

## **IMPORTANCIA DE LA INSPECCIÓN TISULAR EN LA REMOCIÓN DEL MUCOCELE PARA EVITAR RECIDIVA. REPORTE DE CASO**

### **IMPORTANCE OF TISSUE INSPECTION DURING SURGICAL REMOVAL OF MUCOCELE TO AVOID RECURRENCE. CASE REPORT**

Kuder Layla, Marquez Vito  
Facultad de Odontología – Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela  
[k\\_layla@hotmail.com](mailto:k_layla@hotmail.com) [mvitocco@gmail.com](mailto:mvitocco@gmail.com)

#### **RESUMEN**

El mucocele es un término clínico, asociado a lesiones reactivas (no infecciosas), es una lesión que afecta especialmente las glándulas salivales menores; se forma debido a la extravasación de saliva mucosa producto de un trauma por mordedura. Teniendo en cuenta el factor causal, el mucocele se puede clasificar como quiste de extravasación mucosa o quiste de retención mucosa. Afecta primordialmente el labio inferior y se manifiesta como un nódulo, translúcido y circunscrito con un contenido mucoso o muestra una elevación del color de la mucosa que la cubre. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica de la lesión, que incluya las glándulas salivales menores afectadas. En este trabajo de investigación se reporta un caso de un paciente de género masculino, de 24 años de edad que acude con una lesión de tipo papular a nivel del labio inferior. El enfoque que se le quiere dar a este producto de investigación es aportar, en asociación a la experiencia del caso, ciertas recomendaciones que deben ser tomadas en el tratamiento de este tipo de lesiones. De esta forma, evitar la recidiva y mejorar el servicio hacia el paciente afectado.

**Palabras clave:** mucocele, recidiva, lesiones reactivas, tratamiento, fenómeno de retención, fenómeno de extravasación, quiste.

#### **Abstract**

The mucocele is a clinical term associated with injuries you reactivate (not infectious), Is a lesion mainly affecting the minor salivary glands is formed due to extravasation of mucous saliva product of bite trauma. Given the causal factor the mucocele can be classified as mucous extravasation cyst or mucous retention cyst. Primarily affect the lower lip and appear as a nodule, translucent, circumscribed containing mucous or shows an elevation, the color of the overlying mucosa. The treatment consists of surgical resection of the lesion, including minor salivary glands affected. In this research a case of a male patient, 24-year-old woman came with an injury papular type at the lower lip is reported. The approach that wants to give to this product of investigation is to reach, in association to the experience of the case, certain recommendations that must be taken in the treatment of this type of injuries. In this way it is possible avoid the recurrence and improve the service towards the affected patient.

**Key words:** mucocele, recurrence, reactive lesions, treatment, retention phenomenon, the phenomenon of extravasation cyst.

## INTRODUCCIÓN

El mucocele es un término clínico, asociado a lesiones reactivas (no infecciosas), que incluye la extravasación de moco y el quiste por retención de moco<sup>1</sup>. El mucocele es el desorden de las glándulas salivales menores más común en la población (2,5 de cada 1000 personas). Generalmente afecta con mayor frecuencia a niños, adolescentes y adultos jóvenes, y se presenta en hombres y mujeres por igual.<sup>2</sup>

El primer tipo representa la forma más frecuente y la mayoría de los casos aparecen entre los 10 y los 30 años de edad; siendo el traumatismo como: mordedura del labio inferior o micro traumas por aparatos de ortodoncias: el agente etiológico, que más los origina<sup>3</sup>. Se explica este fenómeno por un trauma que afecta al conducto excretor de la glándula y que tiene como consecuencia la ruptura del mismo con salida de moco hacia el interior del tejido, distendiéndose al mismo.

Cuando la obstrucción del conducto excretor es parcial, el moco fluye lentamente dando origen a una dilatación del conducto; y el epitelio que lo tapiza prolifera originándose de esta forma un quiste de retención, mucosa limitada por una línea de epitelio, este último es difícil de observar. El mucocele de muchas semanas de evolución o los que sufren traumatismos repetidos permitiendo el escape de moco suelen presentar signos histológicos de organización que constituyen un intento reparador.<sup>4, 5</sup>

Los mucocelos pueden estar recubiertos por epitelio (quiste de retención mucosa) o cubiertos por tejidos de granulación (quiste de extravasación). Haciendo una recopilación de varias investigaciones se puede determinar que de 458 casos, evaluados en múltiples locaciones, en el 90,39% se trató de un fenómeno de extravasación. El término "mucocele" se utiliza en forma genérica antes de establecer el diagnóstico microscópico.<sup>6,7,8,9</sup>

El diagnóstico se hace por las características de la lesión, y a través del interrogatorio del paciente; No obstante, el diagnóstico se confirma con los resultados de la biopsia<sup>10</sup>

La escisión quirúrgica es el tratamiento usado más frecuentemente y con mejores resultados, pero tiende a recurrir con facilidad si la extirpación quirúrgica no es completa, de allí que se hace necesario la total remoción de la lesión.<sup>11-12</sup> Los mucocelos son asintomáticos. El tratamiento se realiza generalmente si la lesión causa molestias, o si adquiere un tamaño considerable. En el resto de los casos puede producirse una resolución espontánea.<sup>13</sup>

Desde el punto de vista histológico el mucocele consiste en un depósito de moco que se localiza a menudo en el tejido conjuntivo y la submucosa rodeado por una pared formada de tejido de granulación, la luz de la cavidad quística está llena de un infiltrado de eosinófilos con un abundante número de macrófagos. Las glándulas salivales menores adyacentes presentan a menudo alteraciones inflamatorias con signos de obstrucción. Los restos de epitelio en la pared son raros de observar y esto sólo se aprecia en los quistes de retención. Algunos autores mediante estudios de inmunohistoquímica del contenido de enzimas proteolíticas (colagenasas y activadores del plasminógeno (Pas), en el fluido extravasado del mucocele, comparándolo con el contenido de la saliva del conducto de Wharton, ha llegado a

la conclusión de que las enzimas proteolíticas juegan un papel importante en la patogénesis de la lesión.<sup>14</sup>

Los factores etiológicos del mucocelo son el trauma y la obstrucción de los conductos de las glándulas salivales<sup>15</sup> Bagán et al. Observaron que muchos de los mucocelos se debían a traumas por masticar, dientes desplazados o trauma mecánico severo. En términos generales, cualquier agresión a las glándulas salivales menores, por ejemplo, tratamientos de ortodoncia pueden causar esta lesión. Suele aparecer en las glándulas salivales menores y menos frecuentemente en las glándulas salivales mayores.<sup>15</sup>

El mucocelo afecta a ambos géneros en todos los grupos de edad, con una edad pico de incidencia entre los 10 y 29 años<sup>16</sup>La historia y los hallazgos clínicos conducen al diagnóstico de mucocelo superficial. La ecografía se ha utilizado para evaluar las lesiones, y con transductores de alta frecuencia.<sup>17</sup>

Entre las técnicas quirúrgicas, una de las más novedosas, es el tratamiento con láser de CO<sup>2</sup>, especialmente para niños, por no producir sangrado durante la intervención, ni es necesario sutura de la lesión. El tratamiento sufre una recidiva de 6,25-8,8%<sup>18,19</sup>. Lo que deriva en la intervención quirúrgica, el tratamiento quirúrgico con laser de CO<sup>2</sup> tiene la ventaja de ser más rápido que el bisturí frío, lo cual es útil en pacientes pediátricos y geriátricos. Además minimiza las complicaciones y recidivas, por lo que ofrecen mejor postoperatorio.<sup>19</sup>

Los quistes de extravasación son más frecuentes (84,48-95%) que los de retención<sup>19,20</sup>. Se producen por la ruptura traumática de un conducto de una glándula salival menor.<sup>19</sup> Los mucocelos afectan en igual proporción a hombres y mujeres.<sup>20</sup>

Un trauma por mordisco puede ser la causa más frecuente, esto explica porqué se presenta en el labio inferior en mayor proporción (53-89%).<sup>19,21</sup>

Son lesiones asintomáticas cuya localización más frecuente es el labio inferior, seguido de cara ventral de lengua, piso de boca (ránula) y mucosa bucal; es decir, se pueden encontrar en cualquier región donde existan glándulas salivales, pero rara vez en el paladar y el espacio retromolar.<sup>22,23</sup> Se observan como: lesiones de tipo papular o nodular, indoloras, de superficie lisa, de color azulado o translúcidas, con un tamaño desde unos milímetros a unos centímetros y a la aspiración se obtiene un material viscoso insípido. Además, una de sus características más determinantes es que puede desaparecer y reaparecer a los pocos días.<sup>15</sup>

Se puede destacar que existe una variante del mucocelo por extravasación denominada: mucocelo superficial. Este se forma por una elevación de presión en vez de una rotura del elemento ductal que sitúa el contenido mucoso en el epitelio superficial, con una sencilla punción desaparecerá.<sup>1</sup>

Histopatológicamente, el epitelio superficial está distendido por el acúmulo de mucina. Esta mucina suele estar cercada por un borde de tejido de granulación o en lesiones de larga

evolución. El colágeno denso que le confiere un aspecto encapsulado bien circunscrito. No existe revestimiento epitelial. La mucina y el tejido de granulación están infiltrados por abundantes neutrófilos e histiocitos espumosos grandes, redondos u ovalados, macrófagos, linfocitos, y en ocasiones células plasmáticas.<sup>1,5</sup>

Entre los diagnósticos diferenciales se pueden mencionar:

- Carcinoma adenoquístico: Se presenta entre la 5ta. y 6ta. década de vida, el paciente refiere dolor local y presenta linfadenopatía, además de producir metástasis hacia los ganglios cervicales en un 30% de los casos.
- Carcinoma mucoepidermoide: Es de crecimiento rápido, produce dolor local, se presenta generalmente entre la 3era. y 4ta. década de vida, el paciente presenta linfadenopatía y produce metástasis.
- Tumor benigno mixto: Es más frecuente en mujeres que en hombres (6:4), se presenta entre la 4ta. y 6ta. década de vida, el paciente refiere molestia en la zona y rara vez obtiene tamaño mayor de 1 a 2 cm. de diámetro.
- Ránula: tumor quístico blando, de líquido que se forma debajo de la lengua por obstrucción y dilatación de una de las glándulas salivales de la región, así mismo se puede mencionar como: fenómeno de la extravasación de moco, malformación vascular (neurofibroma), lipoma y quiste de erupción o quiste gingival cuando surgen en la mucosa alveolar.<sup>1</sup>

El diagnóstico se hace por las características clínicas de la lesión, una clave para la realización del mismo es a través del interrogatorio del paciente; ya que es común que la lesión tiende a vaciar su contenido al ser mordido accidentalmente por el paciente y vuelve a llenarse al cabo de pocos días. El resultado de la biopsia confirmará el diagnóstico clínico.<sup>10</sup>

El diagnóstico diferencial debe hacerse con hemangiomas ya que cuando los mucocelos son superficiales tienden a presentar una coloración azul violácea lo que hace que puedan ser confundidos fácilmente con esta entidad clínica; con los fibromas ya que cuando los mucocelos son de implantación profunda la forma clásica de vesícula se pierde y su superficie no es translúcida. Con el lipoma también pero éstos tienen una coloración amarillenta. En general el diagnóstico diferencial debe realizarse con cualquier lesión de aspecto tumoral, en los casos de mucocelos de implantación profunda, y hasta con enfermedades vesículo ampollares tipo pénfigo en los casos de lesión superficial.<sup>10</sup>

En algunos casos los mucocelos orales se resuelven espontáneamente sin intervención después de un corto tiempo; otros tienden a permanecer crónicamente y son los que requieren intervención. Aunque los tratamientos incluyen crioterapia, dióxido de carbono y el láser de erbio, corticoide intralesional, y el ácido gamma-linolénico tópico, se prefiere la escisión quirúrgica, que incluya la remoción de las glándulas salivales menores afectadas, ya que este método evita las recurrencias y es buen pronóstico en la medida que se indique correctamente<sup>22-24</sup>.

## Reporte del caso

Se presenta el caso clínico de paciente de género masculino, 24 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que fue remitido a la consulta para valoración de una lesión asintomática en la mucosa labial inferior de lado derecho de unos 2 meses de evolución (Fig 1). El paciente no refería traumatismos previos en la zona. En la exploración física se observó en dicha localización una lesión papulosa rosada, de consistencia blanda, de unos 4mm de diámetro aproximadamente, con un discreto componente inflamatorio asociado. Según testimonio del paciente, la misma, segregaba líquido insípido a la manipulación, además de que se ausentaba y reaparecía a los tres días aproximadamente.

### Figura 1

Apariencia clínica de la lesión.



Obtenida esta información, se llega a diagnóstico presuntivo: mucocele labial asociado a traumatismo mecánico, y se procede a la planificación y posterior extracción quirúrgica, en donde se toma muestra de la lesión para ser enviada a su respectivo análisis.

Se inició al tratamiento quirúrgico, además de realizar la asepsia correspondiente de la zona a tratar, para iniciar el proceso de insensibilizar mediante anestesia infiltrativa local circundante a la lesión. Se recomienda el uso de anestesia con vasoconstrictor de 1:50000 para contrarrestar el sangrado profuso como consecuencia de la importante irrigación sanguínea de la zona que perjudicaría dicha lesión. La punción de la anestesia debe realizarse en la periferia de la lesión, no directamente en ella, al igual que la consiguiente incisión con el bisturí. Esto con la finalidad de preservar los encapsulados de moco dentro de la lesión. Mientras más conservados estén, más fácilmente podrán ser removidos efectivamente.

Luego del tiempo prudencial se pudieron definir los bordes de la lesión para proceder a la incisión en ojal con el bisturí hoja N°15, exponiendo el tejido conjuntivo, los acinos y conductos afectados que clínicamente tienen apariencia de "Gajos de mandarina". (Fig2)

## Figura 2

Exposición de tejido glandular afectado



Es pertinente intentar remover el conjunto completo desde la base de la capa conjuntiva, cuidadosamente, evitando generar el colapso de acúmulos salivales. (Fig3)

## Figura 3

Remoción profunda de la lesión



Posterior a remover la mayoría de las cápsulas (Fig4) se debe secar para exponer el tejido muscular del labio, que se encuentra por debajo del plano conectivo para comenzar a realizar la exploración y escudriñamiento final de seguridad.

## Figura 4

Aspecto de encapsulado mucoso



De esta forma, es importante desplazar la superficie mucosa alrededor de la lesión exponiendo a la vista cualquier glándula afectada escondida en la región interna. Es importante esperar un aproximado de 5 minutos para dar lugar al relleno de cualquier glándula o conducto vaciado que pueda haberse pasado por alto como consecuencia de la afección mínima de su capsula en el manejo de la lesión (Fig5). Si se observa o se siente un abultamiento en el tejido conjuntivo periférico se procederá a su remoción.

## Figura 5

Remoción total de tejido afectado



Una vez tomada la muestra, ésta debe ser colocada en el frasco que contiene el formol al 10%, para fijar la muestra y evitar la autólisis del mismo. Se verifica los bordes de la lesión e inducimos a unión primaria o curación por primera intención. El siguiente paso fue la rotulación y ficha histopatológica. El frasco donde se depositó la muestra debe estar rotulado con el nombre del paciente, edad, sexo y fecha de la toma. Este frasco deberá estar acompañado con la ficha, en donde se plasmarán los datos bioestadísticos del paciente, motivo de consulta, descripción de la lesión con una clara nomenclatura, zona anatómica de

la toma, tamaño y número, diagnóstico presuntivo. Estos datos son importantes para el histopatólogo al momento del estudio de la muestra.

Luego de 7 días se observa una mucosa del labio inferior regenerada. (Fig. 6)

### Figura 6

Aspecto clínico 10 días después de la exéresis.



El resultado del estudio histopatológico fue: mucocele de labio. Su descripción fue: múltiples lesiones quísticas con contenido mucoso, revestidas de tejido conectivo propio de la zona y un proliferado de células macrófagos propias de tejido granulomatoso. Internamente las lesiones quísticas estaban revestidas por tejido epitelial.

### DISCUSIÓN

El mucocele, o quiste mucoso, se caracteriza por la aparición de una lesión papulosa hemisférica, que normalmente se presenta de forma solitaria en la mucosa del labio inferior, aunque también puede afectar al suelo de la boca, la mucosa oral y la lengua. Suele tener una coloración rosada o azulada, un aspecto translúcido, una consistencia blanda, y medir desde unos pocos milímetros hasta más de 1 cm. Está relleno de sialomucina, un líquido filante y transparente. Excluyendo los fibromas irritativos, constituye la lesión de partes blandas más frecuente de la cavidad oral. El labio inferior se encuentra lleno de células productoras de saliva. Esta lesión se produce generalmente como consecuencia de un traumatismo sobre el conducto de una glándula salival menor, produciéndose de forma secundaria un quiste de retención al liberarse el contenido al intersticio, y ocasionarse una respuesta inflamatoria reactiva con la aparición de tejido de granulación. Por este motivo se considera un pseudoquiste, y no un verdadero quiste.<sup>13</sup>

En general, el diagnóstico diferencial debe realizarse con cualquier lesión de aspecto tumoral, en casos de mucoceles de implantación profunda, y hasta con enfermedades vesiculoampollares tipo pénfigo en los casos de lesión superficial.<sup>25</sup>



Varias opciones para el tratamiento de las lesiones intraorales están disponibles, incluyendo escisión quirúrgica con bisturí, marsupialización<sup>26</sup> criocirugía, electro-cauterización, ablación con láser CO<sup>2</sup> y Er,Cr:YSGG. Para el caso de mucocelos orales (MO), la marsupialización trae consigo recidivas; la vaporización con dióxido de carbono (CO<sup>2</sup>) y cirugía láser de Er,Cr:YSGG.<sup>27,28</sup> son opciones terapéuticas que tienen resultados comparable al bisturí tradicional, en términos de calidad de vida postoperatoria, dolor y parestesias post-quirúrgica en labio. Sin embargo, la extirpación quirúrgica del mucocelo sigue siendo la técnica más ampliamente utilizada para la eliminación definitiva de la lesión, pues proporciona un amplio margen de seguridad que previene la recurrencia.<sup>29,30</sup>

La remoción completa del tejido glandular comprometido en los mucocelos orales plantea un reto para el cirujano.

Un diagnóstico certero de este tipo de patologías de glándulas salivales, a través de la exploración clínica y confirmación histopatológica, permite la resolución eficaz de la lesión.

En conclusión, puede abordarse el protocolo quirúrgico descrito en este artículo, pues resulta sencillo en la práctica clínica, considerando la frecuencia de aparición de esta lesión. El enfoque que se le quiere dar a este producto de investigación es aportar, en asociación a la experiencia del caso, ciertas recomendaciones que deben ser tomadas en el tratamiento de este tipo de lesiones. De esta forma, evitar la recidiva y mejorar el servicio a todos los pacientes.

## **CONCLUSIONES**

En conclusión se puede decir que el mucocelo es una patología reactiva causada por traumatismos mecánicos que afecta a una o más estructuras glandulares salivales menores. En este orden de ideas, si se quiere remover por completo, se debe tener preciso cuidado de eliminar cada una de estas estructuras afectadas; con el pertinente conocimiento, pericia y paciencia para generar resultados satisfactorios. Técnicas como la marsupialización podrían ser lo suficientemente efectivas y con total seguridad para aquellos casos en donde esté presente una variación de tipo Mucocelo superficial. Pero, no para aquellos otros tipos de esta común patología bucal.

Es importante el interrogatorio del paciente para la realización del diagnóstico, ya que son innumerable las situaciones que se nos pueden presentar, no obstante, es importante crear conciencia en la población de que toda acción odontológica es una acción preventiva y que la labor terapéutica del odontólogo debe necesariamente acompañarse de una actividad educativa mediante la cual el paciente aprenda a valorar la importancia de su propia salud.

## **RECOMENDACIONES**

Evaluación y control cada 6 meses de los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal. La radiografía panorámica es importante en cada caso, ya que aporta información que quizás se desconoce y se puede interceptar a tiempo; identificar el factor traumático y controlar el hábito. Una vez identificado el traumatismo y controlado el hábito se recomienda la

extirpación total de la lesión. Toda muestra obtenida por biopsia debe realizarse su correspondiente estudio histopatológico para obtener el diagnóstico definido, recordándole que la inspección visual es solo un diagnóstico presuntivo o provisional. Además de que los tejidos deben ser colocados en formol buferado al 10%, y en frascos de plástico de boca ancha y con tapa que no permita la salida de la formalina (deben estar adecuadamente identificados). No es recomendable utilizar frascos de vidrio. No se debe permitir que entren en contacto con el refrigerante que lleva las muestras de tejidos frescos o sueros, ya que si se congela no permite la adecuada fijación de los tejidos.

## REFERENCIAS

1. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal. 3era edición. mcgraw-hill/interamericana de mexico; 2000
2. López P; Bermejo A. Point of Care: What is the most appropriate treatment for salivary mucoceles? Which is the best technique for this treatment? Journal of the Canadian Dental Association.2004;Vol. 70, No. 7; 484-485.
3. Bermejo A, Aguirre JM, Lopez P, Saez MR. Superficial mucoceles. Report of 4 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999; 88(4): 469-72.
4. Cohen. L. Mucocele of the oral cavity. Oral Surg. 1965; 19: 365-72.
5. J. Philip-Eversole-Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2da Edición. España: Elsevier Mosby; 2006.
6. Seifert G, Donath K, von Gumberz C. Mucoceles of the minor salivary glands. Extravasation mucoceles (mucus granulomas) and retention mucoceles (mucus retention cysts. HNO. 1981;29(6):179- 91.
7. Oliveira DT, Consolaro A, Freitas FJ. Histopathological spectrum of 112 cases of mucocele. Braz Dent J. 1993;4 (1):29-36.
8. Seijas A, Ghanem A, Cedeño JA. Mucocele de labio. Acta Odontológica Venezolana 1998; 36(3). Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/3/mucocele\\_labio.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/3/mucocele_labio.asp)
9. Jani DR, Chawda J, Sundaragiri SK, Parmar G. Mucocele--A study of 36 cases. Indian J Dent Res. 2010;21(3):337-40.
10. Pérez C, Jiménez C. Mucoceles con localizaciones inusuales. Reporte de casos. Acta Odontológica Venezolana 2002; 40(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652002000200014](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000200014)
11. Ferrari M, Gesi A. Tratamiento quirúrgico de las glándulas salivales menores. Journal de Educación Continua. 1995; 2 (8):68-72.
12. Shaden Rj. Review of a technique in the treatment of mucoceles. Oral Surg. 1974; 7(5):695-8.
13. Valdivielso-Ramos M, Mauleón C, Balvín E, P de la Cueva P, Hernanz JM. Mucocele en la mucosa labial Acta Pediatr Esp. 2008; 66(10): 502-3.
14. Azuma M, Tamatani T, Fukui K, Yuki T, Hoque MO, Yoshida H, Sato M. Proteoliticenzymes in salivary extravasation mucoceles. J. Oral Pathol Med. 1995, 24(7): 299-302.
15. Chi AC, Lambert PR 3rd, Richardson MS, Neville BW. Oral mucoceles: a clinicopathologic review of 1,824 cases, including unusual variants. J Oral Maxillofac Surg. 2011;69(4):1086-93.
16. Ata-Ali J, Carrillo C. Oral mucocele: Review of the literatura. J Clin Ex Dent. 2010; 2(1):10-3.
17. Senthilkumar B, Nazargi Mahabob M. Mucocele: An unusual presentation of the minor salivary gland lesion. J Pharm Bioallied Sci. 2012; 4(2):S180-2
18. Wu CW, Kao YH, Chen CM, Hsu HJ, Chen CM, Huang IY. Mucoceles of the oral cavity in pediatric patients. Kaohsiung J Med Sci. 2011; 27(7): 276-9.
19. Yagüe-García, J, España-Tost AJ, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Treatment of oral mucocele-scalpel versus CO2 laser. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009; 14(9), e469-74.
20. More CB, Bhavsar K, Varma S, Tailor M. Oral mucocele: A clinical and histopathological study. J Oral Maxillofac Pathol. 2014;18(Suppl1), S72-7.
21. Piazzetta CM, Torres-Pereira C, Amenábar JM. Micro-marsupialization as an alternative treatment for mucocele in pediatric dentistry. Int J Paediatr Dent. 2012; 22(5): 318-23.

22. Seo J, Bruno I, Artico G, Vechio AD, Migliari DA. Oral mucocele of unusual size on the buccal mucosa: clinical presentation and surgical approach. *Open Dent J.* 2012;6:67-8.
23. Aldrigui JM, Silva PE, Xavier FCA, Nunes FD, Bussadori SK, Wanderley MT. Mucocele of the lower lip in a 1-year-old child. *PediatrDent.* 2010; 20(1):95-8.
24. Bahadure RN, Fulzele P, Thosar N, Badole G, Baliga S. Conventional surgical treatment of oral mucocele: a series of 23 cases. *Erup J PaediatrDent.* 2012;13(2):143-6.
25. Jinbu Y, Kusama M, Itoh H, Matsumoto K, Wang J, Noguchi T. Mucocele of the glands of Blandin-Nuhn: clinical and histopathologic analysis of 26 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod.* 2003;95(4):467-70.
26. Sagari SK, Vamsi KC, Shah D, Singh V, Patil GB, Saawarn S. Micro-marsupialization: a minimally invasive technique for mucocele in children and adolescents. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2012;30(3):188-91.
27. Romeo U, Palaia G, Tenore G, Del Vecchio A, Nammour S. Excision of oral mucocele by different wavelength lasers. *Indian J Dent Res.* 2013;24(2):211-5.
28. Huang IY, Chen CM, Kao YH, Worthington P. Treatment of mucocele of the lower lip with carbon dioxide laser. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(5):855-8.
29. Valerio RA, de Queiroz AM, Romualdo PC, Brentegani LG, Paula-Silva FW. Mucocele and fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis. *BrazDent J.* 2013;24(5):537-41.
30. Adachi P, Soubhia AM, Horikawa FK, Shinohara EH. Mucocele of the glands of Blandin-Nuhn--clinical, pathological, and therapeutical aspects. *Oral Maxillofac Surg.* 2011;15(1):11-3.

### **Acera de la Autora:**

**Kuder Layla, Marquez Vito.** Odontólogo general. Profesora Universitaria. Higienista dental. Estudiante de especialidad en docencia superior en la Universidad de Carabobo  
Desempeño en la actualidad el cargo de profesor instructor a Tiempo Convencional, en Dirección de Docencia de Odontología, Facultad de Odontología. Experiencia profesional no docente: Odontólogo en Clínica Innodent. Ubicada en Nirgua Yaracuy.