
MUCOCELE DEL PALADAR DURO EN PACIENTES PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO

ODONTOGENIC INFLAMMATORY CYST: CASE REPORT

García-Iza Carmen R¹

RESUMEN

Este reporte de caso indica que el quiste de retención de moco del paladar duro puede resultar de la obstrucción de los conductos de las glándulas salivales menores y se definió como un mucocele. Aunque la enfermedad no es común en el paladar duro, muchos autores la han descrito previamente en el paladar blando. **Reporte de caso:** Se presentó un paciente pediátrico que tenía lesiones quísticas en el paladar duro, este caso se llevó a cabo en el Hospital Belén Lambayeque. La edad del paciente fue de 2 años, con iniciales de I.A.R la cual para la intervención del niño se hizo firmar un consentimiento informado de los padres. El presente se manejó con una disección aguda meticulosa con cuidado para evitar la ruptura del mucocele. **Conclusiones:** Se evidenció un resultado favorable en la cicatrización ya que fue completa en la cual las heridas se lograron en 2-3 semanas.

Palabras clave: paladar duro; quiste de retención de moco; mucocele oral; quistes palatinos.
(Fuente: DeCS)

ABSTRACT

This case report indicates that the hard palate mucus retention cyst may result from obstruction of the minor salivary gland ducts and was defined as a mucocele. Although the disease is not common in the hard palate, many authors have previously described it in the soft palate. **Case report:** A pediatric patient who had cystic lesions on the hard palate was presented, this case was carried out at the Belén Lambayeque Hospital. The age of the patient was 2 years, with initials of I.A.R which for the intervention of the child was made to sign an informed consent of the parents. The present was managed with a meticulous acute dissection with care to avoid rupture of the mucocele. **Conclusions:** A favorable result was evidenced in the healing since it was complete in which the wounds were achieved in 2-3 weeks.

Key words: Hard palate; Mucus retention cyst; Oral mucocele; Palatal cysts. (Fuente: DeCS)

¹Estudiante de pregrado de la Facultad de ciencias de salud, Escuela de Estomatología Universidad Señor de Sipán. gizacarmen@crece.uss.pe , [https:// Orcid.org/0000-0002-5100-228X](https://Orcid.org/0000-0002-5100-228X)

I.- INTRODUCCION

El mucocele oral es un término clínico que puede también llamarse quiste de retención y fenómeno de extravasación de moco. Este estudio de reporte de caso quiere indicar que a pesar de que cientos de glándulas salivales menores se distribuyen en la vía oral especialmente en la mucosa, las cuales segregan moco en la cavidad oral a través de sus conductos menores, además también provoca lesiones en el paladar duro. La obstrucción de estos conductos puede provocar la retención de moco con una lesión quística revestida por epitelio del conducto salival, que se denomina quiste de retención de moco, sin embargo, es muy raro encontrar un revestimiento epitelial para estas lesiones.^{1,2} La rotura de los conductos puede provocar extravasaciones de moco a través de los tejidos conectivos debajo la mucosa, el moco acumulado puede inducir inflamación reacción con la formación de tejido de granulación a su alrededor, y la lesión puede agrandarse gradualmente.³ Por ello la importancia ya que es un fenómeno de extravasación de moco que ocasiona una reacción de escape de moco la cual en el paladar provocará el desarrollo de esas hinchazones quísticas de la cavidad bucal.

II.- REPORTE DE CASO

Se presento un paciente pediátrico que tenía lesiones quísticas en el paladar duro, este caso se llevó a cabo en el Hospital Belén Lambayeque. La edad del paciente fue de 2 años, con iniciales de I.A.R la cual para la intervención del niño se hizo firmar un consentimiento informado de los padres. Una vez obtenido el consentimiento se elaboró la Historia clínica y exploración clínica exhaustivas al examen se presentó hinchazón en el paladar duro (**Fig.1**), su tamaño oscila de 4mm en su mayor dimensión y 2.5mm como extensión menor, la forma fue redondeada, era quística, cubierta de mucosa sana, y fue sensible.



Figura 1. Fotografía intraoral del paciente.

Dentro de los antecedentes familiares no hubo alteraciones congénitas de sus padres, pero si enfermedades sistémicas en la madre diabetes tipo II, por la cual. Luego para diagnóstico elaboramos un plan de los exámenes que debemos realizar como primer punto indicamos una tomografía computarizada (TC) de paladar, la cual fue costeada por los padres; donde evidenciamos y mostramos en la (Fig.2), una cavidad superficial bien definida que no estaba invadiendo el hueso del paladar duro y no interrumpía los músculos del paladar blando, pero si estaba lleno de fluido y rodeado de una fina membrana.



Figura 2. Vista oclusal de tomografía computarizada

Otra prueba de laboratorio fue la histopatología donde se aplicó una biopsia que confirmó el diagnóstico presuntivo que la lesión era una cavidad revestida con una capa epitelial con hiperplasia pseudo epiteliomatosa superpuesta en el estroma de tejido conjuntivo libremente,

y se llenó con material de moco. Lo que indica el diagnóstico definitivo de la lesión que era un quiste de retención de moco o mucocele del paladar duro. (**Fig.3**)

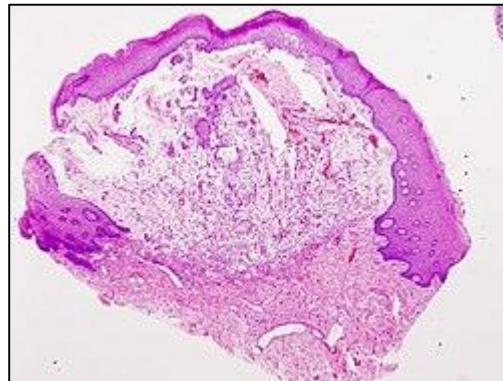


Figura 3. Corte epitelial con hiperplasia pseudo epiteliomatosa.

Una vez confirmado el diagnóstico haremos el procedimiento quirúrgico la cual fue bajo anestesia general con intubación endotraqueal oral, el paciente se coloca en posición supina, además extendido por una pequeña almohada debajo de los hombros. Inyección de mucosa alrededor del mucocele con lidocaína al 2% con 1: 200.000. Se elevó un colgajo mucoso elíptico (Fig.4), se realizó una disección aguda meticulosa con cuidado para evitar la ruptura del mucocele. Después de la exposición completa de la hinchazón, se eliminó por completo y la homeostasis fue logrado. Se devolvió el colgajo de mucosa a su lugar y se hizo la situación de la mucosa circundante con vicryl suturas 4-0.

Para el seguimiento del paciente mostramos que no desarrolló complicaciones intraoperatorias y se verificó que la cicatrización fue completa en la cual las heridas se lograron en 2-3 semanas. No se detectó recurrencia en el paciente hasta el final del seguimiento período.

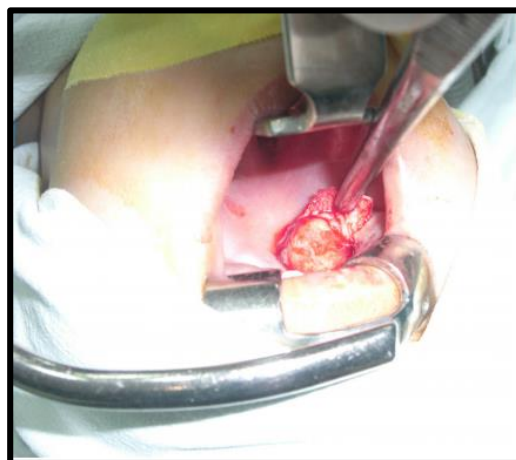


Figura 4. colgajo mucoso elíptico

III.- DISCUSIÓN

En nuestro estudio, investigamos que una fortaleza fue el examen histopatológico ya que a través de ello se puede llegar a un diagnóstico preciso y reveló que había un epitelio en las paredes de la lesión, lo que indica que la lesión era un quiste de retención de moco en lugar de extravasación de moco en los tejidos submucosos. Logrando un diagnóstico preciso y exacto. Por tanto, al ser una lesión poco frecuente se convierte en una de las limitaciones ya que como es un caso raro de mucocelo no se puede diferir o tener semejanzas con varios estudios, sino con pocos. Por tanto, uno de ellos fue semejante con Abdel M, et al.² indica que existe 2 teorías para la aparición de estas lesiones, pueden resultar de la rotura de un conducto de la glándula salival y extravasación de moco en los tejidos blandos circundantes, u obstrucción del conducto con retención de moco en un quiste revestido por epitelio del conducto salival, y ambos tipos se han definido como mucocelos orales. Sin embargo, difiere con Sekhar P, et al.³ donde estudiaron a 56 niños con mucocelo oral, informaron que los mucocelos de extravasación se encuentran principalmente en el labio inferior, mientras que los mucocelos de retención generalmente se encuentran en la mejilla o el paladar, y sugirieron que estos dos tipos no están relacionados y posiblemente tienen una patogenia diferente. Pero según la literatura de Chi A.C⁴ informan de un caso de retención de moco quiste en la parte anterior del paladar duro del niño indicando que la mayoría de los mucocelos son del tipo de extravasación, y combinación del moco se produce en el tejido conectivo, presumiblemente derivado de traumatismo en los conductos de las glándulas salivales menores o por la acumulación de moco. Entonces, se podría decir que el más común es la aparición del mucocelo oral en el labio inferior, pero también puede existir en el paladar duro especialmente en niños ya que está cubierto con una adherencia profunda mucoperiostio con lesión difícil de los conductos salivales menores.^{5,6} Nuestro paciente fue tratado mediante escisión quirúrgica de sus lesiones. Se logró la eliminación completa del quiste y no hubo una recurrencia durante el período de seguimiento.

IV.- CONCLUSIONES

Los mucocelos orales pueden desarrollarse en el paladar duro de los niños siendo las lesiones quistes de retención de moco.

Así mismo podemos concluir que la extirpación quirúrgica completa de las lesiones con su pared quística es una buena opción de tratamiento, y por ello nos conlleva a riesgo de recurrencia.

Una parte esencial y de vital importancia fue la perspectiva del paciente donde indicamos que los padres del paciente compartieron su perspectiva indicando que después de la cirugía el niño no tuvo molestia y después de dos semanas al ingerir los alimentos ya no tenía dolor ni fastidio al masticar.

V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lewandowski B, Brodowski R, Pakla P, Makara A, Stopyra W, Startek B. Mucoceles of minor salivary glands in children. Own clinical observations. Dev Period Med. 2016;20(3):235-242.
2. Abdel M, Khalifa B, Nassar A, Kamel A, Naguib N, El-Tahan, AR. (2016). Mucocele of the hard palate in children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 85, 46–49.
3. Sekhar P, Nandhini G, Kumar KR, Kumar AR. Neurofibroma solitario del paladar que simula un mucocele: reporte de un caso poco común. J Oral Maxillofac Pathol. 2019; 23 (Supl 1): 23-26.
4. Chi A.C, Lambert P.R, Richardson M.S, B.W. Neville, Oral Mucoceles: a clínico pathologic review of 1,824 cases, including unusual variants, J. Oral Maxillofac. Surg. 2018; (69): 1086–1093.
5. Kanaan AA. Salivary gland disease in children, in: M.M. Lesperance, P.W. Flint (Eds.), Cummings Text Book of Pediatric Otolaryngology, Elsevier, Saunders, Philadelphia, 2015, (9): 293–308.
6. Misra S. Priyadarshini AR, Bhuyan, RG. Congenital quiste de retención mucosa del paladar duro anterior! El primer reporte de caso, J. Clin.Diagn. Res. 8 (2014) 26–2.
7. Chi DMD. Oral Mucoceles: A Clinicopathologic Review of 1,824 Cases, Including Unusual Variants. 64 (4): 1086-1093.
8. Agarwal S, Jagade M, Thorawade V, Mishra A, Joshi S., Ahire D. "Quiste palatino: informe de un caso inusual", Revista Internacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2013; 2(1): 39-4.

CORRESPONDENCIA:

García Iza Carmen Rosa
gizacarmen@crece.uss.pe

Fecha de recepción: 14 enero 2021
Fecha de aceptación: 30 abril del 2021