

Recibido: 19/04/2022

Aprobado: 10/05/2022

Excisión del mucocele mediante el uso de la pinza de chalazión

Excision of the mucocele through the use of the chalazion forceps

Rivera Quispe Jimena,¹ Achá Palma Juan Carlos.²

Correspondencia del autor(es): riverajimena531@gmail.com¹, juancarlosacha64@gmail.com²

Resumen

El mucocele 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 lo cubre o de color grisáceo azulado. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica de la lesión, que incluya las glándulas salivales menores afectadas. Se realizó la revisión de casos clínicos de pacientes niño, joven y adulto, que presenta mucocele superficial y profundo, el cual fue tratado con resección quirúrgica mediante el empleo de la Pinza de Chalazión que coadyuva con la hemostasia localizado en la zona quirúrgica y permite realizar la remoción completa de la lesión y las glándulas afectadas teniendo un campo seco, y se utilizó como relleno de la cavidad quística gel de Periokin que ayuda con la cicatrización y permite mantener los reparos anatómicos intactos.

Palabras clave: Mucocele, labio, glándulas salivales.

Abstract

The mucocele is an injury that especially affects the minor salivary glands; It is formed due to the extravasation of mucosal saliva as a result of a bite trauma. Considering the causative factor, mucocele can be classified as mucosal extravasation cyst or mucosal retention cyst. It primarily affects the lower lip and manifests as a translucent, circumscribed nodule with mucous content or shows an elevation of the color of the mucosa that covers it or a bluishgray color. Treatment consists of surgical resection of the lesion, including the affected minor salivary glands. A review of clinical cases of child, young and adult patients was carried out, who presented superficial and deep mucocele, which was treated with surgical resection using the Chalazion Forceps that contributes to localized hemostasis in the surgical area and It allows complete removal of the lesion and the affected glands, having a dry field, and Periokin gel was used as filler for the cystic cavity, which helps with healing and allows the anatomical repairs to be kept intact.

Keywords: Mucocele, lip, salivary glands.

1. Introducción

En los últimos años hemos presenciado en la consulta múltiples casos de lo que se denomina en la literatura médica como mucocelo, definido como una lesión nodular translúcida de aspecto quístico en la mucosa oral principalmente a nivel del labio inferior (Sabando Carranza J. A. et. al., 2015).

Los mucocelos orales (MO) son las lesiones benignas más comunes de las glándulas salivales menores; son lesiones asintomáticas cuya localización más frecuente es el labio inferior, seguido de la cara ventral de la 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. (Martinez A. et. al., 2015).

Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples, su clínica y características microscópicas pueden confundirse con otras condiciones, tales como prefigoide, líquen plano ampollar, o el virus del herpes simple recurrente. Sin embargo, las características clásicas para el diagnóstico diferencial de MO son una historia de traumas por mordedura y la rápida aparición de una inflamación azulada translúcida, debida a ruptura del conducto de la glándula salival y extravasación de saliva mucosa en los alrededores del tejido blando.

No obstante, también puede originarse por la retención de saliva. (Martinez A. et. al., 2015).

El Mucocelo es una lesión quística, relativamente frecuente (2,5/1.000) y con tendencia a ser recidivante, que se origina por una retención mucosa a nivel de las glándulas salivales menores en la cavidad oral. Las lesiones pueden ser subepidérmicas que aparecen como un nódulo translúcido de color azulado de 3-10mm de diámetro o intradérmicas que debido a la profundidad mantiene el color de la piel normal. (Sabando Carranza J. A. et. al., 2015)

El odontólogo general debe conocer los medios de diagnóstico a emplearse cuando se observa una lesión en tejidos blandos refiriéndonos a un quiste de partes blandas a diferencia de los quistes óseos que requieren de un exámen radiográfico. Teóricamente un quiste es una cavidad rodeada por una membrana de origen mesodérmico bien definida con una capa intermedia y una interna de origen ectodérmico, generalmente formada por epitelio de origen malphigiano poliestratificado o ciliado, a excepción de los mucocelos y ránulas, en los que generalmente se observa una capa externa conjuntiva; sin ninguna abertura, que contiene en su interior un material líquido o semilíquido de etiología desconocida, opinándose que viene de los restos ectodérmicos (vaina de Hertwig), o de inclusiones en los puntos de unión primarios de los procesos formativos de las estructuras maxilofaciales. (Chirinos Llerena Wildert, 2012).

1.1. Patogenia, Etiología e Histología.-

Existen dos tipos de mucocelo: El mucocelo por extravasación y el mucocelo por retención. Suelen aparecer sobre todo en niños y adultos jóvenes aunque pueden hacerlo en cualquier edad. Casi la mitad de los casos se presentan antes de los 20 años de edad, más de la cuarta parte entre las edades de 11 y 12 años, afectando por igual a hombres como a mujeres. La causa de este fenómeno se relaciona con traumatismo mecánicos de los conductos de las glándulas salivales menores que corta o desgarran dicho conducto, dando lugar a un derrame

o extravasación de moco en el estroma de tejido conectivo circundante, donde precipita una reacción inflamatoria secundaria que al principio contiene neutrófilos y después macrófagos. El tejido de granulación presente favorece la formación de una pared alrededor de la mucina derramada. El tejido de la glándula salival adyacente sufre una

alteración inflamatoria inespecífica a causa de la retención de moco y posterior cicatrización en el interior y alrededor de la glándula. (Chirinos Llerena Wildert, 2012).

El mucocele por extravasación representa la forma más frecuente de este tipo de lesión y en la mayor parte de los casos que afectan a nuestros pacientes pediátricos, siendo causados por ocurrencias traumáticas como mordeduras, microtraumas por aparatología ortodóncica o como complicación de alguna intervención quirúrgica. Como consecuencia de esta ruptura o el seccionamiento de un ducto salival provoca así, la salida o extravasación del moco al estroma del tejido conectivo circundante y su consecuente acumulación y tumefacción de dicho tejido. (Velásquez Reyes V. et. al., 2011).

Histológicamente, éste tipo de lesión no presenta un epitelio de revestimiento, sino que las paredes están conformadas por la proliferación de elementos fibrosos de origen conjuntivo por lo que algunos autores, no la consideran una lesión quística verdadera, sino un pseudoquiste. (Velásquez Reyes V. et. al., 2011).

Es así, que Harrison (1975), encontró que todos los mucoceles del labio inferior son por extravasación (no forrados por epitelio) más que del tipo retentivo (forrados por epitelio).

Bhashkar et al. (1956) establecieron la causa como una laceración traumática de un conducto salival menor que permite la acumulación de moco en los tejidos blandos, y la subsiguiente proliferación de tejido de granulación en un intento de secuestrar el moco.

El mucocele se hace evidente en pocos días, y suele presentarse como una vesícula circunscrita elevada translúcida o de color azulado, de varios milímetros a más de un centímetro de diámetro. Puede ser móvil y persistir por meses, salvo que se rompan, en cuyo caso recidivan a no ser que se traten quirúrgicamente. (Velásquez Reyes V. et. al., 2011).

El mucocele por retención es menos frecuente la causa principal son las lesiones mecánicas o inflamatorias de pequeñas glándulas, mucosas o salivales, se caracteriza por una cubierta derivada del epitelio de los conductos y también puede observarse un cálculo salival (sialolítico), constituido por capas acelulares concéntricas. (Chirinos Llerena Wildert, 2012).

1.2. Características Clínicas

Se caracterizan por nódulos, blandos o fluctuantes, que van desde el color normal de la mucosa oral hasta el azul violáceo. Afecta a cualquier edad y se presenta igualmente en ambos sexos con mayor incidencia en la segunda década de vida. (Quintero B. A. I. et. al.). Aparecen como tumoraciones únicas o múltiples con aspecto característico como lo son grisáceas y hasta casi transparentes, la lesión puede estar situada profundamente en el tejido, o ser muy superficial y dependiendo de su localización presentaran un aspecto variable.

La lesión superficial aparece como una vesícula circunscrita de varios milímetros o centímetros de diámetro (el tamaño de la misma se modifica de forma periódica), con un tinte traslucido de color azulado. La lesión más profunda se manifiesta también como un abultamiento, pero debido al grosor del tejido que lo cubre, el color y el aspecto de la superficie son los de la mucosa normal. (Chirinos Llerena Wildert, 2012).

1.3. Tratamiento

Es la excisión quirúrgica total de la glándula involucrada para minimizar el riesgo de recidiva, A veces hay recurrencia después de la excisión, ya que evacuado su contenido se vuelve a llenar de nuevo, tan pronto como cicatriza la lesión. Si el tratamiento se efectúa de una manera adecuada y se eliminan las glándulas involucradas nose produce recurrencia de la lesión; por lo cual se indica la excisión de cualquier elemento acinico que se encuentre a fin de evitar extravasación mucosa post-operatoria en el sitio de la cirugía. (Chirinos Llerena Wildert, 2012).

1.4. Pinza de chalazión

En la práctica clínica es habitual que no dispongamos de asistencia para realizar biopsias u otras técnicas quirúrgicas en zonas con mayor tendencia al sangrado, como es la mucosa oral. Con el fin de minimizar el sangrado y facilitar de este modo la visualización en el campo quirúrgico presentamos una técnica para procedimientos quirúrgicos en la mucosa oral, descrita por García et al. En el año 1970, consistente en el uso de pinzas de chalazión.

Estas pinzas se utilizan habitualmente en cirugía oftalmológica de chalazión, de ahí su nombre. No obstante, se ha descrito su uso también por parte de dermatólogos para otras técnicas, como la sujeción del lóbulo auricular. Con el objetivo de demostrar la utilidad de esta técnica en diferentes regiones de la mucosa oral

Presentamos casos clínicos del uso de la misma en la mucosa oral, cara interna del labio inferior.

Se utiliza para todos los procedimientos una pinza de chalazión estándar de 9 cm de longitud, con una fenestración elipsoide central de 1,1 x 1,7 cm; existen otros tamaños y formas de este instrumento, pudiendo escoger el más idóneo dependiendo de la localización o el tamaño de la lesión a tratar. Dispone de 2 palas, una de ellas actúa como base formada por una lámina metálica sólida y la otra es fenestrada, por lo que permite actuar con libertad de movimiento durante la extracción de la pieza y la sutura del defecto.

Ambas están unidas por un mango metálico y su coaptación se puede ajustar, de manera que posibilita la correcta sujeción de la zona a tratar. Previo a la colocación de la pinza se realiza la infiltración anestésica. Posteriormente, se coloca la pinza de chalazión con la porción fenestrada hacia arriba y la zona que debemos biopsiar en el centro de la misma. El siguiente paso consiste en el ajuste de las palas de la pinza hasta que exista buena sujeción de la zona a tratar.

A continuación se realiza la biopsia tipo punch o la extirpación y se sutura el defecto residual con material reabsorbible. Finalmente, se retira la pinza de chalazión y se comprueba la correcta hemostasia.

El uso de esta pinza permite la exposición de la zona a biopsiar u extirpar, de manera que consigue evertir de forma indolora superficies poco accesibles, como la mucosa yugal o traccionar de la raíz de la lengua o para el labio inferior. También disminuye el sangrado, por lo que proporciona mayor comodidad al paciente y permite una mejor visualización del campo quirúrgico por nuestra parte.

Cualquier entidad que requiera la realización de una biopsia o exéresis en la mucosa oral puede ser susceptible para el uso de esta técnica, tales como enfermedad de injerto contra huésped, síndrome de Sjögren, enfermedades ampollas, amiloidosis sistémica o lesiones primarias en la mucosa.

En cuanto a las localizaciones específicas en la mucosa oral está indicada para mucosa yugal, lengua, borde libre del bermellón y cara interna de los labios. La zona gingival queda excluida por motivos mecánicos. No existe contraindicación formal para la técnica.

Las posibles complicaciones son las intrínsecas a la realización de una biopsia cutánea. El riesgo de necrosis secundario a compresión isquémica continuada sobre la mucosa oral es anecdótico, pues se trata de una técnica relativamente rápida.

En conclusión, presentamos una modificación de la técnica quirúrgica para lesiones localizadas en la mucosa oral mediante el uso de las pinzas de chalazión, ampliamente disponibles, que facilita la eversión y disminuye el sangrado de dicha mucosa.

Todo esto la convierte en una técnica idónea y práctica para incluir en la actividad diaria en la consulta y así poder realizar la remoción completa de la lesión y las glándulas afectadas. (Úbeda C. J. et. al., 2021).



Figura N°1 Pinza de Chalazión



Figura N°2 Pinza de Chalazión ajustada

2. Presentación de casos clínicos

2.1. Caso clínico N° 1

Reportamos el caso clínico de un niño de 8 años de edad que acude en compañía de su madre al servicio de la Facultad de Odontología, por molestias en el labio inferior, quien es referido al área de Cirugía Bucal Estomatología. El motivo de la consulta es la presencia de un “bulto en el labio inferior que lo tiene más de un año y no desaparece” lo que molesta al niño a la hora de comer sus alimentos, no hay dolor y no recuerda como apareció.

2.1.1. Examen Clínico Bucal

Se observa en la mucosa interna del labio inferior una tumoración elevada, de 5mm a 7mm de diámetro aproximadamente, es una lesión intra dérmica de color de la mucosa bucal y aspecto brillante, a la palpación presenta consistencia blanda con un tiempo de evolución de más de un año.

2.1.2. Historia médica Buena salud general sin consideraciones a resaltar.

2.1.3. Tratamiento

El tratamiento recomendado es la excisión quirúrgica.

Exámenes previos al acto quirúrgico:

- ⊙ **Pruebas hematológicas (tiempo de sangría, tiempo de coagulación):** valores normales.
- ⊙ **Interconsulta con Pediatría:** Sin riesgo.

2.1.4. Procedimiento Quirúrgico

El tratamiento que se realizó fue mediante biopsia excisional de la lesión debido a su tamaño se colocó anestesia infiltrativa en el fondo del surco vestibular de la lesión y alrededor de la lesión en 4 puntos cardinales, (arriba, abajo, derecha e izquierda). La cantidad de anestesia fue de medio tubo para evitar edematizar la muestra y así poder tener los límites certeros de la lesión.

Con bisturí mango N°3 y hoja N°15 se hizo una incisión recta sobre el tejido mucoso y con una tijera recta se procedió a separar el tejido sano de la lesión, para luego retirar toda la glándula comprometida, para luego colocarla en un frasco con formol al 10% para su estudio histopatológico, para luego realizar la limpieza de la cavidad y se procedió a colocar gel Periokin de acción reparadora y cicatrizante debido al tamaño considerable de cavidad después de la excisión quirúrgica total de la lesión. Seguidamente se procedió a la sutura (hilo seda 4 ceros) realizando seis puntos y farmacoterapia correspondiente a Ibuprofeno tabletas de 200mg cada 8 horas e indicaciones post-cirugía en la dieta no alimentos irritativos, e higiene bucal diaria complementada con enjuagatorios bucales.

Retiro de puntos a los 7 días, control y evaluación posteriores cada 6 meses.

2.1.5. Resultado Histopatológico

Hiperplasia pseudo-epiteliomatosa con neovascularización, inflamación crónica activa con presencia de neutrófilos e histiocitos, mucosa rodeada de Tejido granular moderada y negativo de malignidad.

2.1.6. Diagnóstico Definitivo

Diagnóstico definitivo MUCOCELE DE LABIO.



Figura N°3 Mesa de trabajo.



Figura N°5 Diagnóstico Clínico.



Figura N°6 Técnica de anestesia infiltrativa.



Figura N°4 Pinza de Chalazión.



Figura N°7 Colocación de la Pinza de Chalazión.



Figura N°8 Incisión de la lesión.



Figura N°9 Desprendimiento del tejido sano de la lesión con tijera recta.



Figura N°13 Colocación de Periokin en gel.



Figura N°10 Excisión de la lesión.



Figura N°14 Sutura



Figura N°11 Remoción total de la lesión.



Figura N°15 Conclusiones de la sutura.



Figura N°12 Verificación de la extirpación Lesión.



Figura N°16 Retiro de la Pinza de Chalazión.



Figura N°17 Asepsia Postintervención.

2.2. Caso Clínico N° 2

Reportamos el caso clínico de una joven de sexo femenino de 25 años de edad que acude al consultorio odontológico privado, por molestias en el labio inferior. El motivo de la consulta es la presencia de un “bulto en el labio inferior que lo tiene de unos meses y no desaparece” lo que molesta a la paciente a la hora de comer sus alimentos, no hay dolor pero es antiestético y recuerda que apareció por el habito de morderse el labio inferior.

2.2.1. Examen Clínico Bucal

Se observa en la mucosa interna del labio inferior una tumoración elevada, de 3mm a 4mm de diámetro aproximadamente, es una lesión subepidérmica de color grisáceo azulado como nódulo translucido y aspecto brillante, a la palpación presenta consistencia blanda con un tiempo de evolución de casi unos meses.

2.2.2. Historia médica Buena salud general sin consideraciones a resaltar.

2.2.3. Tratamiento

El tratamiento recomendado es la excisión quirúrgica.

Exámenes previos al acto quirúrgico:

- **Pruebas hematológicas (tiempo de sangría, tiempo de coagulación):** valores normales.

2.2.4. Procedimiento Quirúrgico

El tratamiento que se realizó fue mediante biopsia excisional de la lesión debido a su tamaño se colocó anestesia infiltrativa en el fondo del surco vestibular de la lesión y alrededor de la lesión en 4 puntos cardinales, (arriba, abajo, derecha e izquierda) La cantidad de anestesia fue de medio anestubo para evitar edematizar la muestra y así poder tener los límites certeros de la lesión.

Con bisturí mango N°3 y hoja N°15 se hizo una incisión recta sobre el tejido mucoso y con una tijera recta se procedió a separar el tejido sano de la lesión, para luego retirar toda la glándula comprometida, para luego colocarla en un frasco con formol al 10% para su estudio histopatológico, para luego realizar la limpieza de la cavidad con yodopovidona. Seguidamente se procedió a la sutura (hilo de seda 4 ceros) realizando tres puntos y farmacoterapia correspondiente a dolocetirona cada 8 horas e indicaciones post-cirugía en la dieta no alimentos irritativos, e higiene bucal diaria complementada con enjuagatorios bucales. Retiro de puntos a los 7 días, control y evaluación posteriores cada 6 meses.

2.2.5. Resultado Histopatológico

Hiperplasia pseudo-epiteliomatosa con neovascularización, inflamación crónica activa con presencia de neutrófilos e histiocitos, mucosa rodeada de Tejido granular moderada y negativo de malignidad.

2.2.6. Diagnóstico Definitivo

Diagnóstico definitivo MUCOCELE DE LABIO.



Figura N°18 Diagnóstico Clínico.



Figura N°22 Instalación de la Pinza de Chalazión.



Figura N°19 Desinfección extrabucal.



Figura N°23 Incisión Quirúrgica.



Figura N°20 Desinfección intrabucal.



Figura N°24 Desprendimiento del tejido Sano de la lesión con tijera recta.



Figura N°21 Técnica de Anestesia Infiltrativa.



Figura N°25 Excisión quirúrgica de Lesión.



Figura N°26 Desinfección Postexcisión Quirúrgica de la lesión.



Figura N°30 Retiro de la pinza de Chalazión.



Figura N°27 Verificación de la cavidad Postexcisión de la lesión.



Figura N°31 Retiro de puntos.



Figura N°28 Sutura.

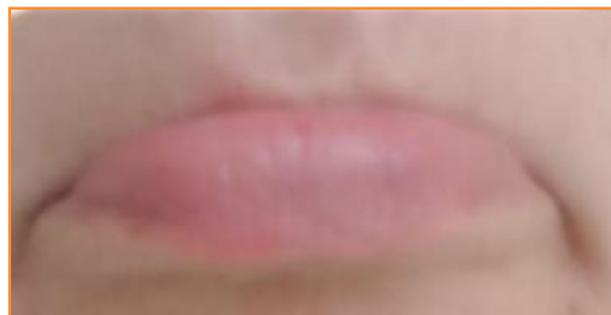


Figura N°32 Control al mes.



Figura N°29 Conclusión de la Sutura.

2.3. Caso clínico N° 3

Reportamos el caso clínico de un señor de sexo masculino de 52 años de edad que acude al consultorio odontológico privado, por molestias en el labio inferior. El motivo de la consulta es la presencia de un “bulto en el labio inferior que lo tiene hace un año y no desaparece” lo que molesta al paciente a la hora de comer sus alimentos, no hay dolor y no recuerda como apareció en su labio inferior.

2.3.1. Examen Clínico Bucal

Se observa en la mucosa interna del labio inferior una tumoración elevada, de 8mm a 10mm de diámetro aproximadamente, es una lesión subepitelial del color de la mucosa oral translucido y aspecto brillante, a la palpación presenta consistencia blanda con un tiempo de evolución de aproximadamente un año.

2.3.2. Historia médica Buena salud general sin consideraciones a resaltar.

2.3.3. Tratamiento

El tratamiento recomendado es la excisión quirúrgica.

Exámenes previos al acto quirúrgico:

- **Pruebas hematológicas (tiempo de sangría, tiempo de coagulación):** valores normales.

2.3.4. Procedimiento Quirúrgico

El tratamiento que se realizó fue mediante biopsia excisional de la lesión debido a su tamaño se colocó anestesia infiltrativa en el fondo del surco vestibular de la lesión y alrededor de la lesión en 4 puntos cardinales, (arriba, abajo, derecha e izquierda) La cantidad de anestesia fue de medio anestubo para evitar edematizar la muestra y así poder tener los límites certeros de la lesión.

Con bisturí mango N°3 y hoja N°15 se hizo una incisión recta sobre el tejido mucoso y con una tijera recta se procedió a separar el tejido sano de la lesión, para luego retirar toda la glándula comprometida, para luego colocarla en un frasco con formol al 10% para su estudio histopatológico, para luego realizar la limpieza de la cavidad con yodopovidona. Seguidamente se procedió a la sutura (hilo de seda 4 ceros) realizando 8 puntos y farmacoterapia correspondiente a Quetorol de 30mg cada 8 horas y debido al tamaño considerable de la lesión se recetó como antibiótico Pentrax AC (amoxicilina de 875mg con ácido clavulánico de 125mg) 10 comprimidos tomar cada 12 hrs. e

indicaciones post-cirugía en la dieta no alimentos irritativos, e higiene bucal diaria complementada con enjuagatorios bucales. Retiro de puntos a los 10 días, control y evaluación posteriores cada 6 meses.

2.3.5. Resultado Histopatológico

Hiperplasia pseudo-epiteliomatosa con neovascularización, inflamación crónica activa con presencia de neutrófilos e histiocitos, mucosa rodeada de Tejido granular moderada y negativo de malignidad.

2.3.6. Diagnóstico Definitivo

Diagnóstico definitivo MUCOCELE DE LABIO.



Figura N° 33 Desinfección extrabucal.

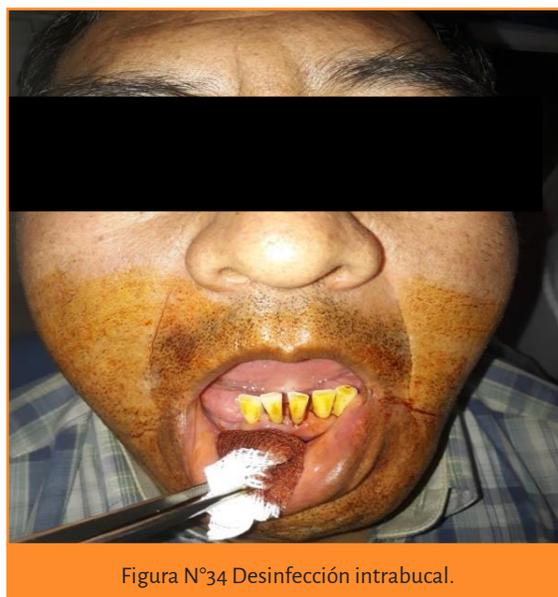


Figura N° 34 Desinfección intrabucal.



Figura N°35 Colocacion de anestesia topica.



Figura N°38 Incisión de la lesión.

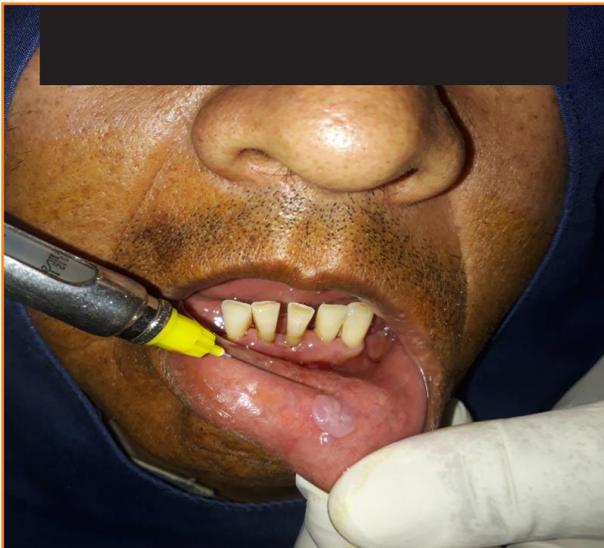


Figura N°36 Tecnica de Anestesia Infiltrativa.



Figura N°39 Desprendimiento del tejido sano de la lesión con tijera recta



Figura N°37 Instalación de la Pinza de Chalazión.



Figura N°40 Excisión Quirúrgica de la lesión.



Figura N°41 Remoción del tejido excedente.



Figura N°44 Sutura.



Figura N°42 Desinfección de la cavidad postextracción de la lesión.



Figura N°45 Conclusión de la sutura.



Figura N°43 Verificación de la cavidad Postextracción de la lesión.

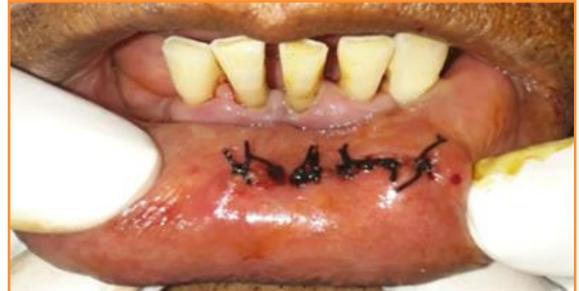


Figura N°46 Retiro de la pinza de Chalazión.



Figura N°47 Derivación de la muestra Histopatológica de la lesión.

3. Discusión

El mucocele, es una patología benigna que se relaciona con el traumatismo, queilofagia, ó succión labial, está en los odontólogos identificar el factor traumático y controlar él habito.

La ubicación por excelencia del mucocele es el labio inferior. En el momento de la excisión quirúrgica es necesaria la eliminación total de la lesión y para evitar la recidiva se debe eliminar el resto de las glándulas circundantes al mucocele.

4. Conclusión

La inspección visual es sólo un diagnóstico presuntivo o provisional, debe realizarse su correspondiente estudio histopatológico para obtener él diagnóstico definitivo de la lesión.

5. Recomendación

Se recomienda la intervención del Odontólogo en el reconocimiento de estas patologías considerando las diferentes características clínicas que pueden presentar estas lesiones de mucocele mismas que están determinadas por la profundidad que se encuentran y el grado de queratinización de la mucosa de recubrimiento principal y los datos proporcionados por el paciente son importante para poder valorar y realizar un diagnóstico preciso ya que dependiendo de las características de la lesión se pueden originar alteraciones en ciertas funciones afectando la calidad de vida del paciente, es por ello que el tratamiento debe ser oportuno, adecuado y específico para cada paciente mediante la excisión total del mucocele, mismo que debe acompañarse de un estudio histopatológico para prevenir diagnósticos clínicos errados.

6. Bibliografía

- ❏ Chirinos Llerena Wildert. 2012. Mucocele de labio: reporte de caso. Diplomado Odontología Pediátrica, Miembro Sociedad Odontopediatria. [En línea] junio de 2012. [Citado el: 01 de mayo de 2022.] Arequipa odontologo MINSA centro de salud la curva-Islay-Peru.
- ❏ Martinez A. et. al. 2015. Salud Uninorte Barranquilla Vol. 30 N° 3, 2015. [En línea] 30 de marzo de 2015. [Citado el: 01 de mayo de 2021.] <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n3/v30n3a21.pdf>.
- ❏ Quintero B. A. I. et. al. Mucocele en mucosa labial inferior. Universidad Cuauhtémoc, plantel Guadalajara. [En línea] [Citado el: 01 de mayo de 2022.] <http://www.e-gnosis.udg.mx/index.php/eg/article/view/44/29>.
- ❏ Sabando Carranza J. A. et. al. 2015. Experiencia en el tratamiento de los mucoceles en atención primaria. Elsevier. [En línea] 09 de julio de 2015. [Citado el: 01 de mayo de 2022.] <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359315001884>.
- ❏ Úbeda C. J. et. al. 2021. Empleo de pinza de Chalazión en el tratamiento quirúrgico de la mucosa oral. Actas Demo-sifiliograficas. [En línea] 16 de Enero de 2021. [Citado el: 01 de mayo de 2022.] <https://www.actasdermo.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S0001731021003367>.
- ❏ Velásquez Reyes V. et. al. 2011. Mucocele en el labio inferior. Odontología Sanmarquina. [En línea] 8 de julio de 2011. [Citado el: 01 de mayo de 2022.] <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2930/2492>.