste gingival.

II. Quistes no odontogénicos.

a) Quistes fisulares

- a. Quistes mediales.
- b. Quistes glóbulo maxilares
- c. Quiste nasoalveolar.
- d. Quiste nasopalatino.

b) Quistes óseos.

c) Quistes de retención.

- a. Mucocele.
- b. Ránula.

d) Quistes disodontogénicos.

- a. Quiste dermoide.
- b. Quiste de la hendidura braquial.
- c. Higroma quístico
- d. Quiste del conducto tirogloso ¹⁰

CAPÍTULO I

1.0 MUCOCELE

Es una lesión común de la mucosa oral que es el resultado de la ruptura de un conducto de la glándula salival y la acumulación de mucina alrededor de los tejidos blandos, dando como resultado trauma local en los tejidos. El mucocele no es un quiste por la falta de epitelio lineado, sin embargo, lo han incluido dentro de los verdaderos quistes del conducto salival.¹¹

1.1 DEFINICIÓN.

Regezi lo define:

Término clínico que incluye fenómeno de extravasación de moco y quiste de retención de moco. Cada uno tiene una patogénia y aspecto microscópico diferente. Fenómeno de extravasación se relaciona con un traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales menores que corta o desgarrar dicho conducto. Y el fenómeno de retención es provocado por la obstrucción del flujo de la saliva a causa de un cálculo salival o tumor invasivo.¹²

Brand Neville lo define:

Son colecciones de saliva extravasada por traumatismo (mucoceles por extravasación), o de saliva retenida en un conducto, (mucoceles por retención), son formaciones de aspecto quístico dependientes de una glándula salival.¹¹

Guillermo Raspall lo define:

Define el acumulo de tejido mucoso en una cavidad de tejido conectivo que no esta revestida por epitelio y se relaciona con la sección traumática de un conducto que lleva la extravasación de saliva a los tejidos circundantes.⁵

1.2 EPIDEMIOLOGÍA.

Afectan a las glándulas salivales menores y se manifiestan clínicamente como una tumefacción circunscrita sobre la mucosa de revestimiento, translúcida, blanda e indolora, suele ser de localización única y rara vez bilateral.⁴

El mucocele de extravasación representa, la forma más frecuente y la mayoría de los casos aparecen entre los 10 y los 30 años de edad; siendo los traumatismos como mordedura del labio inferior o micro traumas por aparatos de ortodoncia, hábitos y aparatos protésicos, los agentes etiológicos que más los origina. Se explica este fenómeno por un trauma que afecta al conducto excretor de la glándula y que tiene como consecuencia la ruptura del mismo con salida de moco hacia el interior del tejido.¹³

También se pueden tomar en cuenta factores como :

- Edad: se observa en cualquier edad aunque con mayor frecuencia en la segunda y cuarta década de la vida. Se ve con alta frecuencia en niños y adolescentes
- Sexo: se manifiesta por igual en hombres y mujeres.
- Raza: es excepcional en la raza negra en 97 casos solo 2 pertenecían a esta raza.
- Frecuencia: es uno de los procesos patológicos de mayor frecuencia en la mucosa bucal.
- Localización: su localización frecuente en la mucosa del labio inferior (60 % aproximadamente), aunque en número menor en la cara ventral de la lengua, la mucosa yugal, el piso de boca y por último el paladar.¹⁴

1.3 HISTOPATOLOGÍA.

En el examen microscópico se encuentra mucina y tejido de granulación alrededor de la lesión. La inflamación es usual, se incluyen células como los histiocitos (macrófagos), en muchos casos la ruptura del conducto salival, (fig. 1) de las glándulas menores adyacentes a menudo contraen la inflamación crónica por la infiltración de células y la dilatación de conductos.¹⁴

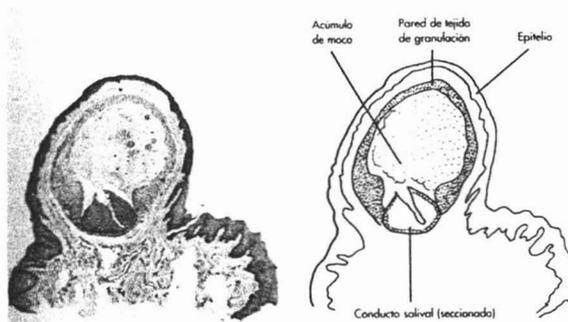


Fig. 1 Mucocele. Imagen microscópica, mostrando el acumulo de mucina, una pared de tejido de granulación, esta situado sobre la lesión distendida y restos del conducto tributario roto¹⁵

El epitelio plano estratificado de la superficie mucosa de la cavidad oral se encuentra distendido por una cavidad quística revestida por epitelio de tipo ductal cúbico y ocasionalmente cilíndrico. El citoplasma de estas células de revestimiento ductal, es eosinófilo o claro y algunas presentan signos de diferenciación mucosa.

El 70% de estas células son uniloculares y el 30% muestran patrones multiloculares, a veces con pequeñas proyecciones papilares hacia la luz del quiste. El tejido fibroso circundante puede estar comprimido, aunque rara vez inflamado, fig. 2. Los lobulillos glandulares presentan a veces signos de sialodentitis esclerosante crónica. Los quistes originados a partir de la glándula parótida suelen poseer una cápsula fibrosa bien definida que separa el quiste del parénquima parotídeo.¹⁵

No siempre está claro si el quiste de retención mucosa corresponde a un quiste verdadero originado en los conductos salivales o a una dilatación focal secundaria a su obstrucción; en realidad ambos procesos no son mutuamente excluyentes. Aunque la cavidad quística puede contener mucina coagulada, no siempre existen signos de cálculos u otra causa fácilmente identificable de obstrucción que pueda provocar una dilatación ductal focal aneurismática.¹⁵

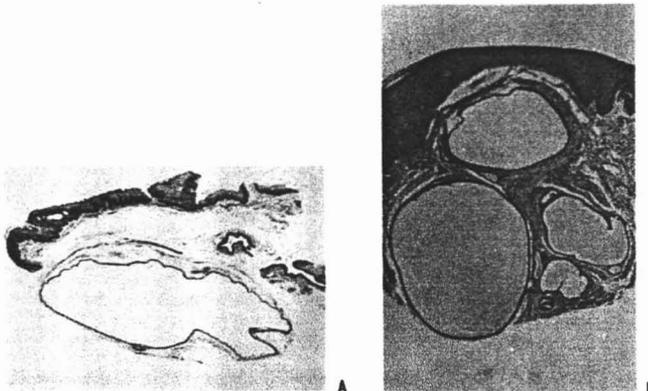


Fig. 2. Quiste de retención mucosa. Las lesiones se localizan en la submucosa. A, Unilocular. B, Multilocular.⁽¹⁵⁾

En la mayoría de los casos no contienen pared epitelial propia y no es un verdadero quiste, raramente quedan restos de epitelio del conducto excretor dilatado de la glándula salival que le dio origen, a veces alrededor del quiste se pueden observar conductos excretores dilatados cuyo epitelio tiende a estratificarse.

La histología de la foto es caracterizada por la liberación de mucina (fig. 3), relacionada al daño de un conducto dentro de tejido conectivo acompañado con inflamación en la reacción están incluidos los neutrófilos, células plasmáticas, linfocitos, y macrófagos. También contenidas células inflamatorias. (fig.3, 4, 5).¹⁶

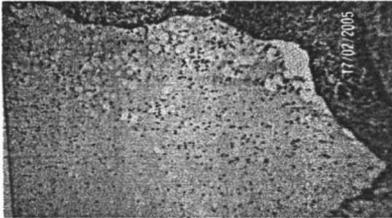


Fig. 3 Mucocele con fragmento y ruptura del conducto y liberación de mucina en tejido inflamado.¹¹

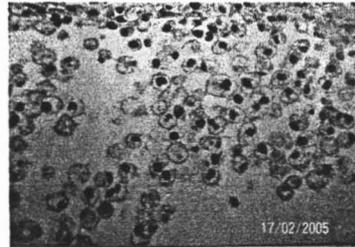


Fig. 4 En los mucoceles los macrófagos están asociados con la mucina puede ser encontrado un gran numero en contenido del citoplasma.¹¹

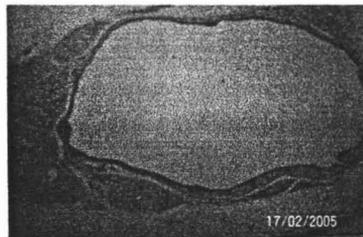


Fig. 5 Retención mucosa con epitelio lineal, no se ven los rasgos inflamatorios que acompañan a un mucocele¹¹

El tejido conectivo periférico aparece edematoso y en la submucosa suele verse glándulas salivales hipertroficadas, con los intersticios ocupados por linfocitos y plasmocitos, los acinos que constituyen la glándula pueden considerarse normales o aparecen atróficos, con discreta fibrosis intersticial. La mucina suele extenderse al epitelio, el contenido mucoide del quiste es hierro coloidal positivo, mucicarmin positivo, hialorunidaza, alcian blue. En ocasiones se realiza, un diagnóstico erróneo de granuloma piógeno.¹⁴

CLASIFICACIÓN HISTOPATOLOGICA:

- mucocele de extravasación
- fenómeno de retención.

Desde el punto de vista microscópico ambos presentan diferencias en el **mucocele de extravasación**. (Fig. 6) vamos a encontrar una cavidad circunscrita de sialomucina, con algunas células de carácter inflamatorio rodeada de tejido de granulación y reacción a cuerpo extraño a modo de pseudocápsula. En el **fenómeno de retención**. (fig.7) se encuentra delimitada el área de sialomucina además encontramos tejido de granulación restos epiteliales procedentes del conducto excretor obstruido, en el tejido glandular adyacente existe dilatación ductal, distensión acinar, áreas de degeneración e infiltrado de células inflamatorias de carácter crónico, un mucocele tiende a seguir las siguientes fases evolutivas

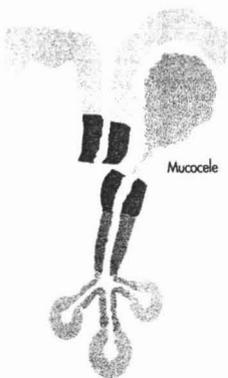
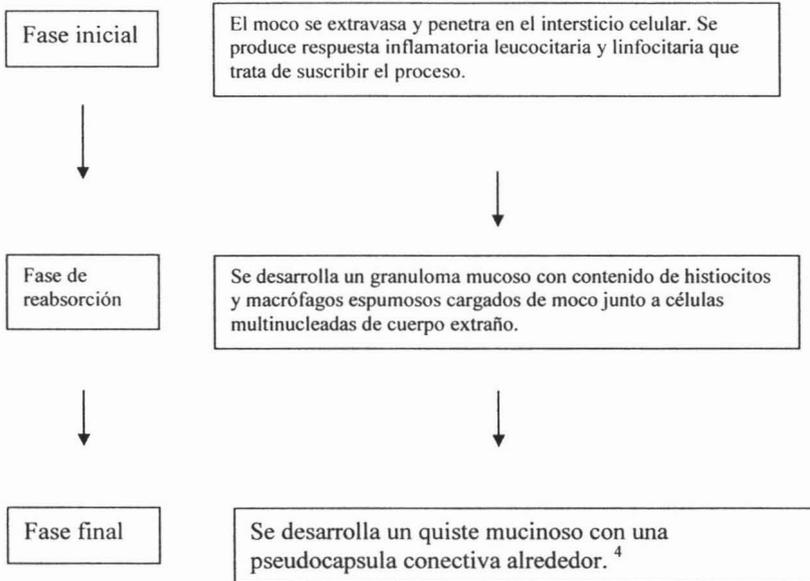


Fig 6. mucocele. Moco que escapa de conducto roto y se acumula en tejido conjuntivo submucoso.¹⁵

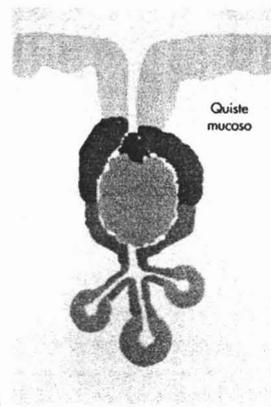


Fig 7 Quiste de retención mucosa. Algunos parecen deberse a dilataciones ductales por la obstrucción debido a tapones de moco.¹⁵

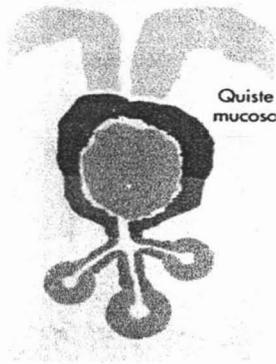


Fig 8 Otros quistes salivales mucosos parecen corresponder a los quistes ciegos aislados.¹⁵

Cuando la obstrucción del conducto excretor es parcial, el moco fluye lentamente dando origen a una dilatación del conducto; y el epitelio que lo tapiza prolifera originándose de esta forma un quiste de retención mucosa limitada por una línea de epitelio, este último es difícil de observar.

Desde el punto de vista histológico el mucocele consiste en un depósito de moco que se localiza a menudo en el tejido conjuntivo y la submucosa rodeado por una pared formada de tejido de granulación, la luz de la cavidad quística está llena de un infiltrado de eosinófilos con un abundante número de macrófagos. Las glándulas salivales menores adyacentes presentan a menudo alteraciones inflamatorias con signos de obstrucción.¹⁵

Los restos de epitelio en la pared son raros de observar y esto sólo se aprecia en los quistes de retención. Algunos autores mediante estudios de inmunohistoquímica del contenido de enzimas proteolíticas, colagenazas y activadores del plasminógeno (Pas), que se realizaron en el fluido extravasado del mucocelo, comparándolo con el contenido de la saliva del conducto de Whartón, llegaron a la conclusión de que las enzimas proteolíticas juegan un papel importante en la patogénesis de la lesión¹³.

Aparece microscópicamente como una masa circunscrita de material mucoide rodeado por tejido conectivo y tejido glandular mucoso, la lesión debe de estar tapizada por un epitelio escamoso estratificado delgado o cuboidal simple.

El tejido glandular mucoso adyacente generalmente muestra evidencia de dilatación ductal, distensión acinar, áreas de degeneración e infiltración de células inflamatorias crónicas. El material mucoide generalmente contiene variables histiocitos y linfocitos, así como linfocitos polimorfonucleares dispersos.¹⁷

1.4 ETIOPATOGENIA

Los más frecuentes son los mucocelos por extravasación, La causa del fenómeno de extravasación de moco se relaciona con el traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales que corta o desgarran dicho conducto.²

Esto da como resultado un derrame o extravasación de moco en el estroma del tejido conectivo circundante, donde precipita una reacción inflamatoria secundaria, que al principio contiene neutrófilos y después macrófagos, el tejido de granulación presente favorece la formación de una pared alrededor de la mucina derramada. El tejido de la glándula salival adyacente sufre una alteración inflamatoria inespecífica a causa de la retención de moco. Por último tiene lugar a una cicatrización interior, alrededor de la glándula.²

Los mucocelos por retención, se forman por el acumulo de sialomucina por obstrucción del conducto excretor, se piensa que la causa del mismo es la obstrucción del conducto salival, estos mucocelos por retención son menos frecuentes y aparecen en pacientes de edad avanzada⁴

1.5 CLÍNICA.

Los mucocelos aparecen típicamente como tumefacciones de la mucosa que pueden medir de 1 o 2 mm a varios centímetros de diámetro, son muy comunes en los niños y los adultos jóvenes, quizás porque las personas más jóvenes son más expuestas a experimentar un trauma que induce el acumulamiento de mucina, incluso en los infantes, a menudo se observa un color translúcido azulado en la tumefacción superficial, aunque los mucocelos más profundos pueden ser del mismo color de la mucosa adyacente.

El labio inferior es el sitio mas frecuente de el fenómeno de extravasación de moco pero también son afectadas la mucosa bucal y la parte ventral de la lengua, piso de boca y la región retromolar. Durante años la mayoría de los pacientes informa que la lesión ha estado presente durante varias semanas. Muchos pacientes relacionan una historia de una acumulación recurrente de los que periódicamente pueden romper y soltar su fluido.¹¹

Los sitios menos comunes incluyen la mucosa bucal, lengua ventral anterior, los mucocelos raramente desarrollan en el labio superior. La zona palatina y el área retromolar de la mandíbula son sitios raros para la localización de estos, una variante interesante es el mucocelo superficial. (fig.9) Que se desarrolla en estas áreas y a lo largo del mucosa bucal posterior. El mucocelo superficial se presenta, solo o con múltiples vesículas tensas que mide 1 a 4 mm. de diámetro, las lesiones estallan a menudo, dejando úlceras poco profundas y dolorosas.¹¹



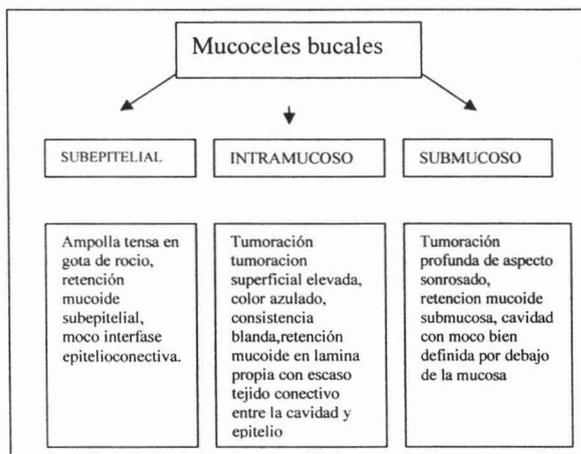
Fig 9 ¹⁶

El quiste por retención de moco es menos común que el fenómeno de extravasación, por lo regular aparece en un grupo de edad avanzada y rara vez, se presenta en el labio inferior, es común encontrarlo en mejilla, paladar, piso de boca y también en seno maxilar.¹⁸

En el aspecto clínico es variable dependiendo muchas veces de la profundidad de la lesión, las lesiones más superficiales se reconocen con facilidad, presentándose como masas prominentes de superficie lisa, y de color rojizo, discretas y parecidas a ampollas. Su tamaño varía de 1 a 2 mm. hasta 1 cm. o más de diámetro, generalmente el mucocelo es único, pero en algunos casos pueden presentarse dos o más próximos el uno al otro pareciéndose a un racimo de uvas. Los quistes más superficiales pueden parecer un hemangioma, pero el color azul más intenso lo distingue del mucocelo.²

Los mucocelos a la palpación son móviles, indoloros y casi siempre sin alteración inflamatoria periférica, las malformaciones situadas a mayor profundidad tienden a ser mas firmes y difusas. Los mucocelos mas profundos no se diferencian tan fácilmente ya que debido al engrosamiento de los tejidos que lo recubren, se presenta como un tumor discreto, redondo de superficie lisa y de color rosado normal.² Sin embargo el diagnóstico definitivo del mucocelo puede obtenerse mediante la biopsia por aguja fina de la lesión y la obtención de un líquido espeso de color pajizo. En la histología del mucocelo superficial encontramos una ampolla subepitelial con contenido mucoide que se tiñe frecuentemente con PAS. En la cavidad hay número moderado de leucocitos polimorfonucleares y en ocasiones y también en ocasiones se observa en el piso de la ampolla restos de conducto excretor.⁴

Livia Escovich propone este modelo de clasificación de los mucocelos en forma que se abarquen todos los tipos.(al mucocelo superficial se le denomina subepitelial).⁴



Dependiendo de la profundidad se pueden clasificar a los mucocelos orales en: (a) subepiteliales, (b) Intramucosos , y (c) submucosos. Dependiendo de la fase evolutiva los clasificó Seifert: en una fase inicial de tumoración blanda, una fase final pseudoquistica de tumoración más dura, las cuales se han enumerado(1), (2), (3). respectivamente. Si mezclamos las tres posibles localizaciones de colección mucoide (a), (b), (c). Con las tres fases evolutivas se obtendrán distintos tipos clínicos que podemos encontrar.

A) MUCOCELE ORAL SUBEPITELIAL.

Descrito por Eveson como mucocelo superficial, consiste en una tumefacción subepitelial, el moco procedente de una glándula salival menor, se deposita en la interfase-epitelio conectiva y se tiñe con PAS, Su origen puede ser derivado de un traumatismo pero se ve con relativa frecuencia en pacientes que padecen una forma roja de líquen plano (lesiones eritomasas o erosivas), en este caso la mucosa oral por su propia agresión de infiltrado y los traumatismos sufre continuos procesos de erosión y reepitelización.⁴

En un momento determinado la secreción de un pequeño conducto salival podría quedar obstruida por este proceso, produciéndose moco en la región subepitelial, de forma parecida a lo que sucede en la miliaria cristalina (sudamina), en la piel del niño. Por obstrucción de conductos sudoríparos.

Clínicamente se manifiesta como una tumefacción tensa, parecida a una gota de rocío, con forma de hemisférica transparente, generalmente de pocos milímetros, aparecen en la mucosa yugal, labial y facial, con mas frecuencia, se rompe a las pocas horas de su aparición de forma espontánea o por traumatismos orales, suele recidivar sobre todo en casos que subyacentemente existe la presencia de líquen plano.

Al romperse la tumefacción, el paciente puede referir escorsor a los alimentos ácidos o salados, así el mucocele subepitelial solo puede observarse en fase evolutiva inicial.⁴

MUCOCELE ORAL INTRAMUCOSO.

Sin duda el tipo más frecuente, consiste en una cavidad de moco acumulado, localizado en lamina propia, puede haber una pared conectiva, infiltrado inflamatorio, y edema en el corion.

Existen dos mecanismos de producción uno por traumatismo, que da lugar al moco por extravasación y otro por retención de saliva en un conducto, mucocele de retención en adulto y cuyo origen puede ser un pequeño sialolito o un traumatismo. El más frecuente es el mucocele por extravasación de saliva al tejido conectivo desde un conducto excretor roto por un traumatismo y es común en niños.

Clínicamente se manifiesta como una tumoración superficial, sobre elevada de color azulado o claro y consistencia blanda o nodular según el estadio evolutivo, puede producir interferencias al masticar, aunque es más frecuente en mucosa labial inferior, en su curso evolutivo generalmente pasa por la fase inicial de consistencia blanda, la fase de reabsorción granulomatosa y una fase final de pseudoquistes donde el aumento de volumen aparece mas firme.⁴

MUCOCELE ORAL SUBMUCOSO.

Menos frecuente que el anterior y se produce cuando el acumulo de moco es profundo, por debajo de la mucosa, puede haber pared conectiva, infiltrado inflamatorio y edema. Al producirse generalmente en mucosa yugal o labial encontraremos fibras musculares próximas a la cavidad de moco.

Clínicamente se presenta como una tumoración profunda, de aspecto sonrojado por que existe un importantes espesor de tejido conectivo sano entre la cavidad y el epitelio superficial, la consistencia es blanda o nodular dependiendo de la fase evolutiva en que se encuentre.⁴

1.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe hacerse con hemangiomas ya que cuando los mucocelos son superficiales tienden a presentar una coloración azul violáceo lo que hace que puedan ser confundido fácilmente con esta entidad clínica; con los fibromas ya que cuando los mucocelos son de implantación profunda la forma clásica de vesícula se pierde y su superficie no es traslúcida, con el lipoma pero estos tienen una coloración amarillenta.

En general el diagnóstico diferencial debe realizarse con cualquier lesión de aspecto tumoral, en los casos de mucocelos de implantación profunda, y hasta con enfermedades versículo ampollares tipo pénfigo en los casos de lesión superficial.¹³

1.7 TRATAMIENTO

La biopsia excisional es el tratamiento más frecuentemente, pero tiende a recurrir con facilidad, si la extirpación quirúrgica no es completa, por lo que se hace necesario la total remoción de la lesión¹³.

Es decir se tienen que eliminar el mucocele y los lóbulos relacionados de las glándulas menores, se recomienda eliminar todo el elemento glandular que se extienda hacia el interior del lecho quirúrgico para evitar la reincidencia y el pronóstico debe de ser excelente si se eliminan las glándulas relacionadas.¹⁸

Cuando son pequeños se hace una enucleación con la mucosa que lo recubre, porque es casi imposible separar la mucosa que lo recubre de la pseudocápsula, cuando es muy exteriorizada.¹⁵

CAPÍTULO II

2.0 RÁNULA

Ránula es un término usado para mucocelos localizados en el piso de la boca. El nombre se deriva de la palabra en latín que significa la rana, el término data desde la época de los antiguos médicos griegos quienes fueron impresionados por la similitud en apariencia a la delicada piel de la rana mostrando prominentes los numerosos vasos sanguíneos dentro del tejido delgado¹⁷, porque la tumefacción puede parecerse a la bolsa laringea de una rana. El término ránula también se ha usado para describir otras tumefacciones similares en el piso de boca, incluyendo verdaderos quistes de los conductos salivales, quistes dermoides. Sin embargo, el término se usa para las reacciones de escape de mucosidad (mucocelos), las ránulas se forman del conducto submandibular o, posiblemente de las glándulas salivales menores en el piso de la boca.¹¹

2.1 DEFINICIÓN.

Regezi lo define:

Término clínico incluidos el fenómeno de extravasación, quiste de retención mucosa que ocurren en piso de boca, la ránula es asociada a la glándula sublingual y submandibular.¹⁸

David Grispain lo define :

Son formaciones quísticas de transparencia azulada, de contenido mucoso semejante a la clara de huevo que se desarrollan a nivel de las áreas salivales de las glándulas submandibulares y submaxilares.¹⁴

La ránula es un gran quiste por retención en piso de boca, formado como resultado de la obstrucción de los conductos de la glándula submaxilar, sublingual, o de las glándulas mucosas del piso de la boca. La ránula se desarrolla después de la pubertad, también se puede observar en edad infantiles tempranas.¹⁹

2.2 EPIDEMIOLOGÍA.

La ránula se observa a distintas edades pero su frecuencia es mayor en niños, adolescentes y adultos jóvenes, su frecuencia es mayor en profesionales del canto y charlistas.¹⁴

2.3 HISTOPATOLOGÍA.

La pared de la ránula esta compuesta de tejido conectivo compacto que contiene cantidades variables de elementos inflamatorios crónicos el revestimiento por lo regular es similar al que se encuentra en el conducto de excreción.¹

La apariencia microscópica de la ránula es igual a la del fenómeno de extravasación de moco o quiste por retención de moco. La mayor parte de las muestras de extravasación se distinguen por líquido espeso mucoseroso rodeado de tejido de granulación, el mucocelo de retención puede mostrar un revestimiento derivado del epitelio del conducto, dentro del sistema de conductos se puede reconocer un calculo salival estratificado de capas concéntricas y sin células.¹⁸

Tienen una histología semejante a la del mucocele, la forma profunda al parecer de origen braquigenico tiene pared epitelial cuboide o columnar a veces en metaplasma de tipo escamoso estratificado.

2.4 ETIOPATOGENIA.

La causa esta relacionada con la obstrucción traumática o irritativa de las estructuras ductales. La obstrucción por cálculos salivales en los conductos (sialolitos), es también una posibilidad con el conducto submaxilar. Estos sialolitos pueden desarrollar grandes estructuras calcificadas visibles en las radiografías.¹⁷

2.5 CLASIFICACIÓN.

Origen glandular: para Suzane, Von Hilpel, y Mins, se trata de una transformación de una mucosa especial de todos los elementos de la glándula (acinos y tejido conjuntivo); para Lecene⁶, las ránulas son pseudoquistes análogos a los pseudoquistes del páncreas, desarrolladas a expensas de glándulas sublinguales a consecuencia de una discreta infección de estas con autodigestión de los acinos glandulares.

Origen embrionario: se trata de una proliferación de restos epiteliales embrionarios situados al fondo del surco paralingual externo donde proviene la glándula sublingual.²⁰ Lo que provoca una obstrucción parcial del flujo salival, por lo tanto comparten una etiología común con el mucocele en cualquier parte de la cavidad bucal.²

El traumatismo y la obstrucción del conducto ductal ocasionan este trastorno, los sialolitos son precipitaciones de sales de calcio alrededor de un nido central de residuos celulares o mucina condensada, el traumatismo en el piso de boca puede ser accidental o quirúrgico, la lesión exuda moco intersticial circundante y desencadena una reacción inflamatoria.¹⁸

2.6 CLÍNICA.

La ránula aparece como una tumoración azul, fluctuante que eleva el piso de la boca, las lesiones más profundas pueden ser normales en el color, son más grandes que los mucoceles, puede desarrollarse en masas grandes con muchos centímetros de diámetro, elevando el piso de la boca y la lengua, (fig.10), normalmente se localiza lateral a la línea media, este es un rasgo que puede ayudar a distinguirla de un quiste de dermoide.¹¹



Fig. 10¹⁶

Generalmente la ránula es superficial, de tamaño pequeño, de 1 a 3 centímetros de diámetro, que hace la protusión en un lado del piso de la boca. A veces es mas grande en cuyo caso se desplaza la lengua e interfiere la función bucal.¹¹

La pared de la ránula es fácilmente lacerable de superficie lisa y brillante. El contenido líquido es mucoso, incoloro, viscoso, y raramente sanguinolento; en su composición se encuentra la mucina y albumina, su evolución es lenta y siempre benigna, tienen consistencia fluctuante y son indoloras, más frecuentes son unilaterales y uniloculares, la variedad braquig nica suele ser multilocular.¹⁴

La ránula puede ser muy profunda de forma que el grosor de los tejidos situados por encima enmascaran su aspecto generalmente traslucido y le proporciona un color rosado normal, lo más frecuente es que estas lesiones sean unas tumoraciones redondas de superficie lisa y consistencia semisólida.²

También puede cruzar la línea media si el proceso de extravasación diseca transversalmente el tejido blando subyacente. En caso de bloqueo por sialolitos la radiografía puede revelar los cálculos.¹⁸

2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Puede diferenciarse clínicamente de otras tumefacciones del piso de boca en virtud de su naturaleza quística comprensible, por la ubicación hacia un lado de la línea media y su aspecto azulado lleno de líquido. Es factible que un carcinoma quístico mucoepidermoide de bajo grado de malignidad del piso de boca se parezca a una ránula en su aspecto clínico.²¹

2.8 TRATAMIENTO.

El tratamiento es la marsupialización, que consiste en la extirpación parcial de la pared anterosuperior del quiste y sutura de su pared a la mucosa bucal del piso de la boca.¹⁴ La escisión total de la ránula es un procedimiento difícil debido a la localización de la lesión y las paredes delgadas, pero puede estar indicada si la lesión está constituida de compartimentos útiles o está profundamente localizada. (fig. 11, 12).¹

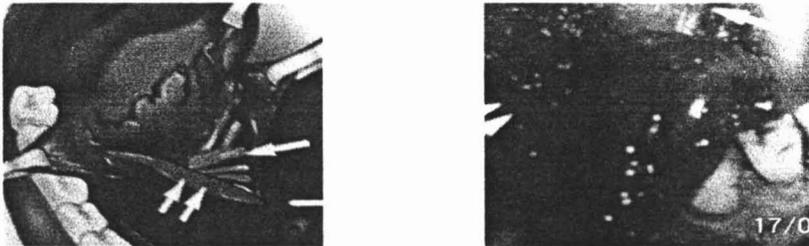


Fig. 11 El mejor método para asegurar la resolución de una ránula es la vía escisional, retirando la cápsula entera y la glándula sublingual de origen, preservando las ramas del nervio lingual posterior a la ránula.¹¹



Fig 12. Le herida debe de permitir la visualización del nervio lingual, donde se localiza tejido de granulación y epitelio¹¹

CAPÍTULO III

3.0 Quiste mucoso del seno maxilar.

Los quistes de retención y pseudoquistes que involucran el revestimiento del antro maxilar son los hallazgos más comunes en la radiografía panorámica.¹⁰

Los quistes mucosos del seno maxilar se observan alrededor del 2 % de la población, este trastorno presenta un quiste de retención en el tapizado mucoso del seno maxilar.²²

INTRODUCCIÓN.

El seno maxilar, por lo general; es más grande que cualquiera de los otros senos paranasales, y se encuentra en el cuerpo del maxilar superior. También se le denomina antro de Highmore debido a que este antro, que significa cavidad o espacio vacío, particularmente encontrado en el hueso, fue descrito por primera vez por Nathaniel Highmore, anatomista inglés del siglo XVII, en realidad, es una pequeña cavidad en el momento del nacimiento, su desarrollo durante el tercer mes de vida intrauterina, alcanzando su máximo, desarrollo por lo general a comienzos de la vida adulta, alrededor de los 18 años. La capacidad del antro adulto promedio es de 10 a 15 ml. y su ausencia completa es rara, A menudo existen subcompartimentos, divertículos, y criptas, formados por tabiques óseos y membranosos.¹²

La anatomía del seno maxilar describe una forma piramidal con su base en la pared nasoastral y su ápice en la raíz del cigoma. La pared superior o piso en el adulto es delgada: está situada por debajo de la orbita y es la cortical orbital del maxilar superior. Esta cortical generalmente posee un conducto óseo para el nervio y los vasos infraorbitarios. El piso del seno es la apófisis alveolar del maxilar superior. Frente a la pared de la fosa canina, está la porción facial del maxilar superior. La pared posterior o esfenomaxilar que es de menor importancia, está formada por una lamina delgada de hueso que separa la cavidad de la fosa infratemporal. La pared nasal separa al seno de la cavidad nasal hacia la línea media. La cavidad nasal contiene la salida del seno, el ostium maxilar, que se encuentra inmediatamente por debajo del techo del antro. La ubicación de esta abertura impide la posibilidad de un buen drenaje cuando el individuo está en posición vertical.⁵

El piso está tapizado con una mucosa delgada, que está adherida al periostio. El epitelio ciliado ayuda a la remoción de las excreciones y secreciones que se forman en la cavidad sinusal. Los cilios sostienen el material extraño en sus puntas de una manera muy similar a la que las ramitas o las hojas son mantenidas en la superficie de muchas briznas de pasto. Las ondas de acción ciliar llevan el material de una región ciliada hacia otra, hasta el ostium. Sólo una membrana patológica que tiene una acción ciliar deficiente o carezca de cilios total o parcialmente va a permitir que los materiales extraños se asienten en su superficie. El espesor de las paredes de seno no es constante, particularmente el piso y el techo. Las paredes pueden variar en espesor, de 2 a 5 mm. en el techo y de 2 a 3 mm. en el piso. Las zonas desdentadas del reborde alveolar varían de 5 a 10 mm. En el caso de que la pared posterior sea penetrada, provocando la entrada en la fosa infratemporal, hay que tener mucho cuidado en el procedimiento operatorio, debido a la presencia de grandes vasos tales como la arteria y la vena maxilar superior.¹²

La función o propósitos de los senos paranasales son:

- Dar resonancia a la voz.
- Actuar como cámara de reserva para entibiar el aire respirado.
- Reducir el peso del cráneo.

Vascularización. El aporte sanguíneo corre a cargo de la arteria maxilar, aunque la arteria facial también proporciona ramas. El drenaje venoso se hace a través de la vena facial anterior y de la vena maxilar, ambas tributarias de la vena yugular interna.

Inervación. La inervación de los senos maxilares corre a cargo del nervio maxilar. Éste incluye el nervio palatino mayor, el nervio posterolateral nasal y todas las ramas alveolares del nervio infraorbitario.⁵

QUISTE DEL SENO MAXILAR

La obstrucción del ostium maxilar produce la retención de la secreción de la mucosa del seno con aumento de la presión, acompañada de la expansión y adelgazamiento de las paredes sinusales signo radiográfico que pueden inducir a diagnóstico erróneo de cáncer de seno maxilar.¹⁸

Es una lesión expansiva y destructiva similar a un quiste, tapizada por epitelio, llena de secreción mucosa y asociada con obstrucción del ostium.¹⁸

Las lesiones quísticas de los senos paranasales han sido reconocidas por más de 100 años. Rollett introdujo el término de mucocoele en 1896. El mucocoele es un lesión quística crónica de los senos paranasales, la cual está cubierta por un epitelio pseudoestratificado o epitelio columnar bajo, que contiene ocasionalmente células caliciformes. Estas lesiones se expanden en forma lenta y frecuentemente requieren 10 años o más para ser sintomáticas²

Los mucocoeles se expanden concéntricamente y tienden a ser redondos u ovals. Con el aumento de tamaño puede ocurrir erosión ósea y los mucocoeles pueden extenderse por fuera de los senos paranasales, hacia las cavidades vecinas.¹⁸ Los signos y síntomas asociados con un mucocoele dependen de su localización y la extensión de la erosión ósea.

Existe debate en la etiología de los mucocoeles, se desarrollan de la obstrucción del ostium del seno, mientras que otros creen que la formación, ocurre cuando hay obstrucción del ducto de la glándula nasal localizada dentro de la cubierta del seno paranasal, se han relacionado también a niveles elevados de prostaglandina E2 , así como a iatrogénias en cirugía endoscópica previa.²²

Los síntomas pueden variar de unos pocos días a varios años y son de naturaleza muy variada dependiendo de la localización, tamaño y extensión de la lesión, Sin embargo, los procedimientos requieren mayor morbilidad quirúrgica y dificultades con las imágenes radiográficas postoperatorias de los senos paranasales.⁷

3.1 DEFINICIÓN

Quiste del seno maxilar se define como la obstrucción del orificio de dicho seno, la incidencia afecta por igual a varones y a mujeres y puede ser bilateral, es de mayor frecuencia durante la tercera década de la vida, aunque la mayoría de estos quistes son asintomático, un número significativo producen síntomas por sinusitis asociadas.¹⁸

Si bien estas alteraciones patológicas no siempre corresponden a problemas inflamatorios sinusales las tratamos por interés en el diagnóstico diferencial. Los pseudoquistes sinusales son hallazgos comunes en las radiografías panorámicas, con formas de cúpulas en el piso del seno maxilar, y existe: pseudoquiste sinusal, mucocèle sinusal y quiste de retención sinusal.

El pseudoquiste sinusal corresponde a un exudado inflamatorio, sero, no mucoso, que se acumula en la mucosa del piso del seno maxilar, ocasionando el aspecto de cúpula, y que está recubierto en su parte superior por el epitelio de la mucosa y el exudado inflamatorio está rodeado por tejido conectivo.

El quiste sinusal es un verdadero acumuló de moco en el seno rodeado por epitelio, el cual puede originarse por trauma en la mucosa, ya sea quirúrgica o de otro origen. (se le denomina también quiste quirúrgico ciliado), en que parte de la mucosa sinusal queda separada y se acumula el moco. También a veces se observa por obstrucción del ostium sinusal una gran acumulación de moco en el seno, que puede incluso erosionar las paredes óseas por presión, y simular un tumor maligno antral y se le ha llamado impactación de moco, nombre no muy adecuado.¹⁰

También puede existir en el seno maxilar, pequeños quistes de retención, originados del tejido glandular existente, al igual como en la boca existen los quistes de retención mucosa, en los cuales se bloquea el ducto y se retiene moco, e histológicamente están rodeados por epitelio.²³

3.2 EPIDEMIOLOGÍA

Se cree que cerca del 1.5 al 10% de las personas presentan estas lesiones y la causa es de origen inflamatorio por infección odontogénica vecina, ya sea periapical o periodontal. La mayoría se presentan en el seno frontal 60%, seguidos de un 30% en el seno etmoidal, solo 10% se encuentran en el seno maxilar y raramente se localizan en los senos esfenoidales. La tomografía computarizada de nariz y senos paranasales y la resonancia magnética nuclear son los estudio radiográficos de elección para confirmar el diagnóstico.²⁰

3.3 HISTOPATOLOGÍA

Se observa una colección de mucina envuelta por tejido de granulación mixomatoso con leve infiltrado celular inflamatorio en algunos caso hay una cubierta de epitelio respiratorio que representa un quiste mucoso verdadero.²¹ La patogénesis de los dos formularios de quistes del antral se refleja en la apariencia de la histología. El quiste de retención está rayado por el epitelio columnar pseudoestratificado con células mucosas ocasionales esparcidas. Los elementos a favor son mínimamente los inflamatorios.¹⁰

3.4 ETIOPATOGENIA.

Se desconoce la causa exacta del mucocelo del seno maxilar sin embargo se atribuye al bloqueo u obstrucción de una glándula seromucosa antral, lo que produce una estructura quística revestida de epitelio ductal llena de mucina, los mucocelos provienen de origen inflamatorio y se deben a la acumulación de líquido dentro de la membrana del seno.¹³

Algunas veces se relacionan con alergia o con infección, las toxinas bacterianas y otros factores presuntamente causan derrame de proteína en tejidos blandos circundantes, elevando por lo tanto la presión osmótica extravascular con incremento subsecuente de líquido, otros factores que pueden intervenir incluyen la enfermedad inflamatoria crónica con engrosamiento de la mucosa, traumatismo del hueso, y tumores localizados cerca del orificio, además fibrosis quística que puede ser un factor importante en el desarrollo de los mucocelos.¹⁸

Los pseudoquistes son inflamatorios en el origen, y resultan de la acumulación fluido dentro de la membrana del seno. Ellos pueden relacionarse a infecciones o alergia.

3.5 CLÍNICA.

Los datos clínicos. La gran mayoría de estas lesiones son asintomáticas, aunque puede existir una ligera molestia, más raramente, expansión bucal palpable en esta región. En la radiografía panorámica, los quistes de la retención y pseudoquistes del seno maxilar son hemisféricos y bien delineados. Estos normalmente se encuentran en el piso del seno, Raramente estas lesiones se localizan bilateralmente. Son anomalías que suelen presentarse en personas de 13 a 80 años de edad, cerca de 65% de los mucocelos están situados en seno frontal, y 10 % en el seno maxilar.¹⁴

Las anomalías del seno maxilar pueden expandirse y obstruir el orificio sinusal y con el tiempo erosionar los límites anatómicos normales del seno. Si además se infecta se puede formar una masa inflamatoria aguda (piocele).¹⁸

3.6 DATOS RADIOGRÁFICOS

Suele aparecer en las radiografías como una masa relevante densa en forma de cúpula, con su base en el piso del seno maxilar; los ápices de los molares primero y segundo superiores pueden aparecer dentro de la imagen opaca del quiste. (fig.13).²²



Fig. 13¹⁶

Los datos radiográficos muestran opacidad del seno debido a una masa de tejido blando. El seno afectado se interpreta radiopaco por las secreciones atrapadas que ocupan todo el espacio aéreo. La descalcificación gradual del margen mucoperiosteal lleva a la pérdida del borde óseo normal, el resultado final es la expansión de una masa lisa, destructiva rodeada por una zona de osteítis esclerosada. Una pequeña cantidad de mucocelos del seno contiene una calcificación distrófica visible en sus paredes.¹⁸

3.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Debe diferenciarse de la diseminación periapical de una infección al seno por examen clínico y las pruebas de vitalidad pulpar. La sinusitis y el carcinoma antral se apreciara en el seno con una radiopacidad homogénea, que abarca todo el espacio antral, en lugar de una tumefacción claramente delimitada por una cúpula confinada al piso de seno.²¹

Cuando aparece como una radiopacidad periapical, debe diferenciarse de radiopacidades verdaderas, osteítis condensante o esclerósate, osteosclerosis idiopática periapical, en ocasiones la displasia fibrosa originada en el piso del seno maxilar imita un fenómeno de retención sinusal pero el aspecto de cristal esmerilado de la primera afección ayuda a diferenciarlo.²²

3.8 TRATAMIENTO.

La atención del mucocelo del seno maxilar es quirúrgica, debe tratarse mediante raspado total y desbridamiento de la cavidad sinusal, las técnicas quirúrgicas son diversas desde la antrostomía nasal hasta un procedimiento de Caldwell-Luc, más definitivo que permite retirar el contenido del antro; con tratamiento quirúrgico adecuado el pronóstico total es excelente.¹⁸

4.0 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO QUISTE MUCOSO EN SENO MAXILAR.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 21 años de edad, quien se presenta a la clínica de cirugía oral y maxilofacial de la unidad de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M., con dx de malposición de terceros molares superiores e inferiores.

Motivo de consulta: valoración de terceros molares

Se inicio protocoló de ingreso realizando historia clínica reportando los siguientes datos relevantes:

Padecimiento actual: hallazgo radiográfico de lesión radioopaca en piso de seno maxilar derecho de aproximadamente 2.5cm de diámetro en relación con ápices de segundo premolar y molares superiores derecho, cursa asintomático, sin terapéutica previa al hallazgo radiográfico. (fig. 14)

Antecedentes heredofamiliares: abuelo materno finado sin datos patológicos aparentes, abuela materna viva 77 años, con dx de hipertensión en tratamiento médico, abuelo paterno finado a los 70 años, con cáncer de colón, abuela paterna finada a los 82 años, por diabetes mellitus tipo II, padres vivos ,el 61 años, ella 55 años sin datos patológicos aparentes, 3 hermanos vivos ,32, 31 y 30 años sin datos patológicos aparentes, demás colaterales interrogados y negados .

Antecedentes personales patológicos: accidente automovilístico , al ser atropellado a la edad de 10 años, sufriendo traumatismo en miembro pélvico derecho, traumatismo hemifacial derecho con perdida de conocimiento sin datos de fracturas o lesión a tejidos blandos , no requirió hospitalización.

Interrogatorio por aparatos y sistemas: sin datos relevantes en padecimiento actual.

Exploración física: sin datos relevantes en padecimiento actual

FOTOS FACIALES



fuelle propia

Foto frontal

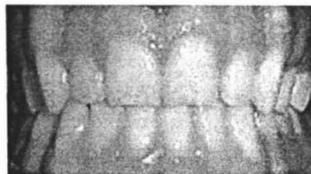


Perfil izquierdo



Perfil derecho

FOTO INTRAORAL



Fotografía intraoral
fuelle propia

ESTUDIOS DE GABINETE.

EXAMEN RADIOGRÁFICO:

En radiografía panorámica se observa , una lesión a nivel de seno maxilar derecho bien delimitada localizada en el piso del mismo, abarcando un espacio de la raíz distal del premolar a la raíz mesial del tercer molar, aproximadamente 2.5cm de diámetro. (Fig.14)

EXAMENES PREOPERATORIOS:

Se realizaron pruebas de biometría hemática, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, y tiempo parcial de tromboplastina. En donde los resultados encontrados fueron encontrados dentro de los valores normales.²⁴

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Quiste en seno maxilar

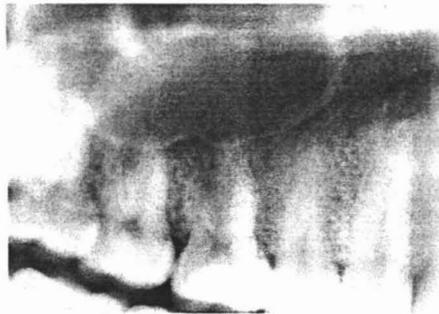


Fig. 14 ^{fuente propia}

CIRUGÍA PLANEADA:

Abordaje intraoral, bajo anestesia local, técnica Caldwell-Luc

PRONÓSTICO:

Favorable a evolución clínica

PLAN:

Cita a procedimiento en la clínica de cirugía oral y maxilofacial el día 14 Agosto 2001, 10:00 am.

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

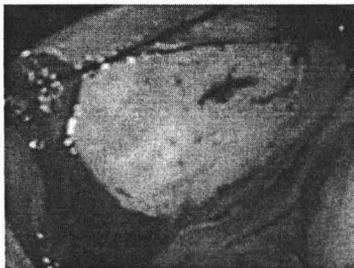
Bajo anestesia local de nervio infraorbitario, nasopalatino y palatino anterior, se infiltra lidocaína 108 miligramos y epinefrina 54 microgramos, previa técnica de asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles,



fuentes propia

Anestesia Fig. 15

Se inicia abordaje intraoral técnica Caldwell-Luc, realizando diseño de colgajo tipo semilunar o de Partch, (fig.16, 17).



Diseño y levantamiento de colgajo Fig.16

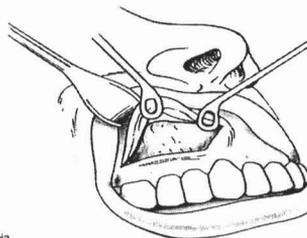
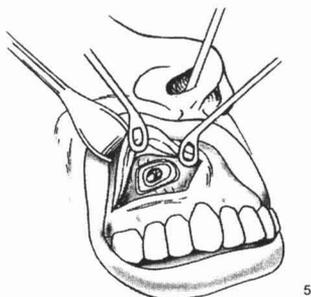
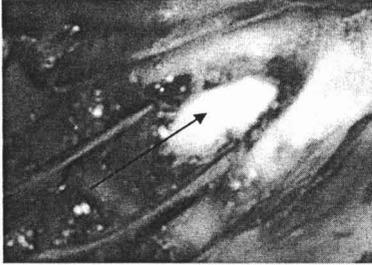


Fig. 17^s

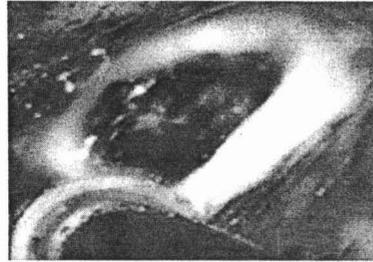
Se procede a realizar la osteotomía para tener acceso al seno maxilar. (fig. 18, 19 y 20).



osteotomía Fig. 18^{fuente propia}



Ventana ósea Fig. 19



Levantamiento de ventana
ósea fig. 20

Acceso a seno maxilar, eliminación de lesión antral: MUCOCELE



Fig 21



Acceso al seno maxilar Fig. 22 fuente propia

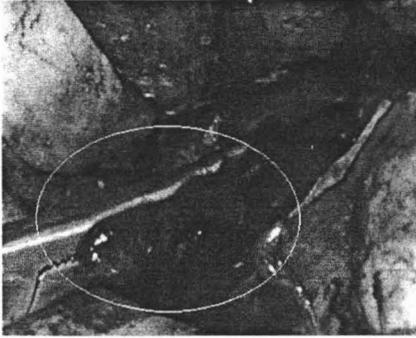
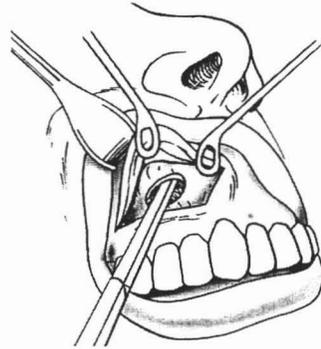
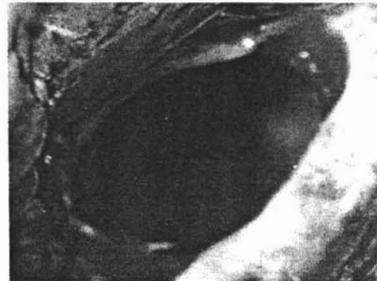
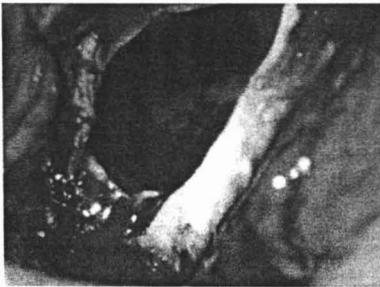


Fig. 23 enucleación de la lesión fuente propia



5

Aquí se muestra el lecho quirúrgico del seno maxilar después de realizar el curetaje y lavado del antro. (Fig. 24,25).



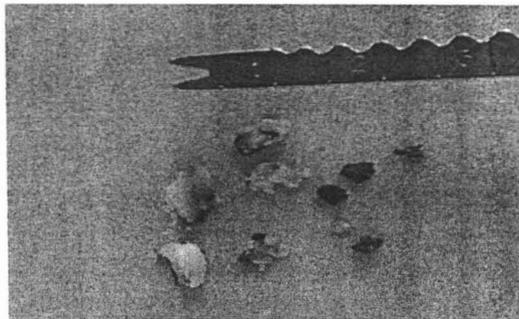
cavidad después de realizar el curetaje. Fig.24, 25 fuente propia

Se procede suturar el por medio de puntos simples con sutura de seda. (Fig. 26).



Sutura. Fig. 26 f fuente propia

Posteriormente se manda el espécimen al análisis histopatológico para su estudio y su confirmación del diagnóstico. (Fig. 27)



Espécimen Fig. 27 f fuente propia

ESTA TESIS NO SALE ₃₉
DE LA BIBLIOTECA

Prescripción Posoperatoria:

- Clindamicina (Dalacin C) cápsulas 300mg
Tomar una cápsula cada 8 hrs. por 7 días
- Clorixinato de lisina (Dorixina forte) tabletas 250mg
Tomar una tableta cada 8 hrs. por 3 días

PLAN POSTOPERATORIO:

Cita a control a 7 días

Medicación preestablecida

Medidas locales de higiene

Cuidados generales

CITA POSTOPERATORIA:

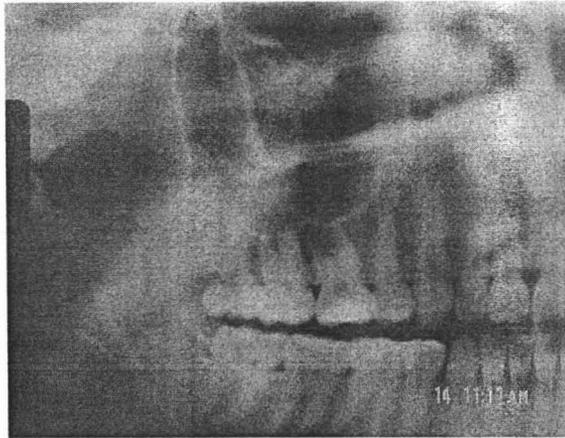
El paciente se presentó a consulta de revisión, asintomático, con herida limpia sin datos de infección o dehiscencia, por lo que se realizó retiro de sutura y se citó en dos semanas a control clínico.

CITA DE CONTROL

Curso asintomático, sin datos de dehiscencia, el paciente refiere haber tenido control radiográfico, sin datos relevantes.

FOTO DE RX CONTROL POSTOPERATORIO.

4 años después de la cirugía.



fente propia

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLOGÍCO

Descripción macroscópica:

Se reciben múltiples fragmentos de tejido duro y blando, de color blanco con áreas de color café claro en la superficie y forma irregular, que en conjunto miden 1.6x1.2x0.3cm. se incluye capsula para descalcificar.

Descripción microscópica:

El espécimen examinado se encuentra: hiperplasia de células mucosas y caliciformes, con reacción inflamatorias, con localización de neutrofilos y macrófagos, tejido conjuntivo fibroso denso, con haces de fibras colágenas gruesas y disposición irregular, tejido de granulación rodeando acumulos de mucina, tejido inflamatorio crónico leve y difuso, epitelio columnar pseudoestratificado

DIAGNÓSTICO:

QUISTE EN SENO MAXILAR.

**CONTROL CLÍNICO POSOPERATORIO
EXTRAORAL E INTRAORAL 4 AÑOS DESPUÉS.**



frente



Perfil
izquierdo



Perfil
derecho



Fotografía intraoral

Conclusiones.

- El mucocele presenta alta incidencia en la práctica odontológica y sin embargo su diagnóstico y tratamiento ha llegado a confundirse con neoplasias malignas por escaso conocimiento de esta lesión.
- En otra circunstancia, los por falta de experiencia y conocimiento, no consideramos necesario el estudio histopatológico de rutina por dar por hecho que se trata de una lesión de las glándulas salivales.
- Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial con lesiones como: hemangiomas, fibromas y cualquier lesión de tipo tumoral.
- El tratamiento de la marzupialización, en ocasiones por falta de práctica y conocimiento anatómico se llagan a dañar estructuras musculares u nerviosas.
- Debemos realizar, descartar lesiones en la interpretación radiográfica de rutina, de lesiones como el quiste de retención mucosa del seno maxilar.
- Los mucocelos del seno maxilar son poco frecuentes, la mayoría de la veces son un hallazgo radiográfico, que por accidente se localizan en una radiografía para un determinado tratamiento, debe de ser de gran importancia para en Cirujano Dentista, pedir al paciente sacar una radiografía panorámica, antes de cualquier tratamiento para poder identificar cualquier tipo de patología presente, dando así, un diagnóstico y correcto tratamiento.

Referencias Bibliográficas.

- 1) Donaldo R, Tratado de Cirugía Bucal Practica, Editorial Masson. Edición 1, 1999
- 2) Zegarerelli E. Diagnóstico en Patología Oral, Editorial Salvat. Edición 1,1998.pags 186-187,204,205
- 3) Bermejo Fenoll A. Medicina bucal (Enfermedades mucocutáneas y glándulas salivales). Editorial síntesis.1996, pags.330-349.
- 4) Escovich L, Glándulas Salivales (Patología, Diagnóstico y Tratamiento), Editorial. Facultad de Odontología de la Universidad del Rosario, primera edición. 1999, pags.338-350
- 5) Raspall G. Cirugía oral y Maxilofacial. Edit. panamericana. 1º edición, año 1997.pags 310-313, 345-348.
- 6) Moore K, Anatomía con Orientación Clínica,4 edición. Editorial.. Panamericana, 2002.pag. 959-967.
- 7) <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/11/0802/arti.htm>
- 8) <http://www.100cia.com/enciclopedia/Saliva>.
- 9) Schumidt thews. Fisiología Humana, Editorial Interamericana, 1ª.edición. pp, 773-774.
- 10) Regezi, Oral pathology (Clinical Pathologic correlation), Edit Saunder, four edition, 2004. pp.183-220.
- 11) Neville B. Oral and Maxillofacial Pathology edit Saunders, 2 ed. 2004, pp 389-432.
- 12) Kruger G, cirugía buco-maxilofacial, editorial Panamericana, 5ta edición.2002 .pp. 235- 246.
- 13) www.actaodontologica.com.
- 14) Grispain D. Enfermedades de la boca. Tomo IV Ed. Mundi.2001.
- 15) Sapp P, Patología Oral y Maxilofacial contemporánea, Editorial Mosby. 2000.pags 331-335.
- 16) Max Robert. Oral and Maxillofacial Pathology, editorial quintessence publishing 2004.pags. 511-518
- 17) Philip McCarty, Enfermedades de la Mucosa Bucal, Editorial el Ateneo, 2ºedición, pags. 378-385.

- 18) Regezi J. Patología bucal. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 3ª edición, pags, 221-235.
- 19) Strassburg M, Mucosa oral, atlas a color de enfermedades. Editorial Marban, tercera edición.pags 283-297.
- 20) Dechaume M. Estomatología.Edit. Toray-Manson S.A. Barcelona.pags 138-145.
- 21) Eversole L, Patología Bucal Diagnóstico y tratamiento. Ed. Panamericana,pags 126,127, 328, 329.
- 22) Norman K Word Pain, Lesiones Orales y Maxilofaciales, Ed. Harcourt-Brace,;5ªedición.
- 23) http://www.smorlccc.org.mx/interes/revista/revista_3_01/3_articulo09.asp
- 24)<http://www.medmayor.cl/odontologia/quinto/radiologiaavanzada/6senomaxilar.doc22/04/0>
- 25) Lewis Evesole, Clinical Outlinr of Oral Pathology Diagnosis and Tratament, editorial lea-Febiger, third edition 1992.Pags 226,127,328,328.
- 26) Cosme gay, Tratado de Cirugía Bucal, Edit. Ergon. Tomo 1, 2004.
- 27) Schenck, Nicholas L. 1974. *Frontal Sinus Disease*. I. An Historical Perspective on Research. *Laryngoscope* 84:1031-1044
- 28) Waite D. Tratado de Cirugía Bucal Practica, edit. Continental 1984.
- 29) Barmash Harnold, Mucocelos and Ránulas, 2003 American Asociacions of Oral and Maxillofacial Surgery 61:369-378, 2003.
- 30) Hervert Harnichs, Clínica y Terapéutica de los Maxilares, editorial Buch-und Zeitschriften-Verlag.
- 31) <http://odontologia.uchile.cl/irepo/patoral/private/sinuost/sinuost.html>