

Aquino Villegas, Julieta

Tratamiento de Mucocele: presentación de caso clínico

**Trabajo final de la práctica profesional
supervisada de la carrera de
Odontología**

Directora: Gómez Durán, María Eugenia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

TRABAJO INTEGRADOR FINAL PPS

“Tratamiento de Mucocele Presentación de caso clínico”



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

Facultad de Ciencias de la Salud.

Carrera de odontología.

Práctica Profesional Supervisada.

Alumna: Aquino Villegas, Julieta.

Tutor: Gómez Durán, María Eugenia.

Profesor titular responsable: Bonnin, Claudia.

CÓRDOBA 2024.

ÍNDICE

Resumen:	2
Abstract:	3
INTRODUCCIÓN	4
Objetivos generales:	5
Objetivos específicos:	5
CASO CLÍNICO	6
Anamnesis:	6
Motivo de consulta:	6
Semiografía de la lesión:	6
Plan de acción terapéutico:	6
MUCOCELE	7
¿Qué es?	7
Manifestación clínica	7
Etiología	7
Histofisiología glandular	8
Tipos	9
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	10
OPCIONES TERAPÉUTICAS	11
RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO	13
CONCLUSIÓN	15
BIBLIOGRAFÍA	16

Resumen:

Los Mucocelos orales son lesiones que aparecen frecuentemente en la cavidad bucal. Son lesiones tumorales benignas que se originan a partir de las glándulas salivales menores, las cuales se distribuyen en zonas como mucosa yugal, paladar duro (tercio posterior), paladar blando, mucosa labial y cara ventral de la lengua. Según el orden de frecuencia, la mucosa labial inferior es la más afectada (96%).

En el siguiente trabajo se presenta un caso clínico, de un paciente de 16 años, que acude al centro de Urgencias 24 horas de la ciudad de Córdoba, consultando por “una bolita” que le había salido hace un tiempo en la mucosa labial inferior, y recientemente había empezado a molestarle. Al realizar la anamnesis, el paciente relató tener el hábito de mordisquear su mucosa. Esto explica la aparición de la lesión ya que suelen ser originados por traumas. Es por esta razón que suele encontrarse este tipo de lesión en niños y adultos jóvenes.

Para realizar el diagnóstico de la lesión, una maniobra frecuente es pinchar la superficie de la lesión y si el contenido que sale es saliva, estamos en presencia de Mucocelo (a diferencia de si el contenido que sale fuera hemorrágico).

Dentro de las opciones terapéuticas para tratar esta lesión, existe una amplia variedad entre las cuales encontramos la extirpación quirúrgica, láser, corticoterapia, cortico esteroides, y la terapia esclerosante. Posteriormente se describe cada uno de ellos. La terapia de elección en este caso, fue la extirpación quirúrgica tradicional. Esta consta de la extirpación completa (biopsia escisional) de la lesión junto con glándulas vecinas para evitar la recidiva de la lesión.

Es fundamental entonces, poder realizar pruebas, poder establecer diagnósticos (presuntivos y diferenciales) para poder así escoger qué técnica terapéutica llevar a cabo. Otro punto importante es el papel que toma la exploración de los tejidos blandos en el examen intraoral, ya que es la manera de detectar y prevenir la aparición o progresión de lesiones peligrosas.

Palabras clave: Mucocelo oral, mucosa labial, glándulas salivales menores, biopsia escisional, tumor benigno.

Abstract:

Oral Mucoceles are lesions that frequently occur within the oral cavity. These benign tumor-like lesions originate from the minor salivary glands, which are distributed in areas such as the buccal mucosa, hard palate (posterior third), soft palate, labial mucosa, and the ventral surface of the tongue. In terms of frequency, the lower labial mucosa is the most affected, accounting for 96%.

This report presents a clinical case involving a 16-year-old patient who attended the 24-hour Emergency Center in Córdoba, seeking consultation for “a small bump” that had developed some time prior on the lower labial mucosa and had recently begun to cause discomfort. During the anamnesis, the patient disclosed a habit of chewing on his mucosa. This behavior likely explains the lesion's occurrence, as such lesions are often induced by trauma. Consequently, this type of lesion is typically observed in children and young adults.

To establish the diagnosis of the lesion, a common diagnostic maneuver involves puncturing the lesion's surface; if the expelled material is saliva, this indicates the presence of a Mucocele (as opposed to hemorrhagic content).

Among the therapeutic options available for treating this lesion, there exists a broad spectrum of interventions, including surgical excision, laser therapy, corticosteroid treatment, and sclerotherapy. Each of these modalities will be detailed subsequently. In this case, the treatment of choice was traditional surgical excision, which entails the complete removal (excisional biopsy) of the lesion along with adjacent glands to mitigate the risk of recurrence.

It is crucial to conduct appropriate diagnostic tests to establish presumptive and differential diagnoses and to determine the most suitable intervention. Furthermore, the examination of soft tissues during the intraoral assessment plays a significant role in detecting preventing the emergence or progression of potentially dangerous lesions.

Key words: Oral Mucocele, oral lip mucosa, minor salivary glands, excisional biopsy, benign tumor.

INTRODUCCIÓN

El mucocelo es una de las lesiones más frecuentes de los tejidos blandos de la cavidad bucal. Su origen es a expensas de traumatismos de las glándulas salivales menores, que se encuentran distribuidas en la mayoría de la extensión de la mucosa bucal como en paladar blando, paladar duro (solo en tercio posterior), mucosa yugal, mucosa labial y en la cara ventral de la lengua (glándulas de blandin y nuhn).

Según diferentes estudios, se afirma que su localización más frecuente es a nivel de la mucosa labial inferior 96%, aunque también puede originarse en otras zonas con menor frecuencia (mucosa yugal o lingual).

Esta lesión no tiene predilección por raza ni sexo, aunque se descubre que generalmente afecta a niños o adultos jóvenes.

Clínicamente se verá una lesión de aspecto tumoral de contenido líquido (saliva), de no más de 1.5cm. La superficie puede ser de color rosado pálido o azulino. Es indoloro. Muchas veces por algún trauma con la comida o masticación puede drenar su contenido y desaparecer, pero al cabo de un tiempo se vuelve a formar.

Generalmente su terapia es la biopsia escisional, es decir la extirpación completa del tumor y con el material extirpado se realiza la biopsia. En caso de Mucocelos de mayor tamaño, se puede recurrir a una primera instancia de terapia esclerosante, y luego se procede a realizar la escisión quirúrgica.

El caso analizado en este trabajo, es un Mucocelo ubicado en mucosa labial inferior en un paciente adolescente (16 años). Se procede a hacer la escisión quirúrgica del mismo para llevar a anatomía patológica el material de biopsia obtenido. El resultado es: Mucocelo.

Objetivos generales:

Conocer acerca de una de las lesiones estomatológicas más frecuentes de la cavidad oral. Tener herramientas para el día de mañana ya inmersos en el mundo laboral, poder reconocerlas, establecer diagnósticos diferenciales y poder llevar a cabo el tratamiento del mismo, o en su defecto derivarlo, pero orientados en el origen de la lesión.

Objetivos específicos:

Poder elaborar un trabajo que refleje el esfuerzo llevado a cabo en los últimos años de la carrera y también el aprendizaje dentro de la misma.

Elaborar una búsqueda bibliográfica en bibliotecas o buscadores con fines médicos e información científica.

Resaltar la importancia de la inspección también de tejidos blandos, y no únicamente la exploración de los elementos dentarios; para poder detectar lesiones estomatológicas en estadios iniciales y evitar malos pronósticos.

CASO CLÍNICO

Anamnesis:

Paciente masculino de 16 años. No presenta ninguna enfermedad sistémica de base. Antecedentes heredofamiliares, su madre es diabética compensada.

Motivo de consulta:

El paciente acudió al servicio odontológico municipal Urgencias 24hs refiriendo lo siguiente: "Tengo como una bolita en el labio hace un tiempo que no me molestaba, y ahora empezó a molestar".

Semiografía de la lesión:

Presentaba lesión de aspecto tumoral en labio inferior desplazado hacia el lado izquierdo, de aproximadamente 1cm. La lesión era sésil, exofítica, elevada, de bordes definidos, color rosado pálido. Al interrogatorio revela que es una lesión de larga evolución, relató tenerlo hace 3 meses, aunque no recordaba con exactitud.

En sus comienzos no generó sintomatologías, pero con el paso del tiempo comenzó a molestar, es ahí cuando acude a la consulta.

El paciente relata tener el hábito de mordisquear su mucosa, pero a su vez habría sufrido un golpe en la zona en un momento que coincide con la aparición de la lesión.

Plan de acción terapéutico:

Se da el diagnóstico presuntivo de Mucocele, y se le da turno al paciente para programar la escisión de la lesión.

Se procede con la escisión quirúrgica de la lesión y se manda la muestra tomada a biopsiar. El resultado de la biopsia es Mucocele.

MUCOCELE

¿Qué es?

El Mucocèle es una lesión frecuente de encontrar en la cavidad bucal, generalmente en pacientes niños o adultos jóvenes. Aunque se encuentra clasificado como tumor benigno anexial, es también conocido como “Quiste mucoso”, asimismo no es un verdadero quiste ya que carece de revestimiento mucoso (su revestimiento es de una capa de tejido de granulación).

Su origen es a partir de las glándulas salivales menores, es por esto que los encontraremos en el sitio de localización de las mismas (es decir en toda la cavidad bucal excepto dorso lingual, encía adherida y tercio anterior del paladar duro). La zona de mayor frecuencia es la mucosa labial inferior (96%), pero también se puede encontrar en sitios de menor frecuencia como en la cara ventral de la lengua (a partir de las glándulas de Balldín y Warton).

Manifestación clínica

Clínicamente se verá una lesión de aspecto tumoral (exofítica), asintomática, de contenido salival en su interior. Generalmente adoptan forma redondeada, con base sésil, y de color azulino o translúcido según su origen.

Dentro de sus características es importante resaltar que son fluctuantes (es decir oscilan de un lado al otro) y renitentes (a la palpación o presión el tejido cede, pero luego vuelve a su forma o posición normal).

Suele ser de crecimiento lento, debido a la presión osmótica del su contenido salival. El mismo puede aumentar por ósmosis a través de la capa epitelio/ conectiva, o por licuefacción del desprendimiento de la capa de recubrimiento de la lesión.

Algunos de ellos pueden desaparecer espontáneamente luego de un corto período, mientras que otros pueden ser crónicos y requerir de un tratamiento quirúrgico.

Etiología

En cuanto a su origen se ha establecido que está relacionado con traumatismos, o hábitos traumáticos (por ejemplo mordisqueo de las mucosas).

Este traumatismo puede generar por un lado, la ruptura del conducto excretor, o la obstrucción del mismo; generando así esta lesión. Dependiendo de estas dos alternativas, la histología del Mucocèle será distinta.

Histofisiología glandular

Para comprender la etiología e histofisiología de la lesión, es importante conocer la histología normal de la glándula, es decir el parénquima glandular. La unidad secretora glandular está compuesta por acinos que vierten su contenido a la cavidad bucal a través de conductos excretores. Estas estructuras derivan del epitelio bucal, pero sostenido y nutrido por el tejido conectivo que conforma el estroma (vasos sanguíneos, linfáticos, nervios, etc).

Cuando hablamos de la unidad histofisiológica glandular, hablamos de sialona. Comprende la porción secretora por un lado, es decir los acinos. Estos pueden ser mucosos, serosos, o mixtos, cada uno con sus características diferenciales en cuanto a forma y tipo de secreción. Por otro lado tenemos los sistemas ductales, a partir de cada acino se forma un conducto, que se va uniendo con los vecinos de cada acino hasta formar uno de mayor calibre que sale del lobulillo, su nombre será conducto interlobulillar (pueden ser intercalares o estriados); a su vez aquellos que se ubican por los tabiques de tejido conectivo fuera del lobulillo, serán los conductos excretores terminales, a medida que confluyen reciben el nombre de interlobulares y la unión de estos últimos da origen al conducto excretor principal.

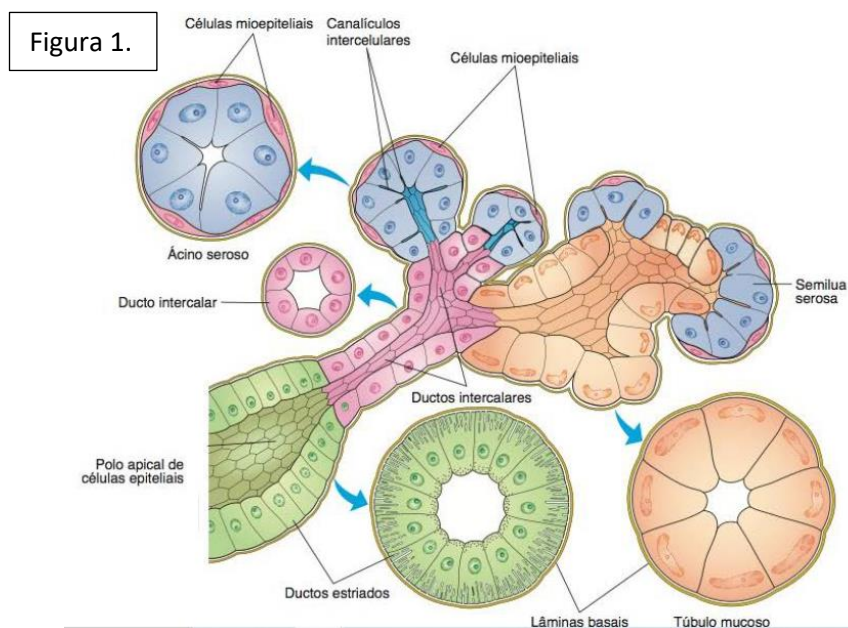


Figura 1: Histología normal de la glándula

Nota: Estructura de las glándulas salivales, De Junquera e Carneiro, 13ª Ed. (2018).

Tipos

En base a la etiología descrita anteriormente, tendremos dos tipos de Mucocelos, por extravasación y por retención.

Figura 2



Figura 2. En la siguiente imagen se puede ver de izquierda a derecha: 1. Histología normal de la glándula- 2. La obstrucción del conducto excretor- 3. La ruptura del conducto excretor.

Nota: Adaptado de *Ránulas y mucocelos*, de Dr Calderón Polanco. 2013.
<https://calderonpolanco.com/wp-content/uploads/2012/01/Mucocèle-p.jpg>

Mucocèle por extravasación: Es aquel que se genera cuando hay una ruptura del conducto excretor, pero las células acinares (parénquima glandular) siguen secretando saliva. Esto lleva a que la secreción salival fluya a través de la sección del conducto y forme una colección de saliva a nivel del tejido circundante, es por eso que recibe el nombre de “extravasación”. Este tipo de Mucocèle es el más frecuente de encontrar ya que se asocia al traumatismo.

Mucocèle por retención: El resto de los casos puede deberse a una obstrucción del conducto excretor. La salida de la saliva al exterior se ve impedida, pero la glándula sigue secretando. Esto es lo que genera el aumento de volumen y aspecto tumoral. Suelen ser menos frecuentes que los de extravasación.

Este suele estar cubierto por una capa de epitelio que se corresponde con el epitelio del conducto (es por eso que este tipo sí puede considerarse “Quiste”). Otras veces la obstrucción puede ser dada por un sialolito (calcificación dentro del conducto o cálculo).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Es de vital importancia en casos de lesiones como estas, establecer diagnósticos diferenciales y así orientar el presuntivo. Esto ayuda a descartar opciones diagnósticas y poder plantear opciones terapéuticas o alternativas. Debido a las características del Mucocèle, los diagnósticos diferenciales que se pueden establecer son los siguientes:

Ránula: Tumor quístico asociado a glándulas salivales mayores (generalmente submaxilar). Se produce por bloqueo del conducto excretor y dilatación de los tejidos a expensas de la secreción contenida en el conducto. El principal motivo del diagnóstico diferencial debería ser el sitio de localización y tipo de glándulas.

Hemangiomas: Son hiperplasias o ectasias vasculares de origen no inflamatorio. Pueden ser arteriales, venosos o mixtos. Aquellos casos en los que el Mucocèle es superficial, adquiere un color azulino, es por eso que se podría pensar como diagnóstico diferencial.

Lesiones quísticas de origen no salival: Como quiste branquial, dermoide, tirogloso o higroma quístico. En estos casos según la ubicación debemos analizar la presencia o no de glándulas salivales menores. A su vez se pueden pedir estudios complementarios como radiografías panorámicas o tomografías computadas para evaluar la localización y así desacatar diagnósticos.

Lesiones tumorales como: *Fibroma verdadero: Es una lesión de aspecto tumoral (benigna) del color de la mucosa, compuesta por tejido conectivo con proliferación de fibroblastos y depósito de fibras colágenas. Esto hace que a la palpación sea de consistencia más dura que el Mucocèle, y no presente las características de fluctuación y renitencia. Suele encontrarse generalmente en mucosa yugal, relacionado con traumas oclusales e irritación. *Lipoma: Tumor benigno, superficie blanco amarillento con telangiectasias superficiales. Se retira material de biopsia, se coloca en formol y flotará.

Tumores anexiales: (Carcinoma adenoquístico o mucoepidermoide). De ubicación generalmente en el paladar, desplazado hacia el reborde alveolar o en la zona intermedia respectivamente. El adenoquístico se transforma a partir de los acinos glandulares y el mucoepidermoide a partir del conducto excretor. A la palpación revelan contenido sólido. Se dan en pacientes de edad adulta, y suelen ir acompañados de adenopatía. Dan metástasis.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

Este tipo de lesiones no resuelven por si solas, por lo que deberán ser extirpados quirúrgicamente o por medio de alguna de las siguientes técnicas:

Las desventajas de la extirpación quirúrgica convencional pueden ser que al no tener revestimiento epitelial, su pared ser muy delgada y ubicarse muy cerca de la superficie, pueda romperse con facilidad, lo que generará a su vez gran recurrencia de la lesión. Para reducir el riesgo de recidiva, se extirpan también las glándulas continuas al Mucocelo. A su vez puede generar complicaciones postoperatorias como sangrado, dificultad en la cicatrización, ruptura de la incisión y mantenimiento de la esterilidad en el campo.

Otra alternativa que se encontró fue el láser de diodo (800- 980nm longitud de onda), es poco absorbido por el tejido dental, seguro y se enumeraron efectos benéficos como uso mínimo de anestesia, buena visualización del campo, menor tiempo de trabajo, hemostasia y mínimo de carbonización. Otros autores también describieron la eficacia del láser en el tratamiento de estas lesiones con el uso de terapia fotodinámica, utilizando láser de dióxido de carbono (Co2) con una potencia de 3 W para la remoción de un Mucocelo, y se obtuvo resultados óptimos con mínima invasión de tejidos adyacentes.

La corticoterapia también es considerada una alternativa para el tratamiento de Mucocelos. Se produce el congelamiento de la lesión. Es un procedimiento bien tolerado, con muy buenos resultados y ausencia de molestias posoperatorias. El objetivo de esta terapia es destruir el tejido lesionado aplicando frío por medio de agentes como gas de óxido nitroso o spray de nitrógeno líquido, utilizando temperaturas por debajo de los -20° generando muerte celular.

Otro método es la utilización de corticoesteroides inyectables. Se han reportado casos en los que se inyecta fosfato de dexametasona dentro de la lesión, obteniendo resultados favorables. De 7 casos, 5 fueron totalmente curados y 2 presentaron reducción de su tamaño. También se han reportado casos con inyección de betametasona, obteniendo resultados similares. Esto está relacionado con su acción antiinflamatoria y esclerosante.

La micromarsupialización es otra alternativa de tratamiento, que consiste en la colocación de una sutura (con previa aplicación de anestesia), que atraviese al Mucocelo y se fije a ambos extremos de la mucosa adyacente. De esta manera se logra el drenaje continuo

de la saliva, logrando así, que la lesión disminuya su tamaño y facilitar la escisión (menos cruenta), o que desaparezca.

La escleroterapia es una técnica que consta de la inyección de una solución esclerosante (bajo anestesia local), en el interior de la lesión. Las soluciones que se utilizan son belomicina o picibanil. Los reportes de casos muestran la remisión total y parcial de las lesiones, demostrando a su vez muy poca recidiva. Las sustancias esclerosantes estimulan la producción de fibras colágenas, disminuyendo así el volumen del Mucocoele. De esta manera o desaparece la lesión por completo, o se reduce su tamaño facilitando así la extripación quirúrgica. A su vez la capa que los recubre se vuelve más fibrosa, lo que permite la toma de la lesión sin que se rompa. En general suele ser necesaria la aplicación de 3 sesiones (depende del caso) para obtener los resultados deseados.

A su vez esta última presenta aspectos favorables ya que no presentan efectos adversos. Los pacientes tratados relataron una leve inflamación local con ligero dolor en los primeros días posterior a la escleroterapia, ambos muy tolerables.

RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se decidió resolver el caso clínico presentado a partir de la técnica convencional. Es decir, escisión completa de la lesión. Posteriormente la muestra fue enviada para biopsia, y el resultado anatómico patológico fue de: Mucocele.

Instrumental utilizado:

Anestesia local: Aguja cortas, Jeringa Carpule, Carticaína 4%.

Diéresis: Mango de bisturí Bard Parker N°3, hoja de bisturí número 15.

Excéresis: Tijeras de Metzenbaum (de disección de tejidos), Portaagujas.

Síntesis: Sutura de seda, Portaagujas, Tijera de corte.

Registro del procedimiento:

Figura 3



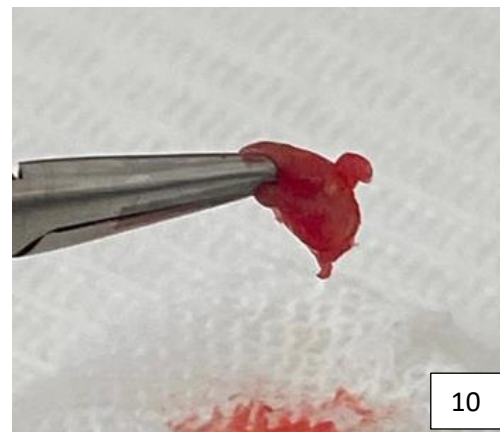
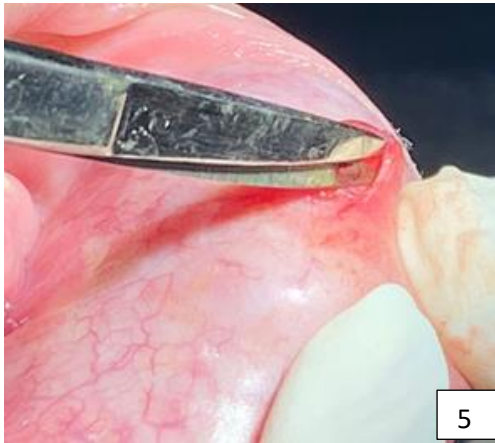


Figura 3.1: Incisión sobre la superficie de la lesión con mango de bisturí bard Parker N° 3, y hoja de bisturí N° 15. **3.2:** Extensión de la incisión. **3.3:** Divulsión de tejidos con tijera de Metzenbaum. **3.4:** Divulsión del tejido mucoso y del tejido del mucocele propiamente dicho. **3.5:** Divulsión de tejidos. **3.6:** Ampliación de la incisión. **3.7:** Toma de la lesión con portaagujas y liberación de la misma del tejido mucoso. **3.8:** Lecho cruento del tejido mucoso libre de lesión. **3.9** Reposición del tejido con puntos de sutura de seda. **3.10** Pieza quirúrgica.

CONCLUSIÓN

Los Mucocelos orales son lesiones muy frecuentes en pacientes niños o adultos jóvenes. Son tumores benignos de origen anexial. Suelen encontrarse en un alto porcentaje en la mucosa labial inferior asociados a traumatismos. Es importante hacer el interrogatorio al paciente para poder orientar diagnósticos presuntivos y diferenciales, ya que el definitivo lo obtendremos por medio del informe anatomopatológico.

Al momento de plantear los diagnósticos diferenciales, los de elección van a ser tumores de origen no salival (fibroma), de contenido hemático (hemangiomas), ránula (tumor de glándula salival mayor por ejemplo submaxilar), y tumores anexiales como el mucoepidermoide o adenoquístico.

Existen múltiples opciones de tratamiento, como la escisión completa convencional, la marsupialización, el tratamiento con láser, corticoterapia, por congelamiento, y la escleroterapia. Estas últimas surgen con el objetivo de evitar procedimientos quirúrgicos que pueden tener un posoperatorio incómodo para el paciente y también con el fin de evitar riesgos y complicaciones (por ejemplo de lesiones vasculares o nerviosas).

Finalmente es importante remarcar que como profesionales odontólogos, debemos prestar suma atención a la integridad de la cavidad bucal. Es decir no abocar el enfoque solamente a las piezas dentarias, sino también hacer exploración de tejidos blandos. Si conocemos la anatomía e histología normal de las estructuras que componen la cavidad bucal, podremos reconocer cuando éstas se ven alteradas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez, C., Jiménez, C. (2002). Mucocelos con localizaciones inusuales: Reporte de casos. *Acta Odontológica Venezolana*, 40(2), 177-180. Recuperado en 24 de octubre de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000200014&lng=es&tlng=es.
2. Rioseco, M. Balestrini, C. Solar, A. Delpiano, AM. (2012). Mucocelo de glándulas Blandin- Nuhn, aspectos patológicos y terapéuticos, a propósito de dos casos clínicos. *Rev. Chilena Dermatol*, 28(3), 300-304. https://www.sochiderm.org/web/revista/28_3/7.pdf
3. Boneu Bonet, F. Vidal Homs, E. Maizcurrana Tornil, A. Gonzalez Lagunas, J.(2005).Mucocelo de la glándula salival: a propósito de un caso. *Medicina oral patología Oral Cirugía Bucal*, 10 (2), 180-184.
4. Valério, RA. Mussolino de Quiroz, A. Coutinho Romualdo, P. Brentegani, LG. García de Paula Silva, FW. (2013). Mucocelo and Fibroma: Treatment and CLinical Features for Different Diagnosis. *Brazilian Dental Journal*.
5. Sapp, J, P. [Ed]. (año). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Madrid, España: Editorial Elsevier Mosby.
6. Wilbert. Chirinos, Llerena. (2021) Mucocelo de labio: reprotre de caso. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*.
7. Gómez de Ferraris, E; Campos Muñoz, A [Ed.].(2004). *Histología y embiología bucodental*. D.F, México: Editorial Médica Panamericana.
8. Jiménez Palacios, C. (1999). Diagnóstico Diferencial de Lesiones de la Mucosa Bucal: Parte II. *Acta Odontológica Venezolana*, 37(3), 155-156.
9. De Oliveira, BF. Barros Henrique, DB. Araújo Cruz, JH.(2019). Mucocelo oral provocada por mordida accidental: Relato del caso
10. Moine, L. Panico, RL. Brusa, M. Caciva, R. Piamonte ED. (2020) Escleroterapia. Alternativa o complemento del tratamiento quirúrgico de mucocelos bucales: serie de casos. *Revista de facultad de odontología*.

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: “Tratamiento de Mucoccele. Presentación de caso clínico”

AUTOR: Aquino Villegas Julieta.

REALIZADO BAJO LA TUTELA DE LA PROFESORA: María Eugenia Gómez
Durán

FIRMA DEL TUTOR:



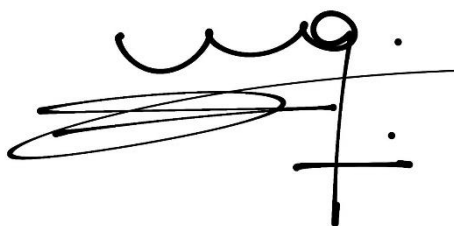
FECHA: 06/11/2024

ANEXO II

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

Yo Aquino Villegas Julieta, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado "Tratamiento de Mucocèle presentación de caso clínico" DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.

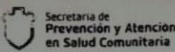
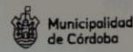
Firma:

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a vertical line ending in a horizontal crossbar.

Córdoba, 06 de Noviembre de 2024.

ANEXO III

Consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO "EXODONCIA - CIRUGÍA"

Lugar y fecha Córdoba 25/7/24

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarse el procedimiento descrito a continuación.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente la conveniencia y el objetivo de la/s extracción del/los elemento/s MUCOCETE

y las consecuencias de no llevar a cabo dicho tratamiento, devolviendo la salud bucal al paciente.

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Riesgos, molestias y efectos adversos previsibles

- Molestias post-operatorias que pueden durar desde unas horas a varios días y para lo cual se administrará medicación en caso de ser necesario.
- Tumefacción (hinchazón) post-operatorio del área gingival en la vecindad del diente extraído o tumefacción (hinchazón) facial, las cuales pueden persistir durante varios días.
- Infección y dolor
- Trismus (limitación de la apertura de la boca), que usualmente dura uno: días pero puede persistir durante un periodo más prolongado.
- Posibilidad de producirse comunicación bucosinusal (comunicación entre la cavidad bucal y el seno maxilar que es una cavidad que integra parte de las vías respiratorias).
- Parestesia (pérdida de la sensibilidad).
- Alveolitis (infección y dolor del sitio vacío dejado posterior a la extracción para lo cual deberá regresar a la consulta y realizar el tratamiento correspondiente)
- Fractura del elemento y/o hueso.
- Hemorragia (sangrado abundante)

Riesgos personalizados

Además de los riesgos antes descriptos, por mis circunstancias especiales hay que esperar los siguientes riesgos:

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anatómo-patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo mas conocido, según la ciencia y conciencia respecto de lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día hora

El/la que suscribe Lucelia M. A. P. DNI N° 80329321 domicilio en calle

Otorgo mi consentimiento para que se me realice la/ las extracción del /los elemento/s MUCOCETE

Propuesto por el Dr./a MOGANO P. WAREGIA

ALFAGAR
PACIENTE

Firma del Paciente o Representante

MOGANO P. WAREGIA
ODONTÓLOGA
M.P. 11582

Firma del Profesional