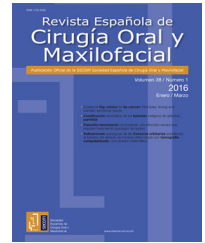




Revista Española de
Cirugía Oral y
Maxilofacial

www.elsevier.es/recom



Página del residente. Soluciones

Obstrucción de la vía aérea superior por mucocele del suelo de la boca



Upper airway obstruction due to a mucocele on the floor of the mouth

Carlos Salcedo-Gil^{a,*}, Josep Rubio-Palau^b, Alejandra Prieto Gundin^c
y José Ignacio Iriarte Ortabe^a

^a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Baleares, España

^b Servicio de Cirugía, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^c Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

El resultado anatomopatológico informó de lesión con formación quística tapizada en gran parte por un epitelio cilíndrico monoestratificado mucinoso, con áreas de metaplasia escamosa, sin atipia. En la periferia de la lesión se observan focos residuales de glándula salival menor, con moderado infiltrado de predominio crónico. Compatible con mucocele por retención. Posteriormente fue controlado en consultas, estando asintomático.

Discusión

Los mucocelos son lesiones benignas que usualmente se localizan debajo de la mucosa con un aspecto de vesícula translúcida cubierta de mucosa normal¹⁻³, con los días puede desaparecer debido a la fricción generada con la masticación y con rotura de la cápsula^{2,3}. Histopatológicamente se pueden describir 2 tipos de mucocelos: de extravasación y de retención¹.

La gran mayoría son mucocelos de extravasación donde la secreción mucosa escapa de la glándula menor al tejido submucoso circundante ocasionado por un traumatismo o

laceración^{1,4}. El mucocele por extravasación es la enfermedad más frecuente de las glándulas salivares en la infancia², se producen predominantemente en el labio inferior (77,9%), lengua (9,9%), y en el suelo de la boca también conocida como ránula (5,7%)¹⁻³. En este caso es importante tener en cuenta la ránula deslizante o suprahiodea, que en su crecimiento, se desliza entre los músculos milohioideo y geniogloso, semejando un reloj de arena que atraviesa el músculo milohioideo con 2 masas, una de evolución intraoral y otra mayor, infra-milohioidea y suprahiodea. La ránula se convierte en ránula disecante cuando tiene una presentación de forma bilateral en el suelo de la boca y puede adquirir un gran tamaño en la línea media atravesando el frenillo lingual. La ránula desecante nace de la cara medial profunda de una glándula sublingual, apareciendo más prominente el lado de origen, pero abarcando bilateralmente el suelo de boca anterior.

Los menos comunes son los mucocelos de retención que se producen por una obstrucción y dilatación ductal por inflamación, un cálculo y espasmo ductal con posterior retención de moco⁴. Las paredes quísticas están recubiertas con epitelio columnar o cuboide, afectado generalmente⁴. En pacientes adultos suelen afectar las glándulas salivares mayores.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.12.003>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salcedocarlosmd@hotmail.com (C. Salcedo-Gil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.12.004>

1130-0558/© 2015 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Los 2 tipos de mucocelos no se pueden diferenciar clínicamente. Para su diagnóstico son herramientas útiles la ecografía, la TAC y la RMN con contraste^{4,5}.

El tratamiento de los mucocelos es la extirpación quirúrgica, la resección con láser CO₂, la crioterapia³, la inyección intra-quiste de sustancias esclerosantes (OK-432) y la toxina botulínica. También se ha descrito la técnica de la marsupialización. Otras terapias que se han mostrado poco eficaces como la inyección intralesional con corticoides o ácido gamma-linolénico, pero en la actualidad el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica³.

En el diagnóstico diferencial se debe realizar con procesos inflamatorios o infecciosos como la angina de Ludwig, celulitis, sialoadenitis submaxilar o sublingual, infecciones de origen odontogénico, enfermedades infecciosas como la mononucleosis, la enfermedad por arañazo de gato, la escrófula, la forunculosis y el quiste hidatídico^{5,6}, con lesiones del desarrollo como el quiste branquial, el quiste dermoide, el quiste epidermoide, el teratoma, el quiste tirogloso, el laringocele y el higroma quístico⁶. También se han de tener en cuenta lesiones congénitas como las malformaciones vasculares o linfangiomas y las tumoraciones benignas como el adenoma pleomorfo y monomorfo de la glándula submaxilar y sublingual y, dentro de las neoplasias malignas el carcinoma mucoepidermoide, y el carcinoma adenoide quístico^{5,6}. Debe descartarse también el mucocelo de la superficie ventral de la lengua, conocido como mucocelo de las glándulas de Blandin-Nuhn, y que surge a partir de glándulas ubicadas cerca de la punta de la cara ventral de la lengua, y crece entre músculos de la línea media. Otras lesiones a tener en cuenta son el lipoma, el neurofibroma, así como el linfoma Hodgkin y no Hodgkin⁶.

Conclusión

Se presenta el caso de un paciente con un mucocelo por retención en el suelo de la boca, el menos frecuente de los 2 tipos histológicos, que fue diagnosticado a raíz de un cuadro de asfíxia secundaria a sobreinfección del mismo, produciendo un colapso parcial de la vía respiratoria alta. Para su diagnóstico se requiere de estudios radiológicos, y su confirmación es anatomopatológica. A pesar de su benignidad, dada su localización puede conllevar complicaciones fatídicas si no son tratadas precozmente con antibioterapia y antiinflamatorios intravenosos. El tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica del mismo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zancopé E, Pereira AC, Ribeiro-Rotta RF, Mendonça EF, Batista AC. Mucocelo in posterior dorsal surface of tongue: an extremely rare location. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:1307-10.
2. Chi AC, Lambert PR 3rd, Richardson MS, Neville BW. Oral mucocelos: A clinicopathologic review of 1,824 cases, including unusual variants. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69:1086-93.
3. Xu GZ, Yang C, Yu CQ, He D, Zhang S. Multiple superficial mucocelos on lower lip, soft palate, retromolar region, and floor of mouth. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68:2601-3.
4. Hze-Khoong EP, Xu L, Shen S, Yin X, Wang L, Zhang C. Submandibular gland mucocelo associated with a mixed ranula. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;113:e6-9.
5. Baurmash HD. Mucocelos and ranulas. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61:369-78.
6. Parara E, Christopoulos P, Tosios K, Paravalou I, Vourlakou Ch, Alexandridis K. A swelling of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;109:12-6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.12.004>