

# MARSUPIALIZAÇÃO DE RÂNULA APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

JOSÉ NAZARENO GIL\*, LEVY HERMES RAU\*\*, RAFAEL MANFRO\*\*\*, VANESSA VIEIRA LEITE\*\*\*\*

## RESUMO

*Rânula é um termo utilizado para diagnosticar clinicamente fenômenos que acometem as glândulas salivares sublinguais e submandibulares. Como se trata de um fenômeno relativamente frequente é de grande importância o conhecimento da etiopatogenia e características clínicas que levam ao diagnóstico clínico da lesão. Os autores relatam um caso clínico de rânula típico, sugerindo a marsupialização como opção de tratamento, tendo os passos da técnica cirúrgica apresentados.*

**Palavras-chave:** cirurgia, rânula.

## ABSTRACT

*Ranula is a term used to clinically diagnose phenomena that happens in the sublingual and submandibular salivary glands. Since it is a relatively frequent phenomenon, it is extremely important to know the etiology and the clinical characteristics that lead to the clinical diagnosis of the lesion. The authors describe a typical clinical case of ranula, suggesting the marsupialization as a treatment option, and show the steps of the surgical technique.*

**Key-words:** surgery, ranula

## INTRODUÇÃO

"Rânula" é um termo clínico empregado para designar uma retenção de saliva que ocorre especificamente no assoalho bucal (4,7,8,9). O termo rânula também tem sido usado para descrever qualquer outra tumefação similar nesta localização, incluindo cistos dos ductos salivares verdadeiros, cisto dermóide e higromas císticos (4,10). O termo rânula é derivado do latim rana, que

significa rã, pois a tumefação pode lembrar o aspecto translúcido do ventre de uma rã (4,8).

Essa lesão pode representar a manifestação clínica de dois fenômenos: extravasamento ou retenção de saliva, que estão associados aos ductos das glândulas sublinguais (6,8) e menos comumente aos ductos das glândulas submandibulares (4,7,9). Dois tipos de rânula são descritas com base em sua localização anatômica: a rânula não-mergulhante, que se localiza acima do músculo milohioídeo, aparecendo no assoalho bucal (3) e a rânula mergulhante, também denominada de cervical (4) ou supra-hioídea (9), que localiza-se no assoalho bucal, e se estende, mesmo que parcialmente, abaixo da musculatura milohidéia, com prolongamento cervical (3,4,7), posteriormente e inferiormente (6).

Neste trabalho, os autores descrevem e ilustram um caso clínico de rânula não-mergulhante marsupializada.

\*Doutor e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial-Universidade Federal do Rio de Janeiro

Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial-Hospital Universitário/Universidade Federal de Santa Catarina

\*\*Professor Responsável pela Disciplina de Patologia Oral – FURB; Especialista e Ex-residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial-Hospital Universitário/Universidade Federal de Santa Catarina

\*\*\*Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial-Hospital Universitário/Universidade de Santa Catarina

\*\*\*\*Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina

## CASO CLÍNICO

G.S, 10 anos, leucoderma, sexo feminino, procurou o ambulatório do Núcleo de Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial e Patologia Bucal do Hospital Universitário, na Universidade Federal de Santa Catarina, queixando-se de um aumento de volume, indolor, no assoalho bucal do lado direito, que deslocava a língua. Ao exame clínico, a lesão apresentava tamanho de 20mm no seu maior diâmetro, a base era sésil, a coloração se apresentava igual a mucosa e a consistência era flutuante à palpação (figura 1).

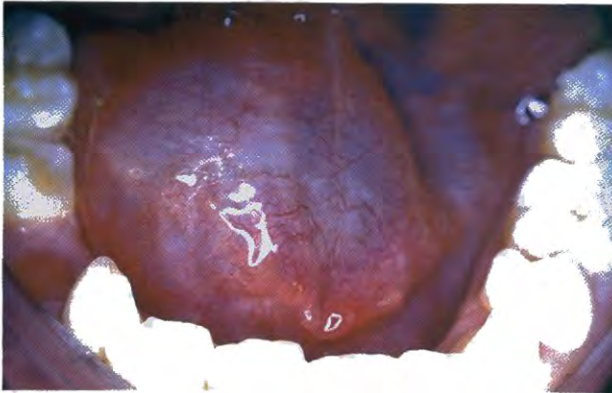


Figura 1 – Observar aumento de volume, de base sésil, de grandes dimensões com coloração azulada e ultrapassando a linha média.

A paciente relatou aparecimento muito rápido da lesão (1-2 dias), estando presente a cerca de 2 meses, entretanto, como a lesão era espontaneamente indolor, a paciente retardou a procura de ajuda profissional. Eventualmente, gerava desconforto, especialmente quando traumatizada durante a mastigação, o que era favorecido pelas suas grandes dimensões e pelo deslocamento da língua. Perante as características clínicas foram levantadas duas hipóteses de diagnóstico: rânula ou cisto dermóide. Com os dados obtidos na anamnese e exame clínico como, frequência, localização, evolução e consistência à palpação, confirmou-se o diagnóstico de rânula não-mergulhante.

A marsupialização, sem remoção da glândula envolvida, foi o tratamento de escolha, devido à grande dimensão da rânula e a idade da paciente. Após anestesia infiltrativa no nervo lingual, circunscrevendo-se a lesão, a uma distância suficiente para não perfurá-la, foi realizada a incisão e divulsão cuidadosa do assoalho bucal (figura 2), conseguiu-se a exposição do teto da lesão. Imediatamente, incisou-se o tecido encontrado, tomando-se precauções para não lesar o ducto da glândula submandibular, que estava superficializado, ocorrendo o extravasamento de grande quantidade de saliva (figura 3), confirmando o diagnóstico. A sutura, com pontos isolados, foi realizada na periferia da incisão, unindo a mucosa bucal com recobrimento da rânula, transformando a rânula em um anexo da cavidade bucal (figuras 4 e 5).

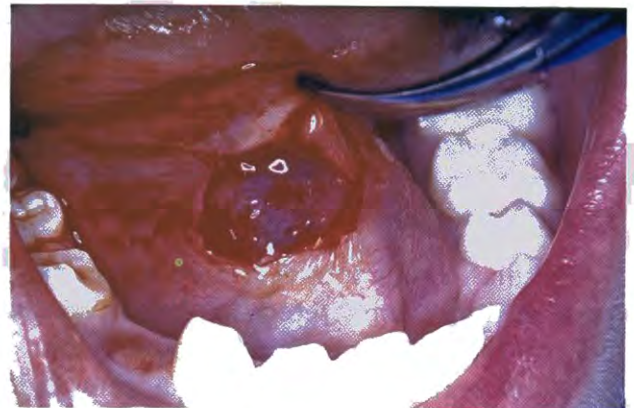


Figura 2 – Incisão e divulsão da mucosa do assoalho bucal



Figura 3 – Abertura e extravasamento do conteúdo salivar

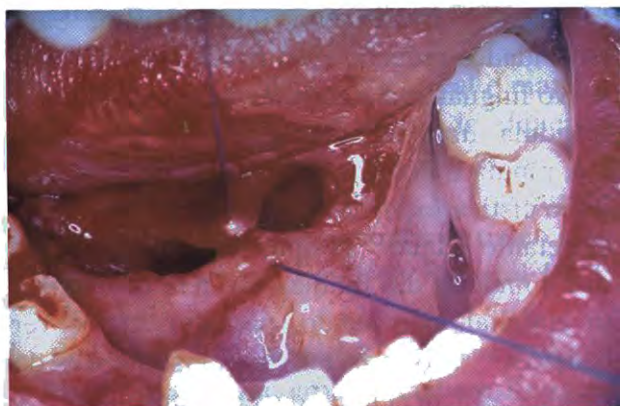


Figura 4 – Início da síntese



Figura 5 – Marsupialização completada

O diagnóstico definitivo foi de rânula do tipo cisto de retenção mucoso, uma vez que a análise histopatológica do teto da lesão, revelou "uma mucosa revestida por epitélio estratificado escamoso queratinizado com paraceratose, parede de cisto constituída por tecido fibroconjuntivo, permeado por vasos sanguíneos congestionados, alguns mononucleares e contendo ducto de glândula salivar, preenchidas por histiócitos e por material acidofílico acelular" (Serviço de anatomia patológica do HU). Não ocorreu recidiva da lesão no controle pós-operatório (figura 6).



Figura 6 – Pós-operatório de 30 dias. Observar a depressão residual neste tempo de controle.

## DISCUSSÃO

A revisão da literatura mostrou-nos que o termo rânula surgiu baseado especialmente em sua aparência clínica. Essa lesão pode ter origem de um fenômeno de extravasamento de muco e/ou um cisto de retenção de muco<sup>(7,8)</sup>. A primeira está relacionada com trauma mecânico ao ducto excretor da glândula salivar, principalmente a submandibular, produzindo sua transecção ou ruptura<sup>(2,6,7,8,9,10)</sup>, com subsequente transbordamento ou extravasamento de muco no estroma do tecido conjuntivo circunjacente<sup>(7)</sup>. Quanto ao cisto de retenção de muco, resulta da obstrução do fluxo salivar, embora o bloqueio do ducto seja considerado a razão do aparecimento dessas lesões<sup>(7,9)</sup>. Essa obstrução geralmente resulta de um cálculo salivar ou sialolito<sup>(7,9)</sup>. Em relação as teorias modernas concluiu-se que a glândula sublingual é a mais acometida pela rânula e que a formação da mesma é procedente de uma inflamação crônica da glândula, causando proliferação do tecido conjuntivo, com conseqüente compressão dos ácinos glandulares e ductos excretores menores<sup>(7,6)</sup>. No caso clínico apresentado, não foi possível definir exactamente a etiologia da lesão, provavelmente a causa foi traumática<sup>(2,7,8,9)</sup>.

A rânula apresenta-se como uma massa de tecido mole<sup>(4,7,8)</sup>, de inserção sésil<sup>(7)</sup> e consistência flutuante a palpação<sup>(4,7,8)</sup>. Em relação a coloração, essa tumefacção se apresenta com uma translucidez azulada<sup>(4,7,8,9)</sup>, porém quando profunda, esse padrão de translucidez azulada pode não ser evidente e a mucosa suprajacente ter aspecto normal<sup>(4,7,8,9)</sup>. A lesão tem evolução rápida, desenvolvendo-se em poucos dias<sup>(2,9)</sup>, indolor<sup>(8,9)</sup>, unilateral<sup>(1,4,7,8,9)</sup>, sendo que em alguns casos pode ultrapassar a linha média<sup>(1,4,7)</sup> e unilobulada<sup>(6)</sup>. Mostra-se de tamanho e forma variável<sup>(7)</sup>, podendo ser significativamente grande a ponto de acarretar um desvio da língua para cima e para o lado, causando interferência na mastigação, deglutição e fonação<sup>(1,4)</sup>. As características clínicas do caso como frequência, localização, suas dimensões, coloração, consistência à palpação, ausência de sin-

tomatologia dolorosa, confirmaram o diagnóstico e estão de acordo com o descrito na literatura.

Radiografias da região ou da lesão não fornecem dados positivos dessa patologia. A inspeção da lesão, além da palpação e da história clínica fornecida pelo paciente, levam o profissional facilmente ao diagnóstico clínico da lesão <sup>(7)</sup>.

No diagnóstico clínico diferencial são considerados tumores de glândulas salivares e neoplasias benignas dos tecidos sublinguais mesenquimais devem ser considerados <sup>(7)</sup>, além do cisto dermóide <sup>(4,7,10)</sup>. Contudo essa lesão se localiza mais em direção à linha média e apresenta consistência pastosa a palpação <sup>(4,7)</sup>, o que difere das características clínicas da rânula descrita.

Com tratamento adequado, o prognóstico da lesão é excelente <sup>(4,9)</sup>. Porém, algumas vezes, a lesão pode recidivar.

Existem várias possibilidades de tratamento da rânula, que incluem: incisão e drenagem da saliva, com ou sem remoção da glândula sublingual <sup>(6,7,10)</sup>; criocirurgia e eletrocirurgia <sup>(3,10)</sup>; micromarsupialização <sup>(6)</sup>; enucleação da lesão <sup>(6,7,9,10)</sup> e associada a exérese da glândula sublingual com acesso intraoral, <sup>(6,7,8,9,10)</sup>; enucleação da lesão através de acesso cervical, associada a excisão da glândula sublingual ou não <sup>(8,10)</sup>; laser de CO<sub>2</sub>, com vaporização pura ou com associação a excisão da glândula sublingual <sup>(3)</sup> e marsupialização com ou sem a remoção da glândula sublingual envolvida <sup>(4,6,9,10)</sup>, procedimento recomendado para a rânula não-mergulhante <sup>(4)</sup>. Nos casos de sialolitíase associada, o cálculo é removida cirurgicamente <sup>(7)</sup>. Autores associam o sucesso do tratamento dessas lesões, a remoção da glândula sublingual associada a lesão, evitando assim, sua recorrência <sup>(1,3,4,8,9,10)</sup>. Porém esse procedimento deve ser realizado com muito cuidado para não ocorrer injúrias ao nervo lingual, secção do ducto da glândula <sup>(1,3,10)</sup>, hemorragias severas dos vasos linguais e sublinguais e seqüelas faciais <sup>(3)</sup>.

No caso clínico descrito pelos autores, foi optado pela marsupialização sem a remoção da glândula atingida pelas vantagens deste pro-

cedimento conservador, que incluem, baixa morbidade, redução dos riscos de injúria ao nervo lingual, e dilaceração do ducto salivar da glândula submandibular <sup>(1,5)</sup>.

A rânula é descrita pelos autores como uma lesão cística localizada no assoalho bucal <sup>(4,7,9)</sup>, entretanto alguns pesquisadores consideram que a maioria das rânulas não tem revestimento epitelial, não sendo, portanto, cistos verdadeiros <sup>(8,6)</sup>. As características histológicas das rânulas vão depender da etiopatogenia <sup>(7)</sup>. O cisto de retenção de muco, apresenta revestimento variável <sup>(4,7)</sup>, podendo variar de pseudo estratificado com células epiteliais ductais <sup>(7,9)</sup> a uma camada dupla de células colunares ou cuboidais <sup>(4,7)</sup>. Pode ocorrer uma única fileira de epitélio cuboidal, em algumas áreas, contendo uma quantidade escassa de citoplasma eosinófilo <sup>(7)</sup>. O restante da parede do cisto é formado por tecido conjuntivo de suporte <sup>(7,9)</sup>, que não mostra infiltrado de células inflamatórias <sup>(7)</sup>. A luz do cisto conterá quantidades variáveis de secreção, podendo ser viscoso ou espessado, tampões de muco ou sialolito <sup>(7,9)</sup>. Associados ao ducto envolvido normalmente encontram-se ácinos das glândulas salivares com alterações <sup>(9)</sup>, que pode consistir em inflamação intersticial ou sialodente <sup>(9)</sup>.

A marsupialização empregada neste caso mostrou ser uma técnica simples, eficaz, sem morbidade e sem recidiva até a última data de controle. A experiência que temos com esta técnica possibilita recomendarmos como uma opção segura para tratamento das rânulas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Baurmash H. D.: Marsupialization for treatment of oral ranula. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 1274-1279.
- 2- Largura, L. Z. Remoção cirúrgica de mucocele. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 1998; 52: 435-438.
- 3- Mintz, S. et al.: Carbon dioxide laser excision and vaporization of non-plunging ranulas. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 370-372.
- 4- Neville, B.W. et al.: *Patologia oral & max-*

- ilofacial. 1a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998: 316-317.
- 5- Peterson, J.L. et al.: Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996: 472-476.
  - 6- Rebelo, M. A. B.; Medeiros, P. J.: Tratamento cirúrgico dos extravazamentos de muco sublinguais - Rânulas. Rev Bras Odontol 1985; 17: 30-40.
  - 7- Regezi, A. J.; Sciubba, A. A. Patologia Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991: 162-168.
  - 8- Shear, M.: Cistos da região bucomaxilofacial-diagnóstico e tratamento. 3ª ed. São Paulo: Santos, 1999: 240-242.
  - 9- Shafer, W. G. et al.: Tratado de Patologia Bucal. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987: 512-515.
  - 10- Yoshimura, Y. et al.: A comparison of three methods used for treatment of ranula. J Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 280-282.