

Rânula - tratamento cirúrgico pela marsupialização: relato de caso clínico

Ranula - surgical treatment by the marsupialization: a case report

Orlando Cavezzi Junior

Correspondência: cavezzi@gmail.com
Submetido: 06/08/2013 Aceito: 05/06/2014

RESUMO

Rânulas são lesões pseudocísticas que ocorrem no assoalho da boca e surgem por obstrução dos ductos ou por extravasamento de muco após trauma local. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de rânula simples em paciente do gênero feminino com 13 anos de idade tratada com êxito por meio de marsupialização.

PALAVRAS-CHAVE: Marsupialização; Assoalho de boca; Rânula.

ABSTRACT

Ranulas are pseudocystic lesions that occur on the floor of the mouth and arise by duct obstruction or mucus extravasation after local trauma. The aim of this study is to report a case of simple ranula on 13-year-old female patient treated successfully by marsupialization.

KEY WORDS: Marsupialization; Mouth floor; Ranula.

INTRODUÇÃO

As glândulas salivares constituem um grupo de glândulas exócrinas localizadas na região da boca, as quais vertem seus produtos de secreção para a cavidade bucal, formando no conjunto a saliva. As glândulas salivares maiores no ser humano e na maioria dos mamíferos são as parótidas, as submandibulares e as sublinguais [1]. Essas glândulas podem ser acometidas por diversos processos patológicos, principalmente os fenômenos de retenção salivar, os quais se apresentam como lesões benignas, envolvendo as glândulas salivares e seus respectivos ductos.

A rânula é um termo utilizado para designar uma lesão pseudocística [2] originária principalmente da glândula sublingual e raramente da glândula submandibular [3, 4], resultante do acúmulo de saliva entre planos musculares do assoalho da boca revestido por um delgado tecido reacional fibroso que circunda o muco [5].

As rânulas podem ser classificadas em duas categorias: simples e mergulhantes, penetrantes ou profundas [6-9]. A simples pode ser retenção de muco ou geralmente um extravasamento de muco e está confinada ao assoalho da boca. Já a rânula mergulhante ou profunda é caracterizada por um extravasamento de muco decorrente da glândula sublingual e se apresenta como um edema na região cervical [9] podendo estar ou não associada à lesão no assoalho da boca [2]. Essas lesões estão relacionadas principalmente com o trauma [3, 6, 7, 10, 11] e o tratamento de eleição é cirúrgico.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de rânula simples tratada com êxito pela técnica de marsupialização.

RELATO DO CASO

Paciente com 13 anos de idade, gênero feminino, leucoderma, procurou atendimento queixando-se de “uma bolha debaixo da língua” há mais de 60 dias relatando dificuldades de mastigação e fonação. Não apresentava alterações sistêmicas. Ao exame clínico extrabucal não foi detectada nenhuma alteração. No exame intrabucal foi observado aumento de volume do assoalho bucal do lado esquerdo, estendendo-se desde próximo à linha mediana da mandíbula até a região do segundo molar (Figura 1). Os limites dessa lesão eram bem definidos, de consistência mole, superfície lisa, ligeiramente de cor azulada, não sangrava e era indolor. Diante das características clínicas observadas, o diagnóstico foi de rânula simples. Assim, o tratamento cirúrgico conservador proposto foi a marsupialização da lesão sob anestesia local. Após receber todas as informações necessárias e estar de acordo com os procedimentos a serem adotados, o responsável pela menor, assinou o termo de consentimento livre e esclarecido.

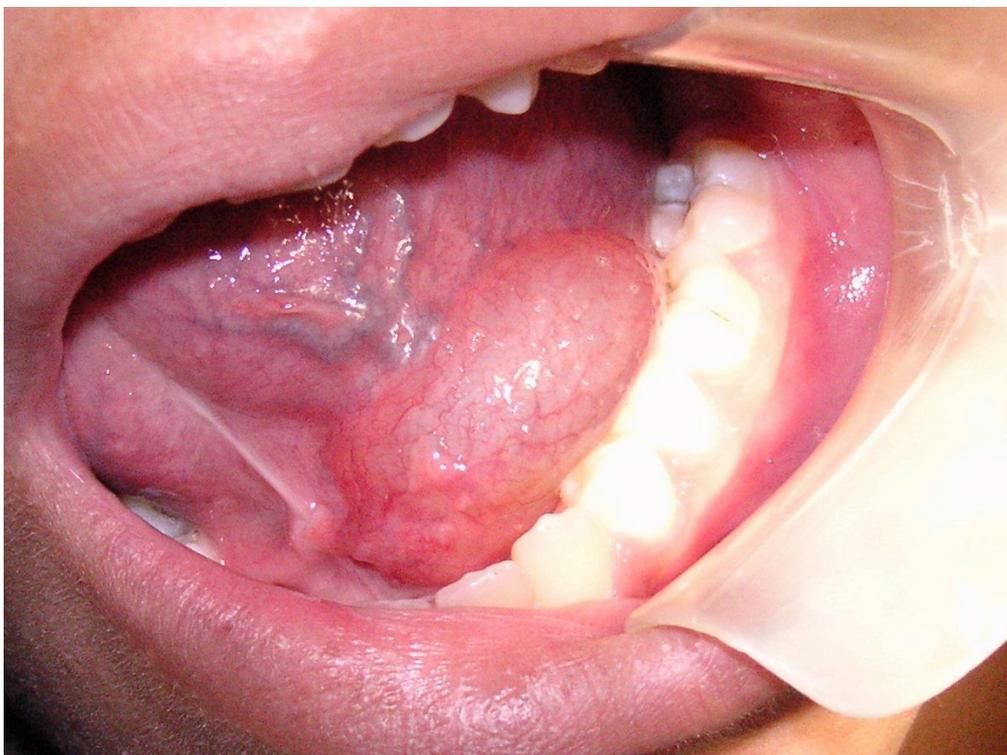


Figura 1- Aumento de volume do assoalho bucal do lado esquerdo

A assepsia extrabucal foi realizada com digluconato de clorexidina 10 mg/mL (Asseptcare® Lab. Neo Química Com. e Ind. Ltda. Anápolis/GO Brasil) e a assepsia bucal com digluconato de clorexidina 0,12% (Colgate-Palmolive®, São Bernardo do Campo - SP, Brasil) na forma de bochecho por trinta segundos. A anestesia foi local e infiltrativa margeando a lesão.

Durante o ato cirúrgico a porção superior da lesão foi incisada e removida, conseqüentemente houve extravasamento do líquido contido no seu interior (Figura 2). As bordas do tecido interno foram evertidas para fora e suturadas no assoalho bucal com fio reabsorvível 5-0 (Ethicon®, Johnson & Johnson, São José dos Campos - SP, Brasil) (Figura 3). As recomendações sugeridas ao paciente foram: procurar manter uma alimentação cautelosa, ter boa higiene bucal, evitar bochechos no pós-operatório para que não houvesse rompimento das suturas e irrigar a região com uma solução antisséptica sem álcool, acondicionada em seringa descartável de 20ml.

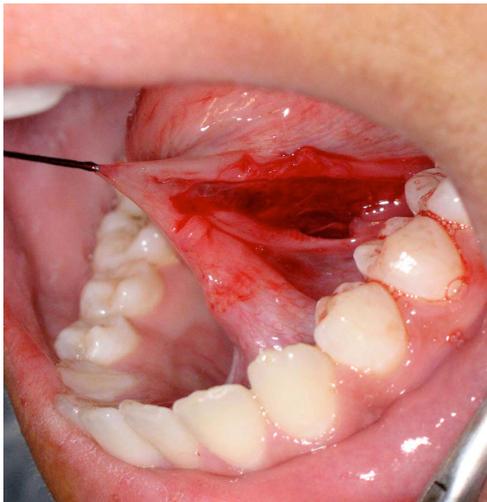


Figura 2- Porção superior da lesão incisada e removida com conseqüente extravasamento do líquido contido no seu interior.



Figura 3- Bordas do tecido interno evertidas para fora e suturadas no assoalho bucal com fio reabsorvível 5-0.

A cicatrização foi por segunda intenção e as suturas foram mantidas no local até sua total reabsorção. A porção removida da lesão foi enviada para análise histopatológica que confirmou diagnóstico de rânula. Em doze meses de acompanhamento após o procedimento cirúrgico não foram verificados sinais de recidiva da lesão (Figura 4).



Figura 4- Ausência de sinais de recidiva da lesão após doze meses do procedimento cirúrgico.

DISCUSSÃO

As características clínicas desse caso enquadram-se nas descritas pela literatura consultada [5, 8, 10, 11]. A rânula pode ocorrer tanto em crianças [7, 12] como em adultos, apresentando pico de frequência na segunda década de vida [13]. Não há predominância por gênero ou raça.

A obstrução dos ductos excretorios ou extravasamento e subsequente acúmulo de saliva nos tecidos a partir da glândula sublingual são responsáveis pela formação das rânulas [13].

Ao analisarmos a classificação das rânulas quanto às categorias, encontramos autores [2, 6, 9] que as classificam em duas categorias clínicas, simples e megulhantes, e consideram as variações nos sítios de ocorrência, enquanto outros [13], mencionam essas variações nos sítios de ocorrência como uma terceira categoria clínica denominada de rânulas mistas.

O diagnóstico é baseado principalmente no exame clínico para lesões superficiais [13] como ocorreu neste relato de caso em que uma lesão isolada por via bucal foi facilmente diagnosticada como uma rânula simples e o diagnóstico confirmado posteriormente pelo exame histopatológico. Algumas vezes, a tomografia computadorizada e mesmo o exame de ressonância magnética nuclear são complementos necessários para o diagnóstico das rânulas mergulhantes. No entanto, quando rânulas apresentam-se como uma massa cervical, sem um componente bucal, o diagnóstico diferencial pode ser difícil. Nesses casos outras patologias devem ser consideradas cuidadosamente. De qualquer forma, no caso de dúvidas, pode ser realizada aspiração do conteúdo da lesão e análise laboratorial da amilase fechando assim o diagnóstico de rânula [4, 13].

Muitas técnicas cirúrgicas para tratamento de rânulas têm sido descritas e debatidas na literatura com foco nas recidivas das lesões. As propostas de tratamento vão desde excisão da rânula tanto via intrabucal como extrabucal, crioterapia, marsupialização, excisão intrabucal da glândula sublingual, drenagem ou excisão da lesão juntamente com a glândula sublingual [3, 8, 9, 13-15]. Nesse relato de caso foi empregada a marsupialização que, apesar de produzir certo desconforto e requerer cuidados de higiene para prevenir infecção do local [15], é uma técnica cirúrgica simples, gera pouco trauma e é mais adequada para o tratamento da rânula simples. Devido ao índice de recidivas geradas por esta técnica ser alta (61% a 89%) [16], alguns autores [8, 17] enfatizam uma terapia radical com a remoção da glândula sublingual como tratamento de primeira escolha para todos os tipos de rânula. Por outro lado, Sandrini et al. [15] defendem uma maneira conservadora de tratar as rânulas simples através da marsupialização e deixar reservada uma técnica mais radical para as rânulas mergulhantes ou em casos de recidivas [9, 16]. O acompanhamento clínico do paciente se faz necessário para observação de possíveis recidivas da lesão, independente da técnica cirúrgica utilizada.

CONCLUSÃO

O bom resultado obtido com este caso reforça a adoção da marsupialização como técnica de escolha nos casos de rânula simples pelo fato de ser conservadora e gerar baixa morbidade.

REFERÊNCIAS

1. Katchburian EAV, Histologia e embriologia oral - texto, atlas, correlações clínicas. 1. ed. São Paulo: Editorial Médica Panamericana; 1999.
2. Ostrower ST, Parikh SR. Pediatric skull base plunging ranula: case report and review of the literature. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* 2007;2(1):54-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedex.2006.12.007>
3. Dietrich EM et al. Sublingual-plunging ranula as a complication of supraomohyoid neck dissection. *International Journal of Surgery Case Reports* 2011;2(6):90-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2011.02.005>
4. McGurk M. Management of the ranula. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 2007;65(1):115-6.
5. Leite Segundo AV, Faria DLB, Leão JC. Tratamento de rânula pela marsupialização: relato de caso. *Revista Odonto Ciência* 2006;21(53):289-91.
6. Zhi K, Wen Y, Zhou H. Management of the pediatric plunging ranula: results of 15 years' clinical experience. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology* 2009;107(4):499-502. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2008.09.023>
7. Raju R, Digoy GP. Management of the pediatric ranula. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2009;20(4):260-2.

8. Kim PD, Simental A. Treatment of ranulas. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2008;19(4):240-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otot.2008.10.010>
9. Haberal İ, Göçmen H, Samim E. Surgical management of pediatric ranula. *International journal of pediatric otorhinolaryngology* 2004;68(2):161-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2003.09.017>
10. Neville BW et al. Patologia das glandulas salivares. In: *Patologia oral & maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 316-7.
11. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.
12. Seo JH et al. Surgical management of intraoral ranulas in children: an analysis of 17 pediatric cases. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2010;74(2): 202-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.11.011>
13. Zhao YF et al. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2004;98(3): 281-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2004.01.013>
14. Morita Y et al. Treatment of ranula—excision of the sublingual gland versus marsupialization. *Auris, nasus, larynx* 2003;30(3):311-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0385-8146\(03\)00058-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0385-8146(03)00058-0)
15. Sandrini FA, Sant'ana-Filho M, Rados PV. Ranula management: suggested modifications in the micro-marsupialization technique. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2007;65(7):1436-8.
16. Baumash HD. Mucoceles and ranulas. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2003;61(3):369- 78.
17. Crysdale WS, Mendelsohn JD, Conley S. Ranulas-mucoceles of the oral cavity: experience in 26 children. *Laryngoscope* 1988;98(3):296-8.