



## Casos clínicos

# Mucocele de la glándula submaxilar: a propósito de un caso



## Submaxillary gland mucocele: A case report

### Introducción

Los mucoceles de las glándulas salivales son un acúmulo de secreción mucosa salival en el interior de una glándula salival o adyacente a ella. Pueden deberse a una lesión de los conductos de las glándulas salivales menores con extravasación de moco entre la lámina propia y el tejido submucoso, lo que se conoce como quiste de extravasación, o a una obstrucción parcial de los conductos, que se conoce como quiste de retención<sup>1</sup>.

El patrón histológico más frecuente presenta una cavidad bien delimitada, recubierta por tejido de granulación y, por lo general, con una pared cavitaria que no presenta revestimiento epitelial, con lo cual no se le considera un quiste verdadero<sup>1</sup>.

Este tipo de lesión es poco frecuente en las glándulas salivales mayores y, en concreto, en la glándula submaxilar<sup>1,2</sup>.

Un caso particular de mucocele es la rínula cervical: se refiere a mucoceles que se extienden por debajo del músculo milohioideo, asociados con la glándula salival sublingual<sup>3</sup>.

Presentamos un caso clínico de un mucocele de la glándula submaxilar derecha, resuelto mediante submaxilectomía.

### Caso clínico

Paciente varón de 35 años que acude a la Unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Primavera (Trujillo-La Libertad, Perú) con una gran tumoración blanda en la región submaxilar derecha (fig. 1), de 11 años de evolución, con un cambio intermitente en el tamaño de la lesión (2 años se mantenía y desaparecía por un año) y asintomática. El paciente negó cualquier historia de trauma, cirugía, infección, disfagia, cambio de voz o pérdida de peso.

En la exploración física se encontró una tumoración blanda submandibular derecha, no reducible, bien circunscrita, indolora y ligeramente móvil, de unos 8 cm de diámetro. La palpación bimanual aportó la misma información; la exploración de la cavidad oral y orofaringe fue normal. La rama mandibular del nervio facial no se encontraba afectada y no

se hallaron otras alteraciones. No se encontraron adenopatías cervicales asociadas.

En el estudio ecográfico se objetivó formación quística compleja que medía aproximadamente 59 × 26 × 54 mm, con volumen de 43,9 cc, con evidencia de tabiques múltiples de hasta 3,5 mm de grosor. Se objetivó también un componente sólido en su borde posterior derecho que no mostraba vascularidad. En su borde posteroinferior, se observó área levemente ecogénica de 8 mm de grosor, probablemente de tipo sólido no vascularizado. La glándula submaxilar derecha se observó desplazada por la lesión descrita (fig. 1). Este hallazgo nos llevó al diagnóstico de una lesión que comprometía la glándula submaxilar, observándose además que la lesión contactaba con el borde anterior de la glándula submaxilar y mostraba interface irregular mal definida. De considerarlo necesario, se aconseja solicitar una resonancia magnética, lo cual no fue posible realizar por la situación económica del paciente. Se consideró como diagnóstico: lesión quística de la glándula submaxilar.

Bajo anestesia general, se realizó la exéresis-biopsia de la lesión a través de un abordaje submandibular con una incisión baja de 6 cm (fig. 2). Se observó que la lesión estaba en continuidad con la glándula submandibular. El estudio histopatológico de la muestra confirmó un quiste de retención de paredes fibrosas asociado con una glándula submandibular que mostraba los cambios obstructivos crónicos, con escaso componente glandular (fig. 2).

El paciente fue dado de alta a las 24 h de la intervención. Permanece asintomático y se le indican controles periódicos en consulta externa durante 5 meses.

### Discusión

La incidencia de los mucoceles de las glándulas submandibulares es extremadamente baja, con solo unos pocos casos reportados en la literatura<sup>3,4</sup>: esta lesión plantea problemas de diagnóstico diferencial con otras tumoraciones cervicales<sup>5</sup>.

Anatómicamente tanto la *plunging* rínula como el mucocele submaxilar pueden ocupar el espacio submandibular y es clínicamente imposible distinguirlas. En estos casos el uso de la tomografía computarizada es útil para establecer



**Figura 1 – Tumoración blanda submandibular derecha. Estudio ecográfico de los tejidos blandos del cuello que evidencia glándula submaxilar derecha desplazada por la lesión descrita.**

el diagnóstico, pudiéndose identificar el denominado signo de «la imagen en uña», que es patognomónica de la ránula cervical<sup>6</sup>.

Una revisión de la literatura inglesa únicamente pone de manifiesto 11 casos de mucocelos submaxilares<sup>1,2,7</sup>.

El tratamiento conservador de un mucocelo de la glándula submandibular es potencialmente controvertido e incluye una serie de modalidades de tratamiento que han sido defendidas en el tratamiento de la ránula cervical (*plunging ránula*). La inyección de agentes esclerosantes (preparación



**Figura 2 – Incisión submandibular baja de 6 cm, a 1 cm del borde mandibular. Estudio anatomopatológico que evidencia pared fibrosa con infiltrado inflamatorio crónico y tejido de granulación con escaso componente glandular.**

estreptocócica, OK-432) se ha utilizado para inducir la inflamación y la fibrosis desde dentro de la luz de la lesión quística, sellando así aún más la extravasación<sup>8</sup>. Un estudio reciente encontró una modalidad de tratamiento eficaz para ránulas utilizando gluconato de níquel (Mercurius-Heel) potenciadas con porcina Organ Preparativos D10/D30/D200, administrado por vía oral, un agente homotoxicológico<sup>9</sup>. La aspiración es una técnica simple, pero produce una alta tasa de recurrencia y, por tanto, su uso se ha limitado en gran medida al tratamiento conservador en la población pediátrica. La marsupialización ha ganado popularidad en gran medida debido a su relativa simplicidad, pero también porque implica solo la disección limitada y, por lo tanto, un riesgo reducido de daño a las estructuras adyacentes. La recurrencia, sin embargo, es impredecible, y lleva a algunos autores a defender una técnica modificada que incorpora embalaje de la cavidad del quiste<sup>10</sup>.

En este caso se utilizó una vía de abordaje cervical, que se inició con una incisión de 6 cm, teniendo en cuenta la lección clásica de los 2 dedos debajo de la mandíbula, según el tamaño y ubicación de la lesión. Esta vía nos permitió un adecuado campo quirúrgico y buena visibilidad, evitando el riesgo de lesionar estructuras anatómicas importantes. Esta incisión permite un acceso más amplio al cuello, en caso de que se requiera una disección más extensa, y brinda un mejor resultado estético.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**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 han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Financiamiento

El presente estudio fue autofinanciado por el autor principal.

## Conflicto de intereses

Se declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A los docentes de las asignaturas Cirugía Bucal y Maxilofacial de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, y al

jefe de la Unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Primavera.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Granizo LM, Redondo GL, Sanchez CL. Enfermedad de las glándulas salivales. 1.ª edición Madrid: Ripano; 2011. p. 155-6.
2. Van der Goten A, Hermans R, Smet MH. Submandibular gland mucocele of the extravasation type. Report of 2 cases. *Pediatr Radiol.* 1995;25:366-8.
3. Felstead A, Patel P, Revington P. Submandibular gland mucocele presenting as a lateral neck swelling. *JSCR [Internet].* 2012;6 [citado 19 Dic 2014] Disponible en: <http://jsr.oxfordjournals.org/content/jsr/2012/6/8.full.pdf>
4. Hze-Khoong EP, Xu L, Shen S, Yin X, Wang L, Zhang C. Submandibular gland mucocele associated with a mixed ranula. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;113:6-9.
5. Peñalba M, Dean A, Sánchez J, Zafra F, Alamillos F, Ruiz J. Ránula cervical: Presentación de 2 casos clínicos y revisión bibliográfica. *Rev Esp Cirg Oral y Maxilofac.* 2001;23:306-10.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM. Oral and maxillofacial pathology. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995. p. 322-6.
7. Hughes GW, Houston GD. Slow-growing midline submental mass. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57:61-5.
8. Ohta N, Fukase S, Suzuki Y, Aoyagi M. Treatment of salivary mucocele of the lower lip by OK-432. *Auris Nasus Laringe.* 2011;38:240-3.
9. Garofalo S, Briganti V, Cavallaro S, Pepe E, Prete M, Suteu L, et al. Nickel Gluconate-Mercurius Heel-Potentised Swine Organ Preparations: A new therapeutical approach for the primary treatment of pediatric ranula and intraoral mucocele. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007;71:247-55.
10. Parekh D, Stewart M, José C, Lawson HH. Ránula hundiendo: un informe de 3 casos y revisión de la literatura. *Br J Surg.* 1987;74:307-9.

Rolando Javier Cisneros Chunga<sup>a</sup>,  
Pablo Alejandro Millones Gómez<sup>b,\*</sup>  
y Julio César Changanqui Silva<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Universidad Católica los Ángeles de Chimbote

<sup>b</sup> Área de Farmacología y Cirugía Bucal y Maxilofacial, Universidad Los Ángeles de Chimbote

<sup>c</sup> Unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilofacial, Hospital Primavera, Trujillo, Perú

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablodent@hotmail.com](mailto:pablodent@hotmail.com)

(P.A. Millones Gómez).

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/>).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.12.002>