

502

J. Gargallo Albiol<sup>1</sup>  
J. R. Domínguez Rodríguez<sup>2</sup>  
L. Berini Aytés<sup>3</sup>  
J. M. Herráez Vilas<sup>1</sup>  
A. España Tost<sup>4</sup>  
C. Gay Escoda<sup>5</sup>

## Estudio descriptivo de 21 casos de mucocele de la cavidad bucal

1 Odontólogo, Máster en Cirugía Bucal.

2 Profesor del Máster de Cirugía e Implantología Bucal.

3 Profesor Titular de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial; Profesor del Máster de Cirugía e Implantología Bucal.

4 Profesor Asociado; Profesor del Máster de Cirugía e Implantología Bucal.

5 Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial,

Director del Máster de Cirugía e Implantología Bucal, Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

### Correspondencia:

Prof. Dr. C. Gay Escoda  
Un. Depart. de Odontostomatología  
Sección de Cirugía Bucal y Maxilofacial  
Facultad de Odontología  
Universidad de Barcelona  
Campus de Bellvitge  
Feixa Llarga s/n  
08907 L'Hospitalet de Llobregat

### RESUMEN

Se ha analizado la distribución por sexos, edad, resultado histológico, localización, profundidad, tamaño, síntomas, tiempo de evolución, factores etiológicos y tratamiento quirúrgico en 21 pacientes con mucocele de la cavidad bucal. Había 19 (90,5%) mucocelos por extravasación y dos (9,5%), por retención. La localización más frecuente fue el tercio lateral del labio inferior (38,1%). El 52,4% de los mucocelos no se asociaba a ningún factor etiológico evidente. En todos los casos, se practicó exéresis quirúrgica con bisturí convencional. No se ha detectado ninguna recidiva después de un seguimiento mínimo de 12 meses. Se comentan los tratamientos alternativos, como la criocirugía y el láser de CO<sub>2</sub>.

### PALABRAS CLAVE

Mucocele; Glándulas salivales; Ránula.

### ABSTRACT

*In a series of 21 patients with mucocele of the oral cavity, sex and age distribution, pathologic examination, localization, depth, size, symptoms, time course, etiologic factors, and surgical treatment were evaluated. There were 19 (90,5%) extravasation mucocelos and two (9,5%) retention mucocelos. They were most frequently localized in the lateral third of the lower lip (38,1%). There was no obvious etiologic factor in 52,4% of cases. All patients underwent surgical removal with conventional bistoury. No recurrences have occurred after a minimum of 12month follow-up. Alternative treatments, such as cryosurgery and Co2 laser are also discussed.*

### KEY WORDS

*Mucocele; Salivary glands; Oral mucous cyst; Ranula.*

## INTRODUCCIÓN

El mucocele es una alteración de las glándulas salivales menores y consiste en un acúmulo de material mucoide, se localiza en la submucosa oral y se presenta como una tumoración bien circunscrita, de tamaño variable (de milímetros a centímetros) y un contenido líquido. Su origen es, habitualmente, traumático<sup>(1-3)</sup>. Hay dos mecanismos de producción. En primer lugar, se puede producir una extravasación del contenido del conducto excretor, que queda retenido por una pseudocápsula fibrosa (mucocele por extravasación) y, en segundo lugar, se puede producir una dilatación de dicho conducto, donde se retiene y acumula el contenido mucoide (mucocele por retención)<sup>(2)</sup>.

El mucocele de las glándulas salivales menores representa el 75%; la mayoría (85%) son mucocelos por extravasación y el 15%, por retención<sup>(4)</sup>.

En el mucocele por extravasación, se distinguen tres fases secuenciales:<sup>(2, 4, 5)</sup> una fase inicial, durante la cual, el moco se extravasa del conducto excretor hacia el tejido intersticial y se produce un depósito mucoides mal circunscrito; una fase de reabsorción, en la que se forma un granuloma a cuerpo extraño, con infiltrado compuesto por histiocitos, macrófagos y células gigantes multinucleares, y una fase final, en la que se produce la encapsulación por tejido conectivo.

En cambio, histológicamente, la cubierta de los mucocelos por retención está formada por un epitelio de revestimiento del contenido mucoide similar al epitelio de los conductos excretores<sup>(2, 4)</sup>.

La localización clínica de los mucocelos puede ser superficial o profunda; los mucocelos superficiales se diagnostican habitualmente por inspección y los mucocelos profundos, por palpación<sup>(1)</sup>.

## PACIENTES Y MÉTODOS

En el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial de la Clínica Odontológica Universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona, se han intervenido 21 pacientes con mucocele de la



Figura 1. Mucocele en el tercio lateral del labio inferior.

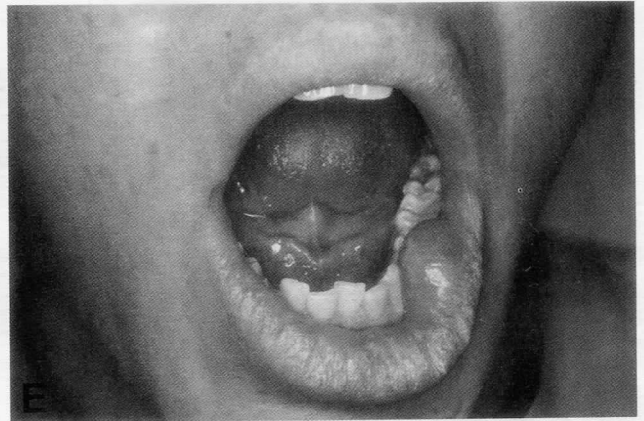


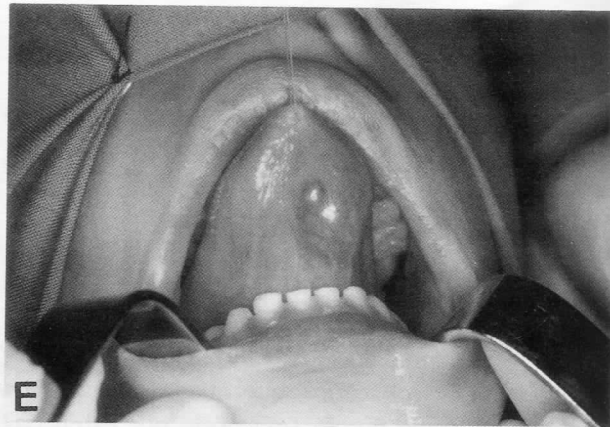
Figura 2. Mucocele en la comisura bucal.

cavidad bucal. Había 11 varones (52,4%) y diez mujeres (47,6%), de edades comprendidas entre los 10 y los 56 años (media, 23 años). El día de la exéresis, se rellenaba una ficha de control según un protocolo establecido. Se registraba el sexo, la edad, el resultado histológico, la localización, la situación (superficial o profunda), el tamaño, los síntomas más destacables, la presencia de tumefacción, el tiempo de evolución, los posibles factores etiológicos, el tratamiento aplicado, el tipo de anestesia, las complicaciones, y los controles postoperatorios sucesivos. Los controles postoperatorios se efectuaron a la semana, al mes, a los tres meses y a los seis meses; a partir de dicho momento, el control fue anual.

504



**Figura 3.** Mucocele en la comisura bucal.



**Figura 4.** Mucocele en la cara ventral de la lengua, originado en las glándulas de Blandin-Nuhn.



**Figura 5.** Imagen preoperatoria de un mucocele de la comisura bucal.



**Figura 6.** Postoperatorio inmediato de una exéresis en cuña de un mucocele de comisura bucal.

## RESULTADOS

La edad media de los pacientes con mucocele por extravasación y la de los pacientes con mucocele por retención fue de 21 y de 40 años, respectivamente. De acuerdo con el estudio histológico, había 19 mucoceles (90,5%) por extravasación y dos (9,5%), por retención. La localización más frecuente fue en el tercio lateral del labio inferior (38,1%) (Fig. 1); en segundo lugar, la comisura bucal (Figs. 2 y 3) y la parte ventral de la lengua, a partir de las glándulas de Blandin-Nuhn (Fig. 4), con un 14,3% respectivamente; en tercer lugar, en el tercio medio del labio inferior y en la

mucosa yugal (9,5%) y, por último, las localizaciones menos frecuentes fueron el labio superior y el suelo de la boca. En cuanto a la situación, 19 (90,5%) eran superficiales y dos (9,5%), profundos. De los dos profundos, había un mucocele por extravasación y un mucocele por retención. Por tanto, de los 19 mucoceles por extravasación, 18 (94,7%) eran superficiales y uno, profundo (5,3%). El diámetro máximo osciló entre 2 y 20 mm. Como término medio, los pacientes solicitaban tratamiento quirúrgico del mucocele cuando éste había provocado dos episodios de tumefacción, aunque algún paciente había presentado hasta cinco episodios de tumefacción. El tiempo de evolu-

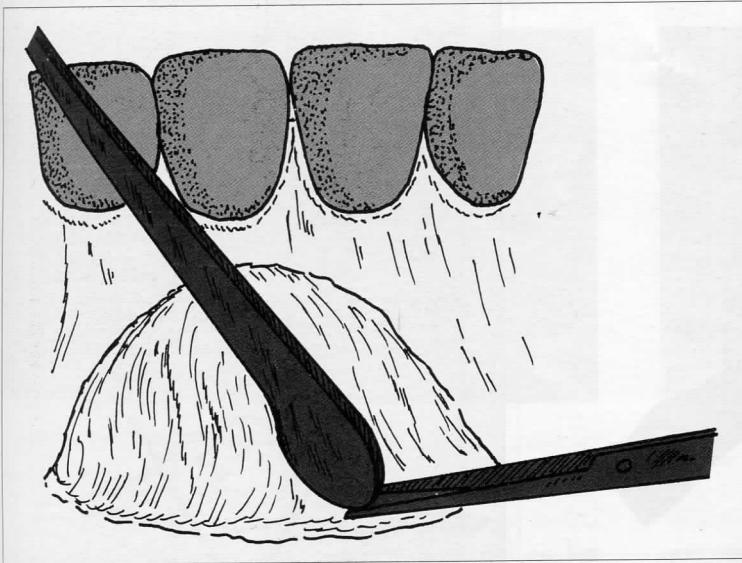
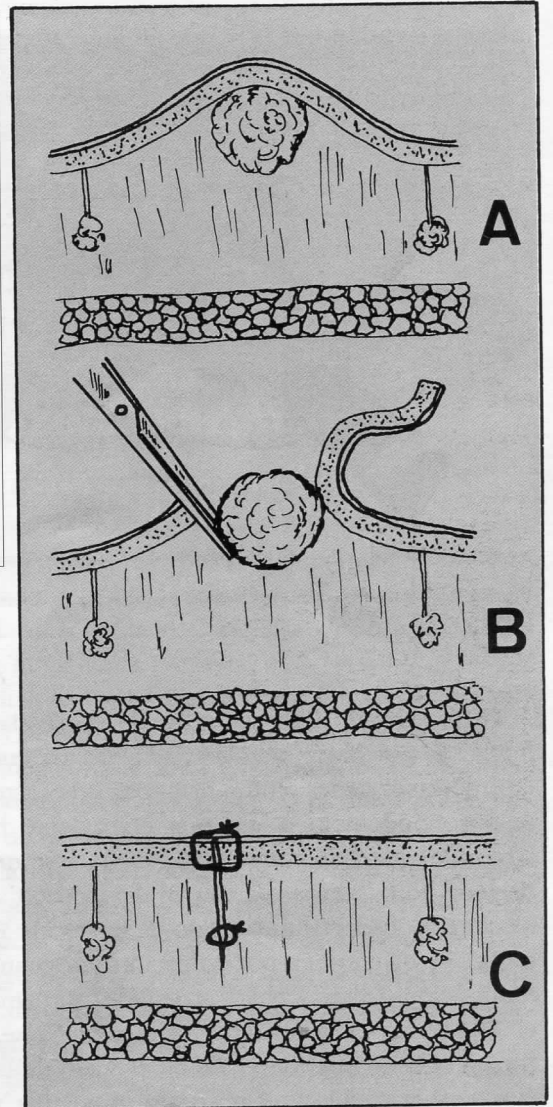


Figura 7. Secuencia quirúrgica de la disección de la membrana quística del mucocele.

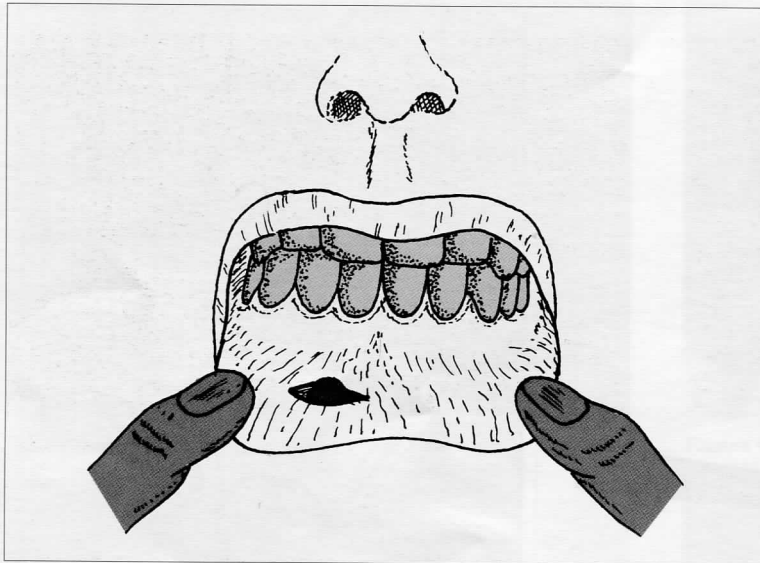
ción de los mucocelos osciló entre 2 y 12 meses (media, 6 meses). En diez mucocelos (47,6%), había algún factor etiológico evidente, como el mordisqueo repetido del labio, de la mucosa yugal o de la lengua, una deglución atípica y roce con los dientes, succión del labio, etc. En los 11 (52,4%) restantes, no pudo asociarse ningún factor etiológico. En todos los casos, el tratamiento fue la exéresis quirúrgica del mucocele con bisturi convencional. La mayoría de intervenciones se efectuaron bajo anestesia local (20 pacientes, 95,2%); en algunos casos, se administró sedación. Sólo un paciente fue intervenido bajo anestesia general. No se registró ninguna complicación. El período medio de seguimiento fue de 22 meses (límites, 12-48 meses). Durante dicho período de seguimiento, no se detectó ninguna recidiva.

## DISCUSIÓN

Los mucocelos por extravasación aparecen preferentemente durante la segunda o la tercera décadas de la vida; los mucocelos por retención, en cambio,



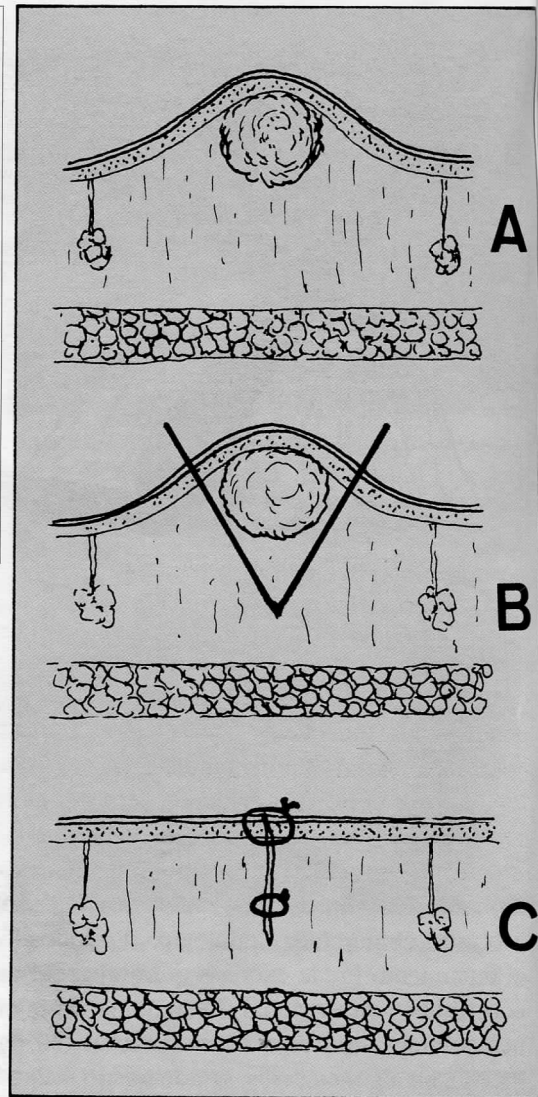
aparecen principalmente durante la séptima u octava década<sup>(4)</sup>. En este estudio, la edad media de los pacientes con mucocele por extravasación era de 21 años; la edad media de los pacientes con mucocele por retención fue superior a la de los primeros (40 años). Ocasionalmente, los mucocelos pueden aparecer a edades tempranas, incluso en niños con semanas de vida; en dichos casos, si el tamaño del mucocele es considerable, puede haber un compromiso respiratorio<sup>(6)</sup>.



**Figura 8.** Secuencia quirúrgica de la exéresis en cuña del mucocele.

En la serie de 25 mucocelos de la cavidad oral, publicada por Bagán y cols.<sup>(2)</sup>, se afirmaba que en el 48% de casos, la lesión fue diagnosticada casualmente por el odontólogo, sin que el paciente hubiera advertido que era portador de dicha lesión. En la mayoría de los casos (95,7%), el diagnóstico se estableció por inspección. Cuando el mucocele es profundo, se diagnostica por palpación. En cuanto a la localización, Dilley y cols<sup>(1)</sup> y Seifert<sup>(4)</sup> afirmaron que el 70% de los mucocelos por extravasación se localizan en el labio inferior, el 7% en el suelo de la boca, el 6% en la mejilla y el resto, en el paladar y otras áreas. En el presente estudio, la localización en el labio inferior fue del 57,1%. Yamasoba y cols<sup>(7)</sup> estudiaron a 70 pacientes con mucocele del labio inferior; en dicha serie, la localización más frecuente fue el área donde el incisivo lateral superior contacta con el labio inferior (71%). En cambio, sólo el 20% de mucocelos por retención se localizan en el labio inferior<sup>(4)</sup>.

Los mucocelos también pueden localizarse en otras topografías bucales o no bucales. Mandel y Kaynar<sup>(8)</sup> publicaron un caso de una mujer de 26 años con un mucocele por extravasación de 3 x 7,4 cm, localizado



en la glándula de Blandin-Nuhn, tratado mediante exéresis quirúrgica bajo anestesia local.

Cuando el mucocele se localiza en el suelo de la boca se denomina ránula; una localización menos frecuente es la región hioidea-inframilo hioidea, en cuyo caso, se denomina plunging ránula o ránula cervical. Si el mucocele es muy grande y su crecimiento, continuo, puede desplazar a las estructuras vecinas. Esta circunstancia es infrecuente en la cavidad oral, porque los mucocelos se detectan y extirpan antes de produ-

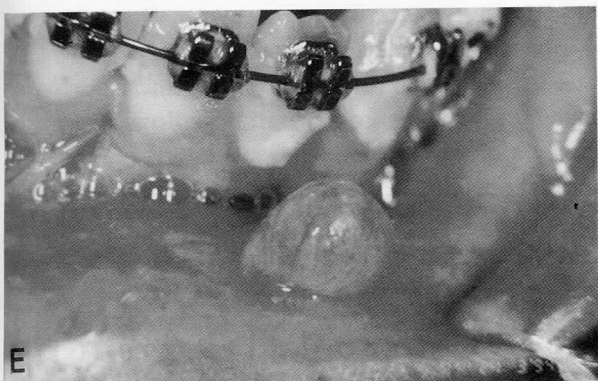


Figura 9. Mucocele en el labio inferior.



Figura 10. Imagen postoperatoria de la exéresis del mucocele con láser de CO<sub>2</sub>.

cir dichos desplazamientos, pero es frecuente en los mucoceles de los senos paranasales, que pueden erosionar la lámina papirácea o desplazar el contenido orbitario inferior o del etmoides<sup>(9-15)</sup>.

Por lo que respecta a la etiología, en el estudio mencionado, se detectó un factor etiopatogénico traumático (mordisqueo repetido, maloclusión) en el 72% de los casos; en el 28% restante, no pudo determinarse un factor etiológico evidente. En nuestro estudio, sin embargo, el porcentaje de mucoceles no asociados a un factor etiológico evidente fue superior al de mucoceles asociados al mismo (52,4% versus 47,6%).

Según Praetorius y Hammarström,<sup>(16)</sup> los mucoceles de la cavidad oral no sólo se desarrollan a partir de la oclusión ductal (mucocele por retención) o por traumatismo (mucocele por extravasación) del conducto excretor de las glándulas salivales. También hay mucoceles de desarrollo intraglandular o causados por desestructuración parenquimatosa, debida a la hipertensión intraluminal seguida de la obstrucción del ducto remanente, o bien, por la destrucción traumática de un elevado número de células parenquimatosas, quedando contenido mucoide en un lóbulo de la glándula.

Se debe efectuar el diagnóstico diferencial con el sialocele, una cavidad subcutánea extraglandular,

que contiene saliva y es consecuencia de un traumatismo reciente sobre la glándula o su conducto principal. Hasta la actualidad, el sialocele sólo se ha descrito en la glándula parótida<sup>(17)</sup>

El tratamiento del mucocele es la extirpación quirúrgica (Figs. 5 y 6); el vaciado por punción implica casi siempre una recidiva a corto plazo. La disección de la membrana quística (Fig. 7) es difícil por la fragilidad de la mucosa, lo que supone perder los límites de la disección, motivo por el cual, se propone inicialmente la exéresis en cuña (Fig. 8), es decir, en alejamiento de los márgenes del mucocele<sup>(7,17-19)</sup> Si el mucocele es muy grande o está localizado en una región anatómica crítica, puede proponerse la marsupialización<sup>(7)</sup>.

Uno de los posibles problemas del tratamiento quirúrgico convencional es la recidiva de los mucoceles. Como tratamientos alternativos, se ha propuesto la criocirugía y la eliminación con láser de CO<sub>2</sub>. La criocirugía es muy bien tolerada por los niños y no precisa anestesia local<sup>(18,19)</sup> Twetman e Isaksson<sup>(19)</sup> no detectaron ningún caso de recidiva, 1 año después de la extirpación del mucocele del labio inferior en ocho niños. Yamasoba y cols<sup>(7)</sup> detectaron dos recidivas, 2 años después de la extirpación quirúrgica de 70 mucoceles de la cavidad bucal. En nuestro estudio, no ha aparecido ninguna recidiva después de un periodo de seguimiento mínimo de 1 año.

J. Gargallo Albiol  
J. R. Domínguez Rodríguez  
L. Berini Aytés  
J. M. Herráez Vilas  
A. España Tost  
C. Gay Escoda

Estudio descriptivo de 21 casos de mucocele de la cavidad bucal

508

En nuestra Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial, hemos intervenido con éxito a tres pacientes (no incluidos en la presente serie) que presentaban recidiva de mucocele después de tratamiento quirúrgico convencional, mediante láser de CO<sub>2</sub>. La acción del láser consiste en la destrucción de las pequeñas glándulas mucosas de la zona donde se encuentra la responsable del mucocele (Figs. 9 y 10).

Respecto a la evolución y pronóstico del mucocele,

debe tenerse presente que es una lesión quística y, por tanto, de buen pronóstico. Excepcionalmente, puede presentar un comportamiento agresivo o maligno; Sercarz y cols<sup>(20)</sup> han descrito la transformación de un mucocele localizado en el seno frontoetmoidal en carcinoma escamoso, aunque en dicho caso, los autores sentaban una reflexión sobre la posible asociación de la malignización y unas condiciones inflamatorias crónicas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Dilley DC, Siegel MA, Budnick S. Diagnosing and treating common oral pathologies. *Pediatric Clinics North Am* 1991;**38**:1227-63.
- 2 Bagan Sebastián JV, Silvestre Donat FJ, Peñarrocha Diago M, Milián Masanet MA. Estudio clínico-patológico de los mucoceles de la cavidad oral. *Avances Odontoestomatol* 1990;**6**:389-95.
- 3 López Duque JC, Aguirre Urizar JM, Rivera Pomar JM. Mucocele del labio inferior. Análisis clinicopatológico. *Rev Europea Odontoestomatol* 1992;**4**:365-370.
- 4 Seifert G. Tumor-like lesions of the salivary glands. The new WHO classification. *Path Res Pract* 1992;**188**:836-46.
- 5 Jensen JL. Superficial mucoceles of the oral mucosa. *Am J Dermatopathol* 1990;**12**:88-92.
- 6 Poker ID, Hopper D. Salivary extravasation cyst of the tongue. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990;**28**:176-177.
- 7 Yamasoba T, Tayama N, Syoji M, Fukuta M. Clinicostatistical study of lower lip mucoceles. *Head-Neck* 1990;**12**:316-320.
- 8 Mandel L, Kaynar A. Mucocele of the gland of Blandin-Nuhn. *New York State Dent J* 1992;**58**:40-41.
- 9 Escobar HC, Llopis MV, Alzina de Aguilar V, Camarero CS, Suárez LC. Mucocele: una forma de presentación de la fibrosis quística en la infancia. Revisión de la literatura. *An Esp Pediatr* 1992;**37**:327-330.
- 10 Gil Tutor E. Mucocele, estudio clínico y terapéutico. *An Otorrinolaringol Ibero Am* 1991;**18**:591-606.
- 11 Detsouli M, Touhami M, Bnghalem A, Chekkoury AI, Benckekroun Y. Les mucoèles du sinus maxillaire. À propos de trois cas. *Ann Oto-Laryngol Chir Cervicofac* 1991;**108**:360-363.
- 12 García-Darenes F, Bouvier P, Breton P, Darenes J, Cros P, Freidel M. Mucocele des sinus maxillaires. A propos de 60 observations issues de la consultation stomatologique de l'hôpital cardiologique de Lyon. *Rev Stomatolog Chir Maxillofac* 1989;**90**:287-289.
- 13 Gardner DG. Cholesteatoma versus mucocele of the maxillary sinus. Letters to the editor. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;**48**:330.
- 14 Jensen JL. Recurrent intraoral vesicles. *JADA* 1990;**120**:569-570.
- 15 Sasoff RS, Rubin MM. Bilateral antral mucoceles: a report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;**49**:193-196.
- 16 Praetorius F, Hammarström L. A new concept of the pathogenesis of oral mucous cyst based on a study of 200 cases. *J Dent Assoc South Africa* 1992;**47**:226-231.
- 17 Surkin M, Remsen K, Lawson W. Mucocele of the submandibular gland. *Arch Otolaryngol* 1985;**111**:623-628.
- 18 Bodner L, Tal H. Salivary gland cysts of the oral cavity: clinical observation and surgical management. *Compendium* 1991;**12**:154-6.
- 19 Twetman S, Isaksson S. Cryosurgical treatment of mucoceles in children. *Am J Dent* 1991;**3**:175-176.
- 20 Sercarz JA, Wang MB, Calcaterra TC. Skull base malignancy following long-term sinus mucocele and osteomyelitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991;**100**:137-141.