

Quiste de retención mucoso por sialolitiasis en labio superior. Reporte de un caso

Ligia Pérez Castro^{1}, Orlando Yoris Pérez², César Molina Delgado³ y Campo Pérez Pernalet¹*

¹ Cátedra de Patología Estomatológica. E-mail: ligiaperezcastro@canto.net; campoeliasperez@hotmail.com

² Miembro de la unidad científica de estudiantes (UNICEFO). E-mail: orlanduxus@hotmail.com

³ Cátedra de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. E-mail: cesaromolina@yahoo.com

Resumen

El quiste de retención mucoso es una cavidad revestida por epitelio ductal glandular. En algunos casos, se origina, por obstrucción del conducto, en otros, representan quistes del desarrollo. Usualmente afecta adultos en cualquier glándula, siendo más común, en la parótida y submandibular, en menor proporción en las glándulas salivales menores del piso de la boca, mucosa de carrillo y labios. Los sialolitos son calcificaciones de etiología desconocida en las glándulas salivales o sus conductos. No tienen predilección por edad o sexo. Su localización principal es a nivel de la glándula submandibular, seguido por la parotida y por las glándulas menores. Pueden ser responsables de la formación del quiste ductal mucoso y/o de sialadenitis. La finalidad de esta presentación es la de reportar, previo consentimiento, un paciente masculino, de 53 años, con una lesión nodular bien delimitada, firme, en la mucosa del labio superior. Se eliminó la lesión en un solo tiempo y se realizó su estudio histopatológico llegándose al diagnóstico definitivo de quiste ductal mucoso por calculo salival. Estas dos patologías son poco comunes a nivel del labio superior, por lo que se revisan los aspectos principales de su asociación.

Palabras clave: Quiste de retención mucoso, sialolito, benigno, patología.

* Autor para correspondencia: Telf. 0261-7573769.

Mucous Retention Cyst Due to Sialolithiasis in the Upper Lip A Case Report

Abstract

The mucous retention cyst is a cystic cavity lined by glandular ductal epithelium. In some cases it comes from ductal obstruction, in other they are development cyst. They usually affect adults in any salivary gland, but it is more common in parotid and submandibular glands and less frequent in minor salivary glands at the floor of the mouth, buccal mucosa and lips. The sialoliths are calcified structures that develop within the salivary ducts system or into the gland, they are of unknown etiology. They do not have age or gender predilection. Its main location is submandibular gland, parotid and minor salivary glands. They can be responsible of a mucous duct cyst or sialadenitis. The purpose of this article is to report a patient 53 years old with a well circumscribed nodular, firm, mass in his upper lip. A conservative surgical excision was performed and the final diagnosis of mucous duct cyst by sialolithiasis was given. Both pathologies are rare on the upper lip and is the first time that a case like this is diagnosed and treated in our institution.

Key words: Mucous retention, sialolith, benign, pathology.

Introducción

El quiste de retención mucoso o quiste ductal mucoso proviene del tejido de la glándula salival. Este se forma a partir de la dilatación del conducto, secundario a la obstrucción de este, provocado por un sialolito o por un tapón mucoso, a diferencia del tipo más común de mucocele, el cual se origina a partir de la extravasación de mucina, usualmente por un trauma, generando una ruptura del conducto de la glándula salival ^{1,2,3}.

Este tipo de lesión, es mas frecuente en adultos. La glándula mayor más afectada es la glándula parotida, caracterizándose por un aumento de tamaño lento y asintomático. Intrabucalmente, pueden encontrarse en cualquier lugar donde existan glándulas menores, siendo su localización por orden de frecuencia, piso de la boca, mucosa de carrillo y los labios. Clínicamente dan apariencia de mucocele

le y se caracterizan por un agrandamiento localizado, que puede lucir azulado o del color de la mucosa normal dependiendo de su profundidad; igualmente su consistencia va a variar, pudiendo presentarse fluctuantes, cuando son superficiales y firmes cuando se ubican profundamente en el tejido. Los quistes de retención mucosos en el piso de la boca, con frecuencia se forman a un lado de la desembocadura del conducto de la glándula submandibular ^{1,2}.

Los sialolitos son estructuras calcificadas que se desarrollan dentro del sistema de conductos de las glándulas salivales o dentro de ellas mismas. Estos se forman a partir del depósito de sales de calcio y otros desechos como, mucina espesa, bacterias y células del epitelio del conducto, que se acumulan en el lumen de los mismos¹. Se desarrollan generalmente en el sistema de conductos de la glándula submandibular, se forman con menor

frecuencia en la glándula parotida y son menos frecuentes en las glándulas salivales menores, en estos casos su predilección es por el labio superior. El camino extenso ascendente y tortuoso del conducto de la glándula submandibular (conducto de Wharton) y la secreción mucosa espesa de esta glándula, se consideran los responsables de que este sea el lugar más frecuente de estos cálculos^{1, 4, 6}.

Los sialolitos en glándulas mayores usualmente presentan sintomatología como dolor, inflamación de la glándula afectada, especialmente a la hora de comer, cuando aumenta el flujo salival, el cual no puede drenar a través del conducto, por la obstrucción, entonces retorna a la glándula, causando presión, que se traduce en dolor e inflamación de la misma. La gravedad de estos síntomas varía, y va a depender del grado de obstrucción del conducto y de la presión que ejerce la saliva sobre la glándula^{1,2}. Los sialolitos de las glándulas menores usualmente son asintomáticos, sin embargo, ocasionalmente producen inflamación local de la glándula afectada, asintomática o no⁴⁻⁷. Radiográficamente, se pueden ver como imágenes radiopacas, únicas o múltiples, siendo las primeras más comunes, y con una variedad de forma y tamaño, en cualquier zona a lo largo del conducto, o en la glándula misma. Los sialolitos en el piso de la boca, pueden observarse mejor con una radiografía oclusal^{1,2}.

El quiste de retención mucoso microscópicamente, se observa como una cavidad quística, revestida por epitelio escamoso estratificado, correspondiente al epitelio del conducto, apoyado en un estroma de tejido conectivo fibroso¹⁻². Mientras que el sialolito se observa como una masa calcificada, eosinofílica, constituida por líneas concéntricas^{1, 2,4}.

El quiste de retención mucoso se trata con cirugía conservadora, teniendo siempre la

precaución de realizar el estudio histopatológico del mismo, para de esa manera descartar cualquier otra patología^{1,2}.

Los sialolitos pequeños, en las glándulas mayores pueden ser tratados conservadoramente mediante masajes, con el objetivo de deslizarlos a través de la desembocadura del conducto, sobre todo si se encuentran cerca de ella. También se pueden usar sialogogos (medicamentos que estimulan la secreción de saliva), calor húmedo, y aumento de la ingesta de líquidos, para aumentar el flujo de saliva dentro del conducto glandular, lo que favorece la expulsión del cálculo. Cuando el tamaño de los sialolitos es más grande, o su localización es muy profunda o en la glándula misma, usualmente tienen que ser removidos quirúrgicamente. Si hubo un gran daño en la glándula, lo cual puede determinarse por su sintomatología y funcionalidad, probablemente esta, también tiene que ser removida. Cuando los sialolitos se encuentran en las glándulas menores, es más recomendable removerlos quirúrgicamente^{1, 2, 4, 5, 6}.

El propósito de esta presentación es el de reportar, previo consentimiento del paciente, un caso de un quiste de retención mucoso causado por sialolitiasis en el labio superior, dos lesiones poco comunes por separado y menos comunes aun en forma de presentación simultánea, cuyas características clínicas no evidenciaron realmente el tipo de patología y al mismo tiempo revisar los aspectos clínicos de esta asociación.

Presentacion del Caso

Se trata de paciente del sexo masculino de 53 años, quien acude a la consulta de Patología Bucal, en la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, por presentar una lesión nodular, submucosa en el sector anterior del labio superior. Al interrogatorio no se determinaron antecedentes familiares sistémi-

cos o hábitos, que pudiesen tener relación con la condición actual, sin embargo, el paciente manifestó que había recibido un traumatismo un año antes, en la zona afectada y que a partir de ese momento la lesión se formó, creciendo lentamente, alcanzando en varios meses su tamaño. El nódulo era bien delimitado, cubierto por una mucosa más pálida que el resto del tejido, de aproximadamente 1 cm. de diámetro, firme a la palpación y ligeramente doloroso (Figura 1) Se planteó como diagnóstico diferencial una hiperplasia de tejido fibroso, tomando en cuenta la probable etiología del nódulo, una neoplasia de glándula salival y un tumor de tejido nervioso. Una vez realizada la rutina de laboratorio, cuyos resultados se encontraron dentro de los valores normales, se procedió, bajo anestesia local, a la remoción quirúrgica de la lesión (Figura 2).

El tejido eliminado fue colocado en formalina al 10% para su preparación. El estudio macroscópico reveló: "un fragmento irregular de tejido blando, pardo oscuro, con un área central constituida por tejido duro, blanco, midiendo 0,8 X 0,5 X 0,4 cm., el cual se incluye en su totalidad para su estudio. El tejido duro se incluye en descalcificación" (Figura 3). El estudio microscópico describió para las secciones de tejido blando "cavidad quística revestida por epitelio escamoso estratificado. La pared del quiste esta constituida por tejido conectivo fibroso, la cual contiene un severo infiltrado inflamatorio mononuclear, vasos sanguíneos de pequeño calibre y hemorragia", para las secciones de tejido duro "estructura calcificada eosinofílica, acelular, con líneas concéntricas en un estroma de tejido conectivo fibroso, el cual contiene un severo infiltrado inflamatorio mononuclear y vasos sanguíneos de pequeño calibre" (Figuras 4 y 5) Se diagnosticó "Quiste de retención mucoso por sialolitiasis".



Figura 1. Una lesión submucosa nodular en mucosa de labio superior.

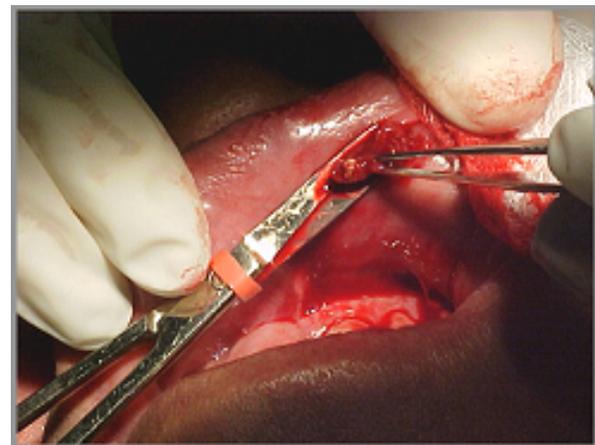


Figura 2. Eliminación quirúrgica de la lesión.



Figura 3. Masa de tejido blando, con área blanda calcificada en su presión.

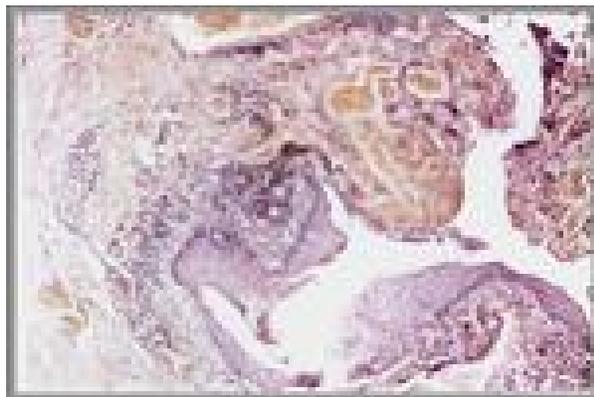


Figura 4. Cavidad quística con revestimiento epitelial.



Figura 5. Siatolito. Masa calcificada con líneas concéntricas.

Discusión

Los fenómenos de retención o quistes de retención mucosos, muchas veces son confundidos con los fenómenos de extravasación mucosos. Esto ocurre debido a la apariencia clínica que puede tener el quiste de retención mucoso, el cual es muy similar al vulgar mucocoele (fenómeno de extravasación mucoso). Sin embargo estos dos tienen características clínicas e histopatológicas diferentes^{1,2}

La localización más frecuente del quiste de retención mucoso, por orden de frecuencia es, en piso de boca, carrillo y labio inferior. El caso reportado tuvo una localización inusual la cual fue labio superior, sin embargo la literatura reporta que el quiste de retención mucoso se puede dar en cualquier lugar donde existan glándulas salivales menores, y en el labio superior abundan estas glándulas^{1, 2}

Los sialolitos son estructuras calcificadas que se forman dentro de las glándulas salivales, su etiología es incierta, pero los autores lo asocian con diferentes causas como: cambios en el pH salival, sialadenitis crónica, deshidratación, antihipertensivos, antihistamínicos^{1, 4, 5, 6}.

La localización más frecuente de estas estructuras calcificadas, es en las glándulas ma-

yores como parótida y glándula submandibular. Con mayor frecuencia el conducto de Wharton (conducto de la glándula submandibular), está afectado, esto se debe a que este va en dirección ascendente, es el más largo, y su camino es más complicado para que la saliva excrete, que la de los otros conductos^{1, 2, 7}. Los sialolitos también se pueden formar con menor frecuencia, en los conductos de las glándulas menores^{1, 2, 7}, entre estas en primer lugar, en el labio superior como fue en el caso descrito anteriormente.

Este caso reportado no exhibía las características clásicas, que aparecen en la literatura de un fenómeno de retención mucoso con sialolitiasis, debido a esto los diagnósticos diferenciales planteados, no coincidieron con el diagnóstico definitivo de "Quiste de retención mucoso por sialolitiasis". En la primera entidad patológica que se pensó, por el aspecto clínico, fue en una hiperplasia fibrosa focal, por el antecedente de trauma y la firmeza de la misma, y en neoplasias de tejido glandular, puesto que diferentes tumores benignos y malignos de este origen, han sido reportados en esta localización anatómica^{8, 9, 10}. La tercera consideración diagnóstica fue lesión de tejido nervioso por la misma consistencia y localización. Por esto es im-

portante, además de una historia clínica completa, realizar la biopsia de todas las lesiones, para su estudio histopatológico y de esta mane-

ra llegar a un diagnóstico preciso y establecer una terapéutica adecuada.

Referencias

1. Neville B. Damm D., Allen C., Bouquot J. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia WB Saunders. p. 392-395. 2002.
2. Joseph A. Regezi; James J Sciubba. Oral pathology. Clinical Pathologic Correlations. 3er ed. Philadelphia. WB Saunders. p. 217-220. 1999.
3. Dent CD; Svirsky JA; Kenny KF. Large mucous retention phenomenon (mucocele) of the upper lip. Case report and review of the literature. Virginia Dental Journal.1997. 74(1):8-9.
4. Ben Lagha N.; Alantar A ;Samson J.; Chapiro D.; Maman L. Lithiasis of minor salivary glands: Current data. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics. 2005. 100(3):345-348.
5. Acure ML; Della Colletta R; Granner E; Di Hipolito O Jr; Lopez MA. Sialolithiasis of minor salivary glands: a clinical and histopathological study. General Dentistry. 2005. 53(4):278-81.
6. Favia G.; Capodiferro S.; Turco M.; Cortelazzi R. Lithiasis of minor salivary glands of the upper lip. Clinico-pathological report of a case with unusual presentation. Minerva Stomatol.2004. 53(4):179-83.
7. Mustapha IZ; Boucree SA Jr. Mucocele of the upper lip: case report of an uncommon presentation and its differential diagnosis. Journal Canadian Dental Association. 2004. 70(5):318-21.
8. Alfaro-Rubio A; Sanmartin Jimenez O; Serra-Guillen C; Requena Caballero E; Hueso Gabriel L; Botella-Estrada R; Nagore Eguidanos E; Llombart Cussac B; Guillen Barona C. Adenoid Cystic carcinoma. Acta Dermosifiliogr. 2006;97(9):578-580.
9. AJ; Beller DE; Woo BL, Pulse CL; Park A; Zegarelli D. Bilateral canalicular adenomas of the upper lip. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.2006;102(3):341-3.
10. Madhavan NR.; Ramachandran CR.; Veeravamal V. Canalicular adenoma of the upper lip mimicking mucocele. Indian J Dental Res. 2004;15(2):66- 9.