



RASGOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS DE LOS QUISTES DE RETENCIÓN SALIVAL. HOSPITAL "WILLIAM SOLER", 2017 A 2019.

Autor principal: Dr. Julio Valcárcel Llerandi. Especialista de 2do grado en Cirugía Maxilofacial. Masters Atención de urgencias estomatológicas. Profesor auxiliar. Investigador agregado. Hospital Pediátrico William Soler. La Habana, Cuba. Correo: maxilojulio@gmail.com

Coautores: Dr. Adrian Báez Rizo, Dra. Roxana Duran Herrero, Dra. Yodalys Fleitas Piñeiro, Dra. María del Carmen Fernández González

Resumen

Introducción: La formación de los quistes de retención salival denominados mucocele y ránula se encuentran entre las afecciones de las glándulas salivales más frecuentes en edades pediátricas. **Objetivo:** Identificar los rasgos clínico e histopatológico de los quistes de retención salival. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 43 pacientes de los informes de biopsia, de Octubre de 2017 a septiembre de 2019 a partir de la población atendida por consulta externa de maxilofacial del Hospital Pediátrico Universitario "William Soler Ledea" con confirmación histopatológica de quistes de retención salival. Las variables a medir fueron: edad, sexo, etiología, rasgos clínicos, aspecto histopatológico y recidiva. **Resultados:** El 83% de los diagnósticos fue el mucocele, siendo estadísticamente significativo para el sexo femenino, la etiología más frecuente fue el mordisqueo del labio con 48,8%, la localización más frecuente el labio inferior con 55,8%, siendo significativa la etiología con la histopatología de los quistes. **Conclusiones:** Los quistes de retención salival son más frecuentes en labio inferior, las glándulas salivales menores, su fijación es a plano superficial, asintomáticos, de aspecto nodular, tamaño menor de cinco mm, y están relacionadas con el sexo, etiología, e histopatología. Hubo relación estadísticamente significativa entre la etiología y las características histopatológicas.

Palabras clave: mucocele, ránula, quistes de retención salival.



I. INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales tienen como función principal segregar saliva para mantener la humidificación, de inhibición y lubricación de los alimentos, amortiguación del pH; asimismo la función digestiva, antimicrobiana, excretora de metales pesados y sustancias orgánicas e inorgánicas y sentido del gusto. Se dividen en mayores o principales y menores o accesorias. Estas glándulas pueden estar afectadas por los llamados quistes de retención salival.¹⁻³

Los mucocelos se clasifican en dos grupos según su mecanismo de producción: mucocelos por extravasación y mucocelos por retención. Los primeros representan la forma más frecuente y suelen presentarse a cualquier edad aunque tiene predilección en niños y adultos jóvenes donde los traumatismos por mordedura del labio inferior o microtraumas por aparatos de ortodoncia constituyen los principales agentes etiológicos.⁴⁻⁶

Los mucocelos por extravasación afectan a cualquier raza y sexo. Comprende 2.8 % de los quistes provenientes de las biopsias bucales y la prevalencia es aproximadamente 90 %. Puede producirse en cualquier lugar de la cavidad bucal, siendo la localización más afectada la superficie mucosa del labio inferior, seguida por la mucosa bucal, el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y el paladar, excepto en la mitad anterior del paladar duro ya que carece de glándulas salivales.^{4, 7-9}

Los mucocelos por retención, aunque son menos frecuentes que los de extravasación, aparecen en pacientes de edad avanzada, después de los 50 años, y se localiza en el paladar, piso de boca, mejilla o seno maxilar y raras veces en el labio inferior. Son asintomáticos sin antecedente de traumatismo. Ocurre por el acúmulo de sialomucina por obstrucción del conducto excretor. Se observa la formación de una cavidad revestida de células cuboides procedentes de los ductos excretores y en su interior se haya el líquido mucoide.^{10, 4}

En ocasiones, las reacciones de extravasación de moco tienen lugar en el suelo de la boca, en su región lateral, a consecuencia de la pequeña rotura de un conducto



glandular sublingual accesorio, las que adquieren un aspecto de un vientre de batracio, por lo que se denominan ránulas.^{2, 4, 8,11-13}

A pesar de que es una afección relativamente frecuente en la población pediátrica, esta poco documentado en Cuba el estudio epidemiológico, clínico e histopatológico de estas lesiones, por lo que motivó al investigador a realizar este estudio con el objetivo de identificar los rasgos clínicos e histopatológicos de los quistes de retención salival en pacientes de edad pediátrica atendidos en el Hospital "William Soler", de 2017 a 2019.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal. La población (N) estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de quiste de retención salival, atendidos en la consulta externa de maxilofacial, de los cuales se seleccionó una muestra no probabilística de 50 pacientes en el Hospital pediátrico Universitario "William Soler", ubicado en la avenida 100 esquina Perla, municipio Boyeros, provincia La Habana en el periodo 2017-2019. La muestra (n) quedó constituida por 43 sujetos ya que 7 registros no estaban completos con la información necesaria para su procesamiento.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, etiología, rasgos clínicos e histopatológicos. Se utilizó como fuente de información los informes de biopsia de los niños con diagnóstico histopatológico de quiste de retención salival, que se complementó con la historia clínica individual.

Los registros de cada paciente se vaciaron en el paquete estadístico SPSS versión 18.0. Se calcularon las frecuencias absolutas y los porcentajes. Se aplicó la prueba de independencia de Ji cuadrado con un nivel de significación de 0,05 bajo la hipótesis nula de no asociación entre la etiología y la zona del quiste, y entre la etiología y las características histopatológicas.



Consideraciones éticas. Se solicitó por escrito por parte de la dirección docente del hospital, el permiso a los departamentos de Anatomía Patológica y de Registros médicos para acceder a información de los informes de biopsia y las historias clínicas individuales. En esta investigación se siguieron rigurosamente los principios éticos relativos a la investigación clínica, los procedimientos de Buenas Prácticas y el cuidado de los datos (anonimato, confidencialidad y seguridad).

III. RESULTADOS

Tabla 1. Diagnóstico según edades y sexo.

Edad	Ránula		Mucocele		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
4 a 8	4	28,5	10	71,4	14	32,5
9 a 13	2	10,5	17	89,4	19	44,1
14 a 17	1	10,0	9	90,0	10	23,2
total	7	16,2	36	83,7	43	100,0
Ji cuadrado= 2,3 gl=2 p=0,3 no significativo						
Sexo	No.	%	No.	%	No.	%
femenino	3	9,3	29	90,0	32	74,4
masculino	4	36,3	7	63,6	11	25,5
Total	7	16,27	36	83,7	43	100,0
Ji cuadrado= 4,3 gl=1 p=0,03 significativo						

En la tabla 1 se muestra que el diagnóstico más frecuente fue el mucocele con 83,7%, en las edades de 9 a 13 y 14 a 17 con porcentajes de 89,4 y 90 respectivamente, en las féminas con 90,0%, las diferencias por sexo fueron significativas ($p=0,03$).



Tabla 2. Etiología de los quistes de retención salival según edad y sexo.

Edad	Mordisqu		Aparatos		Congénita		Recidivante		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
4 a 8	9	64,	0	0,0	3	21,4	2	14,2	14	32,5
9 a 13	8	42,	0	0,0	0	0,0	11	57,8	19	44,1
14 a 17	4	40,	4	40,0	0	0,0	2	20,0	10	23,2
total	21	48,	4	9,3	3	6,9	15	34,8	43	100,0
Ji cuadrado =25,6 gl= 6 p=0,0003 significativo										
Sexo										
femenino	16	50,0	4	12,5	1	3,1	11	34,3	32	74,4
masculin	5	45,8	0	0,0	2	18,1	4	36,3	11	25,5
total	21	48,8	4	9,3	3	6,9	15	34,8	43	100,0
Ji cuadrado = 6,2 gl=3 p=0,6 no significativo										

En la tabla 2 se ilustra que etiología más frecuente fue el mordisqueo del labio con 64,2% en las edades de 4 a 8 años con 64,2% siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La mitad de las hembras se muerden el labio y casi el 46% de los varones, sin que estas diferencias fueran estadísticamente significativas.

Tabla 3. Aspecto clínico de los quistes

Aspecto clínico	No.	%	
Fijación a planos	Superficial	42	97,6
	Planos profundo	1	2,3
Sintomatología	Molestias	13	30,2
	Asintomático	30	69,7
Forma de la lesión	Nodular	27	62,7
	Viente de batracio	7	16,2
	Colapsada	8	18,6
Glándula involucrada	mayores	6	13,9
	menores	37	86,0
Tamaño	Menor de 5mm	33	76,7
	Mayor de 5mm	10	23,2



En la tabla 3 se resume el aspecto clínico de los quistes, en los cuales el 97,6% eran superficiales, el 46,5% asintomáticos, de aspecto nodular con 62,7%, localizado en las glándulas salivales menores, con un tamaño menor de 5 mm con el 76,7%.

Tabla 4. Pacientes según etiología y características histopatológicas.

Epitelio de revestimiento	Mordisqueo del labio		Traumatismo Aparatos ortodoncia		Congénitas		Recidivante		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	N	%	No	%
no	20	51,2	4	10,2	1	2,5	1	35,8	39	90,6
si	1	25,0	0	0	2	50,0	1	25,0	4	9,4
Total	21	48,8	4	9,3	3	6,9	1	34,8	43	100,
Ji cuadrado =46,67 gl= 3 p=0,000 significativo										
Infiltrado inflamatorio										
agudo	14	46,6	4	13,3	3	10,0	9	30,0	30	69,7
crónico	7	53,8	0	0,0	0	0,0	6	46,1	13	30,2
Total	21	48,8	4	9,3	3	6,9	1	34,8	43	100,
Ji cuadrado = 81,4 gl=3 p=0,03 significativo										

En la tabla 4 se observa que el 90,0 % de los quistes no tenían revestimiento epitelial y tuvieron una asociación estadísticamente significativas con la etiología pues el 51,8% se mordían el labio inferior y el 35,8% era de causa recidivante, en relación con el infiltrado inflamatorio el 69,7% tenía un infiltrado inflamatorio agudo, el labio inferior y la causa recidivante tuvieron los mayores porcentajes con 46,6% y 30% respectivamente, hubo una asociación estadísticamente significativa.



IV. DISCUSIÓN

El estudio de los quistes de retención salival en la actualidad exhibe diferencias entre los autores y en varios de ellos han acudido a series de registros de pacientes de muchos años, por ejemplo: el estudio retrospectivo de da Silveira et al ¹⁴, quienes estudiaron 9,450 biopsias de las cuales 625 correspondieron al quistes de retención salival para un 6,6% , en edades entre 7 y 14 años para un 89,6%, resultado que fue en frecuencia mayor que el de esta investigación y similar para el diagnóstico de mucocele, estos autores no encontraron diferencias significativas por sexo, en nuestro trabajo sí se encontraron diferencias significativas, siendo el sexo femenino el más afectado. Hayashida et al ¹⁵ estudiaron una serie de casos de 1980 a 2003, también encontraron porcentajes mayores en el sexo femenino con 60,1%, sin que las diferencias fueran estadísticamente significativas.

En la investigación de Bezerra M et al ¹⁶, se procesaron los registros de pacientes desde 1970 hasta el 2014, en el departamento de Anatomía Patológica de una Universidad en Brasil, del fenómeno de extravasación de moco, con una frecuencia de 84,3%, la cual fue más frecuente en el sexo femenino. Otros autores como Lewandowski ¹⁷ et al estudiaron los registros médicos de 64 niños y adolescentes del Servicio de Cirugía Maxilo facial del Hospital Federico Chopin en Rzeszów desde 2005 a 2015, estos autores no encontraron diferencias significativas según sexo aunque el masculino fue ligeramente más frecuente con 56,3%. Autores como Yagüe et al ¹⁸, Baurmash ¹⁹ et al, no encuentran diferencias entre los quistes de retención salival y el género. Estos hallazgos apuntan que no existen evidencias suficientes para concluir que haya o no diferencias entre estas dos variables.



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



La etiología de esta entidad tiene diferentes resultados y criterios entre los autores, para Bezerra ¹⁶ la mayoría de los mucocelos de su estudio ocurrieron en el labio inferior con 67,2 %, resultado algo mayor que el nuestro. El trauma de esta región es bastante frecuente, este hecho explica la extravasación de estos en esta zona. Hayashida et al ¹⁵ reportaron que el 78% de los quistes se encontraron en el labio inferior.

En los artículos revisados ^{14, 16, 17} no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la etiología, la edad y el sexo.

El aspecto clínico que presentaron los quistes en el estudio de Bezerra ¹⁶ fueron en el 59,8%, resultado similar al nuestro, de aspecto nodular, el 70,9% asintomática, cifra relativa mayor que este trabajo, entre 0 y 2 cm en el 86,5% de los casos, el tamaño de las lesiones fue mayor que en nuestra investigación. En ninguno de los artículos revisados se especifica el tipo de glándula salival involucrada, pero se puede inferir por la localización anatómica que pertenecen a las glándulas salivales menores. A pesar de las diferencias entre los diferentes estudios, More CB et al ²⁰ plantean que el aspecto clínico del mucocelo tiene una apariencia patognomónica ya que en su mayoría son lesiones nodulares, asintomáticas, de superficie moteada y con variedad de colores que van desde el azul, transparente, rosado, translucido, blancuzco, pueden ser solitarios o múltiples.

En relación con las características histopatológicas Yamasoba et al ²¹ sostienen que debido a la patogénesis, formación y contenido de los mucocelos, se distinguen dos tipos de etiología para el mucocelo; el resultante del fenómeno de retención de moco, y el fenómeno de extravasación de moco, en los conductos excretores, en el tipo extravasación ocurre una inflamación aguda y crónica de las células del tejido de granulación, fibroblastos y elementos del tejido fibroso que forman la también llamada pseudocapsula que rodea el moco. Hay un incremento de la actividad de la amilasa y fosfatasa alcalina, que puede ser un signo de incremento de la actividad de los fibroblastos.

En el tipo de fenómeno de retención el fluido es rodeado por una bolsa de tejido epitelial consistente en una capa de células cilíndricas, conductos salivales o células cúbicas, lo cual es una combinación de glándulas y túbulos, este tipo de fenómeno en contraste



con el de extravasación, no exhibe reacción inflamatoria y posee una bolsa real. El tipo de extravasación es más frecuente en niños.^{17, 21-23}

V. CONCLUSIONES

- El quiste de retención salival más frecuente fue el mucocele, siendo las diferencias significativas en relación con el sexo femenino. La etiología más frecuente fue el mordisqueo y la recidiva siendo las diferencias estadísticamente significativas por edad para el mordisqueo de 4 a 8 años y de 9 a 13 para la recidiva.
- En relación con el aspecto clínico la fijación a plano superficial, asintomático, de aspecto nodular, con tamaño menos de 5mm de diámetro fueron los más frecuentes.
- La etiología tuvo asociación estadísticamente significativa con la edad, siendo los más frecuentes el mordisqueo de labio inferior.
- Hubo relación estadísticamente significativa entre la etiología y las características histopatológicas, siendo más frecuente la ausencia de epitelio de revestimiento y presencia de infiltrado inflamatorio agudo.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez Calzadilla L, Pérez Pérez O, Rodríguez Aparicio A, Mesa Reinaldo B. Afecciones clínico quirúrgicas de glándulas salivales. [Internet] 2013 [citado 22 Feb 2020] Disponible en: <http://files.sld.cu/cirugiamaxilo/files/2013/09/glandulas-salivales.pdf>
2. Wax MK, Talmi YP. Quality of Life after Salivary Gland Surgery. AdvOtorhinolaryngol. [Internet] 2016 [citado 2 Feb 2020]78:189-97. PMID: 27092786. Disponible en : <https://doi.org/10.1159/000442140>
3. Rojas Jiménez D; Porras Fernández I; Zamora Arce D. Ránula, alternativas de tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico. [Internet] may 2016, ODOVTOS-Int. J. Dent. Sc. | No.18 SpecialClinicalIssue: 15-28, 2016. ISSN:1659-1046. 15 [citado 2020 Jul 17] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.24398>.
4. Velásquez Reyes V, Cuzcano Díaz M. Mucocele en el labio Inferior Odontol. Sanmarquina ; 14(2): 29-31 [citado 2020 Jul 17]Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2011_n2/pdf/a09v14n2.pdf
5. Meira Costa Borghi W, M, Troconis J.E Gaminez. Relación entre la formación de quiste de retención mucoso y la utilización de joyería para piercing en el labio inferior. Acta odontológica venezolana , [Internet]. 2015 [citado 2020 Jul 17] ISSN 0001-6365, 53, (4): 37-38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6842207>



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



6. Hernández Medina, Faviola M.; barba Navarro, María del C.; Nieves Juárez, Martín Daniel. Quiste de extravasación de moco: mucocèle. Reporte de caso clínico. Revista Mexicana de Estomatología, [Internet] jun 2019 [citado 2020 Jul 17] 6(1):43 - 44, ISSN 2007-9052. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/262/489>.
7. Nellasivan KU, Sudha BR. Oral mucocèle Review literature and case report. J Pharm Bioallied Sci. 2015; Supp. 2:731-733. [citado 2020 Jul 17] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
8. Suárez García Nuvia, Piloña Ruiz Sergio Germán. Ránula sublingual en un recién nacido. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Jul 17]; 19(3): 549-555. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300017&lng=es.
9. Sabando Carranza J.A, Cortés Martínez M, Calvo Carrasco D. Experiencia en el tratamiento de los mucocèles en atención primaria, [Internet]. Marzo 2016 [citado 2020 Jul 17], 42(2):114-116. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-experiencia-el-tratamiento>.
10. Moya López M, Velasco Llorca A. Trastornos de las Glándulas Salivares. [Internet] 2008 [citado 22 de feb 2020] Disponible en: http://eusalud.uninet.edu/apuntes/tema_27.pdf.
11. Paglia M, Crippa R, Ferrante F, Angiero F. Mucocèle of the minor saliva in an infant treatment with diode laser. Eur J Pediatr Dent. 2015;16:139-142. [Internet] 2015 [citado 2019 Dic 1] Disponible en: <https://www.researchgate.net>
12. Oré DJ, Barria AH, Nuñez VJ, Ochoa HH, Gonzales EC, Luna VE. Tratamiento de ránkula sublingual y ránkula plunging. Reporte de casos. KIRU. 2015; 12(2):75-81. [Internet] 2015 [citado 2019 Dic 1] Disponible en: https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru_12-2_v_p74-80.pdf
13. Salcedo-Gila C, Rubio-Palau J, Prieto Gundinc A y Iriarte Ortabe JI. Obstrucción de la vía aérea superior por mucocèle del suelo de la boca. Rev esp cir oral maxilofac. [Internet] 2017 [citado 2020 Jul 17]; 39(1):55. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v39n1/1130-0558-maxi-39-01-00055.pdf>.
14. Silveira G, et. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children. A single-center retrospective study of 20 years in Pelotas Brazil. J. App. Oral Sci. 16(6) [Internet] nov/dic 2008 [citado 2020 Jul 17]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
15. Hayashida A, Zerbinatti D C, Balducci I, Gabral L A, Almeida JD.: Mucus extravasation and retention phenomena: a 24-year study. BMC Oral Health. 10:15-17. [Internet] jun 2010 [citado 2020 Jul 17]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
16. Bezerra TM, Monteiro BV, Henriques AC, de Vasconcelos Carvalho M, Nonaka CF, da Costa Miguel MC. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. Braz J Otorhinolaryngol. 2016; 82:536-42. [Internet] feb 2016 [citado 2020 ene 17]. Disponible en: <https://www.researchgate.net>
17. Lewandowski B et al. Mucocèles of minor salivary glands in children, our own observations. Dev Period. 2016;20(3):235-42 [Internet] 2016 [citado 2020 ene 17]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
18. Yagüe-García J., A.J. España-Tost, L. Berini-Aytés, C. Gay-Escoda. Treatment of oral mucocèle—scalpel versus CO2 laser. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 14 (2009), pp. 469-474
19. Baurmash H.D. Mucocèles and ranulas. J Oral Maxillofac Surg, 61 (2003), 369-378. [Internet] 2003 [citado 2020 feb 8] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



20. C.B. More, K. Bhavsar, S. Varma, M. Tailor. Oral mucocele: a clinical and histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol*, 18 (2014), pp. S72–S77 [Internet] 2014 [citado 2020 Jul 8]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
21. Yamasoba T, Tayama N, Syoji M, Fukuto M. Clinico statistical study of lower lip mucoceles. *Head & Neck* 1990;12:320-324. [Internet] 1990 [citado 2020 ene 8]. Disponible en: <http://10.1002/hed.2880120407>
22. Shivani Bansal et al. Spectrum of lip lesions in a Tertiary Care Hospital: An epidemiological study of 3009 Indian patients. *Indian Dermatol Online J.* –Apr, 8(2): 115-119 [Internet] 2017 Mar [citado 2020 Jul 17]. Disponible en: <https://europepmc.org>
23. Hernández Peña. O, Hernández Montero G, Hernández Peña B. Ránula, enfermedad infrecuente de las glándulas salivales. [Internet] 2020, *Rev Cubana Otorrinolaringol Cirug Cabeza Cuello* [Internet]. 2020 [citado 2020 Jul 18]. 2020;4(2). Disponible en: <http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view>