

Tratamiento simple y de bajo costo de mucocele oral en un paciente pediátrico: reporte de caso

Carol Carmen Ponce Cáceres¹  | Luis Paul Bautista Gamarra¹  | Lucía Soledad Chávez Virrueta² 
Nube Ortega Stopper³  | Bertha Angélica Chávez González¹ 

¹ Sociedad Peruana de Odontopediatría, Lima, Perú

² Cirujano dentista, Arequipa, Perú

³ Sociedad de Odontopediatras del Guayas, Ecuador

Objetivo: El objetivo de este reporte de caso es presentar una técnica simple de escisión quirúrgica de un mucocele oral en un paciente pediátrico mediante manejo conductual no farmacológico.

Discusión: Este relato debe destacarse por la simpleza de la técnica, su bajo costo, menor tiempo y mayor aceptación por el paciente pediátrico. Además, se debe prestar atención a la técnica de escisión quirúrgica, enfatizando en la importancia de la selección del hilo de sutura y del análisis histológico. El mucocele es generalmente asintomático, sin embargo, en este caso la lesión afecta el habla, la masticación y autoestima del niño.

Conclusión: Es competencia del odontopediatra tratar oportunamente y evitar secuelas como las encontradas en este reporte.

Palabras clave: Mucocele. Informes de casos. Cirugía bucal. Atención odontológica.

Submitido: 04/10/2021

Aceito: 24/12/2021

INTRODUCCIÓN

El mucocele oral es considerado como una de las lesiones quísticas benignas más frecuentes en la cavidad oral de los niños, involucrando a las glándulas salivales menores y sus respectivos conductos excretores^{1,2}.

Los factores etiológicos involucrados en la formación del mucocele son los traumatismos, que podrían provocar una ruptura en el conducto excretor de la glándula salival menor conduciendo a la extravasación de la saliva hacia los espacios propios de los tejidos adyacentes. A esta condición se le conoce como quiste de extravasación mucosa¹, siendo el más prevalente³. Además, también puede ser citada la obstrucción ductal parcial o completa del sistema de conductos, denominado quiste mucoso de retención o sialoquiste¹.

Los mucocelos orales pueden presentarse en cualquier zona de la cavidad oral, a excepción de las encías, ya que no existe la presencia de glándulas salivales en este reparo anatómico⁴. La prevalencia de los mucocelos orales es del 23% en niños⁵, siendo los mucocelos de extravasación los que se manifiestan en edades tempranas de la infancia, adolescencia y adultez, mientras que los de tipo retención son más marcados en edades avanzadas¹. Es más frecuente localizarlos en la mucosa del labio inferior por ser el lugar con mayor susceptibilidad a lesiones con una prevalencia del 75 al 80%⁴. Es muy raro encontrarlos en la zona ventral de la lengua, ordenándose en masa en forma de caballo, en la zona de las glándulas salivales de Blandin y Nuhn^{1,4,6}.

Clínicamente los mucocelos orales se manifiestan como elevaciones de la mucosa,

Autor de la Correspondência: Bertha Angélica Chávez González

Av. la Paz 434, Miraflores, Lima, Peru. Código Postal: 15074. Teléfono: +51 966 167 072

E-mail: angelicachavez2008@hotmail.com

únicos o múltiples, circunscritos, bien definidos, de superficie lisa y con un tamaño variable que puede oscilar de milímetros a centímetros¹. El aspecto varía de acuerdo a la localización del mucocele que puede ser superficial o profunda. Las lesiones superficiales se pueden observar como una vesícula redondeada, fluctuante, de ligera coloración azulada o translúcida, asintomática y de crecimiento lento². Mientras que las lesiones más profundas, se caracterizan principalmente en su coloración semejante al de la mucosa (rosada) debido al grosor del tejido que la envuelve⁶. Además, una sintomatología propia del mucocele de extravasación mucosa es el entumecimiento provocado por la liberación del moco. La duración de la lesión varía de días, semanas o meses⁷.

Conocer las relevancias clínicas e histológicas del mucocele oral son fundamentales para determinar un diagnóstico definitivo de la lesión y poder establecer el tratamiento adecuado según sea el caso. Sin embargo, esta lesión podría ser confundida con otras lesiones tales como: Hemangioma, neoplasias orales, fibromas, lipomas, carcinoma adenoquistico, carcinoma epidermoide, ránula e hiperplasia fibrosa focal⁶⁻⁸. Por tal motivo, es indispensable realizar la biopsia y el estudio histológico de la lesión¹. Actualmente se está investigando el uso de la dermatoscopia en el diagnóstico de mucoceles orales⁹.

Los tratamientos a realizar descritos en la literatura para el mucocele oral incluyen: escisión quirúrgica, micromarsupialización, marsupialización, electrocirugía, criocirugía, aplicación de láser de argón y láser diodo⁸.

La escisión quirúrgica completa con bisturí, realizada en el presente reporte de caso, sigue siendo la mejor decisión de tratamiento para esta lesión¹⁰ debido a una menor tasa de recidiva. Sin embargo, se debe realizar la exéresis de la lesión y la remoción de las glándulas comprometidas, para un pronóstico favorable¹¹.

El objetivo de este relato de caso clínico es presentar una técnica de escisión quirúrgica simple, de bajo costo realizada mediante manejo conductual no farmacológico de un mucocele oral en labio inferior en un paciente pediátrico.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 8 años de edad, acude a la clínica Docente Asistencial MasterDentika de la ciudad de Arequipa, Perú, para evaluación acompañado de la madre quien indica como motivo de consulta “una bolita en la boca” desde hace 2 meses. Durante la anamnesis, la madre relata que el niño se encuentra en buen estado de salud general y es asintomático, pero indica que la lesión afecta el habla, la masticación y la autoestima del niño.

Al examen clínico se observa tumefacción en labio inferior de consistencia blanda, fluctuante, de coloración similar a la mucosa oral y translúcida compatible con mucocele, por lo que se procede a explicar el plan de tratamiento a la madre, indicando la necesidad de la remoción quirúrgica de la lesión (Figura 1). La madre acepta la intervención firmando el consentimiento informado y se programa la cirugía para el día siguiente.

Figura 1- Tumefacción en labio inferior compatible con mucocele



El día de la intervención, fue utilizada la técnica Decir-Mostrar-Hacer, mediante la cual fue explicado al paciente el procedimiento a realizar. Además, se utilizó la técnica de distracción, musicoterapia y finalmente refuerzo positivo durante la cirugía. Estas técnicas asociadas fueron determinantes para conseguir la colaboración y mantener al niño calmado y así poder realizar el procedimiento de manera más rápida.

El instrumental y material para la cirugía se detalla a continuación: Campos estériles, clorhexidina 0,12%, anestesia tópica, jeringa cámpule, cartucho de lidocaína 2%, mango de bisturí, hoja de bisturí N° 15, pinza y espejo, gasas estériles, agujas pediátricas, porta aguja, tijera de cirugía, suctor de secreciones, guantes quirúrgicos, hilo de sutura reabsorbible, frasco para envío de muestra.

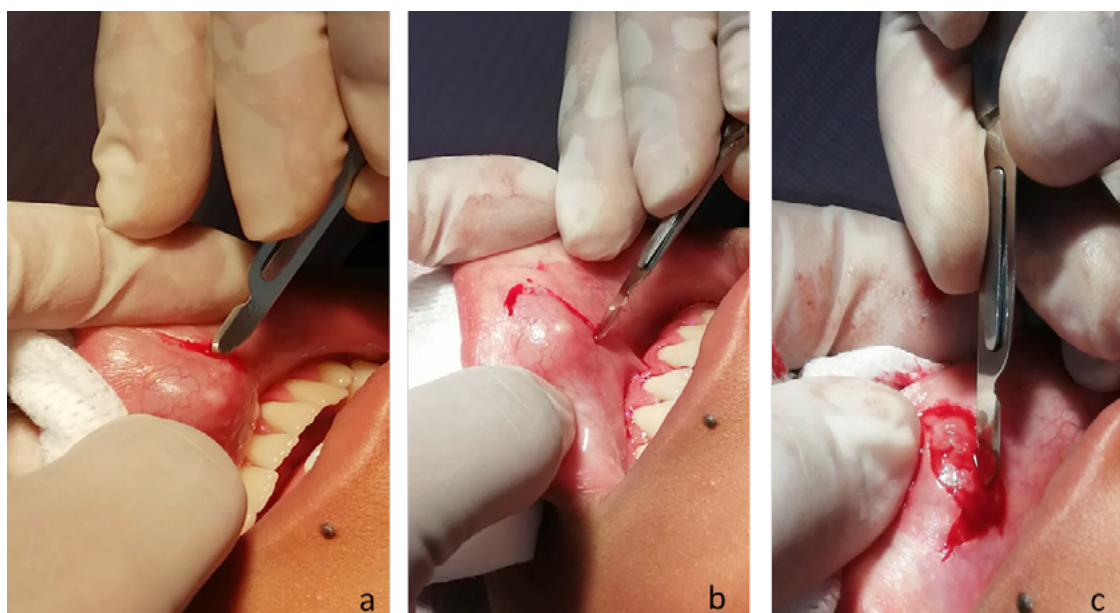
Paso a paso de la técnica quirúrgica:

- 1.Limpieza de la zona con clorhexidina 0,12%
- 2.Reconocimiento de los límites del mucocele
- 3.Colocación de anestésico tópico en fondo de surco a nivel de las piezas 31 y 32 previo secado de la zona.
- 4.Anestesia infiltrativa en la región (lidocaína al 2% con vasoconstrictor y aguja ultracorta), a nivel del fondo de surco y en la zona circundante a la lesión en el labio inferior para edematizar la zona y observar claramente los límites de la lesión.
- 5.Tracción del labio con la ayuda de una gasa estéril (Figura 2).
- 6.Incisión “ojal” con bisturí (Figura 3).

Figura 2 - Tracción del labio con la ayuda de una gasa estéril



Figura 3 - Secuencia de la técnica de incisión “ojal” con bisturí (a,b,c)



7. Se pinza delicadamente la lesión y con una tijera se realiza debridamiento hasta la resección total de la glándula comprometida.

8. Retiro de las glándulas salivales que se encontraron en el borde de la incisión (Figura 4).

Figura 4 - Resección total de la glándula comprometida (a,b,c)

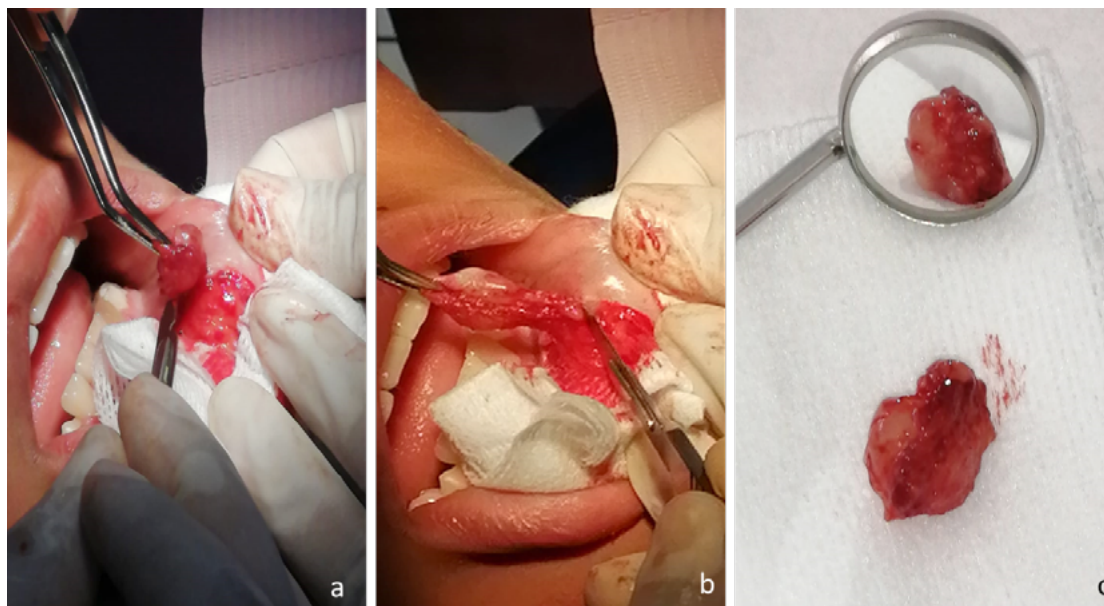
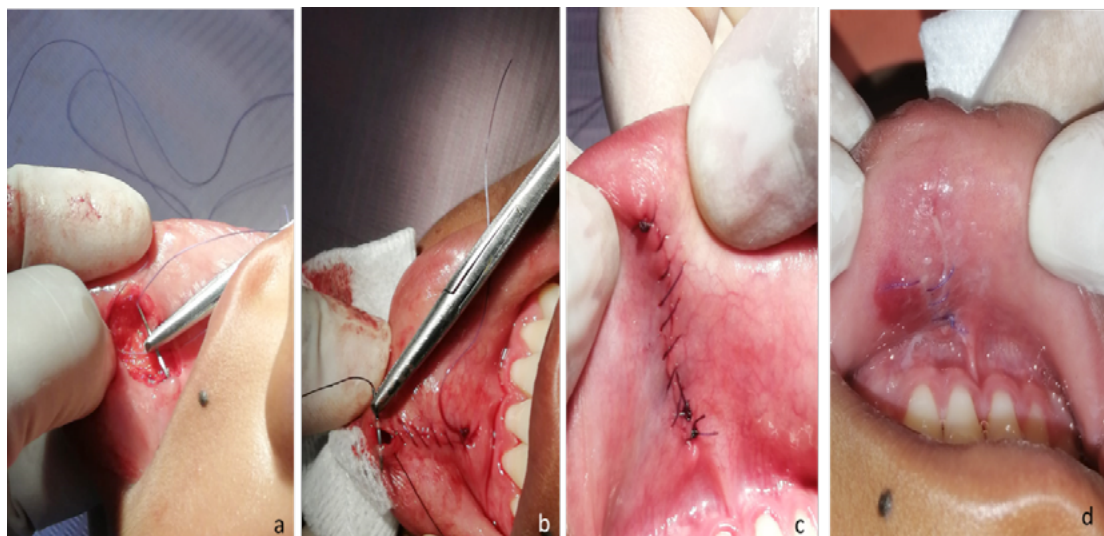


Figura 5 - Secuencia de la técnica de sutura con puntos discontinuos usando ácido poliglicólico 4/0 (a, b, c). Control al día siguiente de la resección total de la glándula comprometida (d)



9. Sutura con puntos discontinuos usando ácido poliglicólico 4/0 (Figura 5).

10. Limpieza de la zona quirúrgica con clorhexidina 0,12%.

11. Colocación de gasa estéril en zona quirúrgica para morder hasta que el periodo de la anestesia desaparezca (aproximadamente 1/2 hora).

12. Interconsulta a patología.

13. Indicaciones post quirúrgicas: Morder gasa hasta que pase el efecto de la anestesia, dieta blanda y blanca que incluye alimentos

suaves, no picantes y con poca fibra, además de indicación de analgésico, ibuprofeno de 400 mg en tabletas, cada 8 horas durante 3 días. Se indicó el mantenimiento de la higiene de rutina con cepillo de dientes y pasta dental de mínimo 1000 ppm de flúor.

DISCUSIÓN

El mucocele se relaciona comúnmente con traumatismos en el labio inferior, considerando el hábito de succión y mordedura labial como

factores que predisponen a su aparición; además, es una zona de alta prevalencia para su ubicación (del 75 al 80%)¹.

A diferencia de muchos reportes de casos encontrados en la literatura en los que se realizaba el tratamiento quirúrgico mediante manejo conductual farmacológico del paciente, en el presente caso fue realizado un tratamiento mediante manejo de conducta no farmacológico, por lo que consideramos que debe evaluarse la maduración psicológica del paciente para saber que técnicas de manejo se deben aplicar. Además, estas técnicas combinadas con el conocimiento de la psicología infantil infunden mayor confianza y seguridad en los niños, reduciendo la ansiedad y ayudándoles con su cooperación durante el procedimiento a realizar¹².

En la literatura los tratamientos son variados y controversiales para esta lesión. Sin embargo, la escisión quirúrgica del mucocele acompañado con la extirpación de la glándula completa sigue siendo el tratamiento por excelencia; ya que permite minimizar el riesgo de recidiva siempre y cuando se extirpen los acinos glandulares adyacentes¹. También es aceptado el uso de laser (argón, CO₂ y diodo), teniendo como ventaja una excelente hemostasia, reducción de edema y cicatrización, sin necesidad de sutura, con menor tiempo quirúrgico y buena aceptación del paciente⁷; sin embargo, las desventajas de esta técnica son el alto costo y la imposibilidad de realizar el examen histológico de la lesión¹³, lo cual es imprescindible para su estudio patológico¹.

El cierre adecuado de una herida a través de la sutura permite que la cicatrización ocurra satisfactoriamente, reduciendo la posibilidad de complicaciones durante la fase de reparación de los tejidos¹⁴. Los hilos de sutura actúan como cuerpos extraños que impulsan a los tejidos a una reacción tisular, presentando problemas generados por la proliferación de bacterias debido a la estructura del hilo que es usada como refugio de protección y a una reacción inflamatoria crónica que disminuye la fibroplasia^{15,16}. Si bien la seda negra es de primera elección en odontología, presenta varias desventajas como: escasa fuerza tensil, moderada reacción tisular, poca elasticidad y colonización de bacterias en sus filamentos^{15,17,18}.

En el presente caso clínico se realizó la sutura con ácido poliglicólico por ser una sutura de origen sintético, biodegradable y al ser reabsorbible no es necesario el retiro de puntos, evitando así la incomodidad del paciente pediátrico. Este hilo se asemeja a un

monofilamento permitiendo su deslizamiento por los tejidos y conserva su fuerza tensil en un 60% a los 7 días y posterior a los 15 días disminuye en un 20%^{15,17,18}.

Un estudio comparativo entre la seda negra y el ácido poliglicólico en cirugía oral demostró que la mayoría de sedas negras presentan mayor prevalencia de linfocitos, células epiteliales y neutrófilos en comparación a los del ácido poliglicólico, quienes presentaron fibrina en un 52% y solo 12% presentaron fibrina más células epiteliales¹⁹. Así mismo, concluyó mediante un análisis microscópico donde evaluó la contaminación bacteriana, que la reacción inflamatoria de los tejidos gingivales fue mayor con el uso de la seda negra en comparación con el ácido poliglicólico, a pesar que, en el estudio se indicó el uso de Clorhexidina al 0,2% se demostró que no afectó significativamente la presencia y clase de microorganismos en ningún tipo de seda¹⁹.

El estudio histopatológico adecuado, posterior al tratamiento de la escisión quirúrgica del mucocele oral comprende un eslabón importante para la determinación de la lesión, lo cual es vital para el diagnóstico. Por lo general, para el estudio histopatológico las lesiones extirpadas presentes en los portaobjetos son teñidos con hematoxilina y eosina, como procedimiento de rutina⁴. Microscópicamente, el fenómeno de extravasación mucosa es considerado como un pseudoquiste por no tener un recubrimiento de pared epitelial y los mucocelos de tipo retentivo presentan características de una cavidad quística revestida por epitelio cuboidal y exhibe menos reacción inflamatoria¹³.

En este caso el paciente y su familia refirieron que posterior a la escisión quirúrgica la función de masticación y habla fue restablecida, así como desapareció la incomodidad a su autoestima originada por el mucocele. Por ese motivo compete al odontopediatra tratar oportunamente y así evitar secuelas que afecten la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES


La técnica quirúrgica realizada en este caso clínico es sencilla y rápida, requiere pocos insumos y utiliza instrumental de fácil acceso y bajo costo, además de ser aceptada por el paciente pediátrico. El paciente debe ser colaborador y se tendrán que combinar técnicas de manejo conductual, de esta forma, será posible su realización en el consultorio. El uso de hilo de sutura reabsorbible dispensa una segunda cita para retiro de puntos, siendo este un aspecto


muy importante considerando la comodidad del paciente pediátrico. El análisis histopatológico de estas lesiones, es determinante, a pesar de ser una lesión asintomática, en este caso, afectó el habla, la masticación y autoestima del niño.


RECONOCIMIENTO

Queremos agradecer a la investigadora Ana Paula Hermont por su ayuda en la estructuración y supervisión de la redacción de este caso clínico.


ORCID

Carol Carmen Ponce Cáceres  <https://orcid.org/0000-0002-2641-7133>

Luis Paul Bautista Gamarra  <https://orcid.org/0000-0001-7198-4092>

Lucía Soledad Chávez Virrueta  <https://orcid.org/0000-0002-0779-6430>

Nube Ortega Stopper  <https://orcid.org/0000-0002-0779-6430>

Bertha Angélica Chávez Gonzáles  <https://orcid.org/0000-0002-6057-6162>

REFERENCIAS

1. Matos AL, Sá MAB, Pereira MM, Oliveira SKM, Teixeira NNS, Freitas DA. Oral injuries in children: a systematic review of speech therapy interest. *Rev CEFAC*. 2016;18(1):209-13.
2. Rocha AL, Basílio JMBS, Amaral MBF, Mesquita RA. Treatment of mucocele with the upgraded micromarsupialisation technique. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013;67(3):216-21.
3. Sugerman PB, Savage NW, Young WG. Mucocele of the anterior lingual salivary glands (glands of Blandin and Nuhn): report of 5 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000;90(4):478-82.
4. Nico MMS, Park JH, Lourenço SV. Mucocele in pediatric patients: analysis of 36 children. *Pediatr Dermatol*. 2008;25(3):308-11.
5. Yu Z, Seo B, Hussaini HM, Meldrum AM, Rich AM. The relative frequency of paediatric oral and maxillofacial pathology in New Zealand: A 10-year review of a national specialist centre. *Int J Paediatr Dent*. 2020;30(2):209-15.
6. Chirinos-Llerena W. Mucocele de labio: reporte de caso. *Rev Odontopediatr Latinoam*. 2012;2(1):76-82.
7. Crivellaro JS, Castilhos Ruschel H, Soares Pinto TA, Ferreira SH. Mucocele labial: relato de caso em criança de dois anos de idade. *Stomatos*. 2007;13(24):30-6.
8. Valério RA, Queiroz AM, Romualdo PC, Brentegani LG, Paula-Silva FWG. Mucocele and fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis. *Braz Dent J*. 2013;24(5):537-41.
9. Ayhan E, Toprak SF, Kaya Ş, Akkaynak Ş. Dermoscopy of oral mucocele: three types of extravasation mucoceles. *Turk J Med Sci*. 2020;50(1):96-102.
10. Choi YJ, Byun JS, Choi JK, Jung JK. Identification of predictive variables for the recurrence of oral mucocele. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019;24(2):e231-5.
11. Bodner L, Manor E, Joshua B-Z, Shaco-Levy R. Oral mucoceles in children--analysis of 56 new cases. *Pediatr Dermatol*. 2015;32(5):647-50.
12. Rank RCIC, Vilela JER, Rank MS, Ogawa WN, Imperato JCP. Effect of awards after dental care in children's motivation. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2019;20(2):85-93.
13. Bezerra TMM, Monteiro BVB, Henriques ACG, Carvalho MV, Nonaka CFW, Miguel MCC. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016;82(5):536-42.
14. Felzani, R. Sutura de los tejidos en el área de Cirugía Bucal: revisión de la literatura. *Acta Odontol Venez*. 2007;45(4):598-609.
15. Canales J, Espinoza-Montes C, Alarcón-Palacios M. Material de suturas en periodoncia e implantes. *Rev Estomatol Hered*. 2013;23(3):148-53.
16. Hupp J, Ellis E, Tucker M. *Cirugía Oral Y Maxilofacial Contemporánea*. 6 ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2014.
17. Armas Moredo K, Armas Pérez B, Segura L, Márquez J, Armas Moredo K. Materiales de sutura quirúrgico. *Arch Med Camagüey*. 2009;13(5):1-12.
18. Felzani R. Sutura de los tejidos en el área de cirugía bucal: revisión de la literatura. *Acta Odontol Venez*. 2007;45(4):598-609.
19. Sortino F, Lombardo C, Sciacca A. Silk and polyglycolic acid in oral surgery: a comparative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;105(3):e15-8.

Tratamento simples e de baixo custo de mucocele em paciente pediátrico: relato de caso

Objetivo: O objetivo deste caso clínico é apresentar uma técnica cirúrgica para tratamento da mucocele oral em um paciente odontopediátrico por meio do manejo comportamental e farmacológico.

Discussão: Este relato se destaca pela simplicidade da técnica, seu baixo custo, menor tempo de trabalho e maior aceitação pelo paciente infantil. Além disso, deve-se atentar para a técnica de excisão cirúrgica, enfatizando a importância da seleção do fio de sutura e da análise histológica. A mucocele geralmente é assintomática, mas neste caso a lesão afetou a mastigação e a autoestima do paciente.

Conclusão: Por esse motivo, é responsabilidade do odontopediatra tratar em tempo hábil e evitar as sequelas relatadas em casos semelhantes a este.

Descritores: Mucocele. Relato de caso. Cirurgia bucal. Atenção odontológica.