

## TRATAMENTO DE RÂNULA COM MARSUPIALIZAÇÃO: RELATO DE CASO

### TREATMENT OF A RANULA WITH MARSUPIALIZATION: A CASE REPORT

Robiany Geraldini \*  
Walter Paulesini Junior \*\*  
Renata Meira Primolan \*\*\*  
Cristiane Yunes Lapa \*\*\*\*

#### RESUMO

A rânula é a lesão mais comum da glândula sublingual, que é uma glândula salivar maior, localizada na face superior do músculo miloióide, separada da cavidade oral por uma fina camada de mucosa, tornando-se susceptíveis ao trauma, levando à retenção de muco no sistema de ductos de Bartholin e Rivius ou de extravazamento mucoso como resultado de rompimento ductal, ambos dando origem a rânula, na qual há um acúmulo de secreção salivar grossa e viscosa nos tecidos, produzindo um pseudocisto, pois não apresentam um revestimento epitelial verdadeiro. Pode ser classificada como simples e dissecante. A rânula simples ocorre no espaço sublingual, na região da glândula sublingual, superior ao músculo miloióide. Já a dissecante ocorre no espaço submandibular, quando a lesão se estende além do músculo miloióide. Como característica clínica, a rânula apresenta-se como uma vesícula no assoalho bucal, cheia de um muco claro ou cinza-azulado, podendo romper-se, liberando o fluido e voltar a promover um novo enchimento da lesão, característica peculiar que pode tornar o exame histopatológico desnecessário, por um diagnóstico facilitado pela característica clínica. O tratamento mais indicado é a marsupialização, na qual é realizada uma excisão na mucosa oral do assoalho bucal e na parede superior da rânula, esta, por sua vez devendo ser suturada à mucosa oral do assoalho bucal, promovendo uma reparação por segunda intenção. Quando as rânulas tornam-se recorrentes pode-se optar pela excisão da rânula e da glândula sublingual, com acesso intra-oral, podendo este tratamento ser aplicado como primeira escolha.

**DESCRIPTORIOS:** Rânula - Glândula sublingual - Diagnóstico

#### ABSTRACT

Ranula is the commonest injury of the sublingual gland, which is a major salivary gland located at the upper side of the mylohyoid muscle separated from the oral cavity by a thin layer of mucous membrane. This causes the gland to be sensitive to trauma, which leads to the collection of mucus in the Bartholin and Rivius ducts or to saliva leak as a result of duct damage. These are the origins of ranula, the collection of thick and viscous salivary secretion in the tissues producing a pseudocyst, because there isn't an epithelial cell layer. It may be classified as simple or plunging. Simple ranula occurs in the sublingual space, in the sublingual gland region, above the mylohyoid muscle. The plunging ranula occurs in the submandibular space, when the injury stretches beyond the mylohyoid muscle. Clinically, ranula is a fluid-filled structure located in the floor of the mouth. The fluid can be clear or blue. It may burst and release fluid and then again become filled. This particular feature allows clinical diagnosis without histological examination. The indicated treatment is marsupialization: An incision is performed in the oral mucosa of the floor of the mouth and the upper skin of the ranula, the latter is sewn to the mucosa of the floor of the mouth, which leads to repairation. If a recurrence happens, the ranula and the sublingual gland may be extirpated through intra-oral access. This treatment may be the first choice as well.

**DESCRIPTORS:** Ranula - Sublingual gland - Diagnosis

\* Aprimoranda do Serviço de Cirurgia Oral e Traumatologia Buco Maxilo Facial, do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos e Estagiária do curso de Cirurgia da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID).

\*\* Pós-Graduando no Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis e Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID).

\*\*\* Aprimoranda do Serviço de Cirurgia Oral e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos.

\*\*\*\* Professora Assistente da Disciplina de Cirurgia da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID).

## DISCUSSÃO

O nome rânula tem sido dado a um tipo de cisto de retenção que ocorre especificamente no assoalho da boca, em relação aos condutos excretores das glândulas salivares, principalmente as sublinguais (Graziani<sup>4</sup>, 1995). É a lesão mais comum da glândula sublingual, que pode ser considerada uma mucocele da glândula sublingual. Os ductos salivares são ocasionalmente traumatizados. A subsequente produção de saliva pode então extravasar abaixo da superfície da mucosa para os tecidos moles. Com o tempo, as secreções acumulam-se dentro dos tecidos e produzem um pseudocisto (sem um revestimento epitelial verdadeiro), que contém saliva grossa, viscosa. (Peterson *et al.*<sup>12</sup>, 2000). Quase todas as rânulas são um pseudocisto da glândula sublingual (Morita<sup>9</sup>, 2003). Extravasamento de saliva da glândula sublingual causada pela lesão do ducto ou obstrução, resulta na formação de uma rânula (Kovacic<sup>7</sup>, 2003).

A lesão apresenta-se como uma fina membrana cística envolvendo um conteúdo líquido, e localiza-se sob a mucosa bucal e sobre o músculo miloióide estando, portanto, enquadrada na região sublingual propriamente dita (Graziani<sup>4</sup>, 1995). A rânula simples é confinada à área ocupada da glândula sublingual no espaço sublingual, superior ao músculo miloióide. A progressão para rânula mergulhante ocorre quando a lesão se estende além do nível do músculo miloióide para dentro do espaço submandibular (Peterson *et al.*<sup>12</sup>, 2000). A rânula cervical é uma extensão de um pseudocisto da glândula sublingual (Geurts *et al.*<sup>3</sup>, 2004). As rânulas simples são limitadas ao espaço sublingual, enquanto que as rânulas mergulhantes são centradas no espaço submandibular e tendem a invadir em um ou mais espaços adjacentes (Kurabayashi<sup>8</sup>, 2000).

O tratamento das rânulas é exclusivamente cirúrgico. A intervenção pode ter dois objetivos, conforme o tamanho do cisto: A sua enucleação ou sua transformação em uma cavidade acessória da cavidade bucal para ulterior regressão (Graziani<sup>4</sup>, 1995). O tratamento usual da rânula é a marsupialização, na qual uma porção da mucosa oral do assoalho da boca é excisada, junto com a parede superior. Posteriormente, a parede da rânula é suturada à mucosa oral do assoalho da boca e deixada cicatrizar por segunda intenção. O tratamento de escolha para rânulas recorrentes ou persistentes é a excisão da rânula e da glândula sublingual por meio de acesso intra-oral; vários estudos recentes indicaram que isso

pode ser apropriado também para a terapia inicial (Peterson<sup>12</sup>, 2000). Hidaka<sup>6</sup> (2003) apóia a remoção total da glândula sublingual como sendo o melhor método de tratamento para a rânula mergulhante, acreditando que a dissecação completa do cisto com incisão cervical, como também drenagem dos conteúdos císticos sejam desnecessárias quando o diagnóstico da rânula mergulhante for confirmado. Fenestração e pressão contínua é um simples e efetivo procedimento para o tratamento de rânula mergulhante, o procedimento resulta em cura satisfatória, como um tratamento simples e efetivo, melhor para o paciente do que o tratamento convencional (Takagi<sup>14</sup>, 2003). Como a rânula mergulhante representa um pseudocisto sem epitélio verdadeiro, a excisão não está indicada (Geurts<sup>3</sup>, 2004). Baurmashi<sup>1</sup> (2002) aconselha que a remoção incondicional da glândula sublingual não deve ser o tratamento de escolha para todas as rânulas. A marsupialização é uma modificação útil de tratamento cirúrgico de rânula (Morita<sup>9</sup>, 2003). Comparada com outras técnicas de remoção, a hidrodissecação está associada com menos hemorragia, menos incidentes com nervos e danos ao tecido mole, e com um baixo índice de recidiva (Choi<sup>2</sup>, 2003).

Onderoglu<sup>10</sup> (2003) descreveu uma lesão cística em região sublingual em um feto, diagnosticada através de ultrassonografia pré-natal rotineira, a 21 semanas de gestação. O tratamento foi realizado e o cisto foi aspirado para permitir a respiração, durante a cesariana. O cisto foi totalmente excisado quando o recém-nascido tinha 27 dias de vida e o exame histológico revelou um cisto mucoso de assoalho bucal.

Um ótimo tratamento de rânulas em pediatria pode incluir o acompanhamento durante cinco meses, para uma regressão espontânea. Se a lesão não regredir ou recorrer repetidamente, o tratamento cirúrgico é recomendado (Pandit<sup>11</sup>, 2002). Saheeb<sup>13</sup> (2001) descreveu um caso de rânula congênita bilateral em um bebê, do sexo masculino, com uma semana de vida. A marsupialização inicial resultou em recidiva do cisto. A rânula foi excisada, juntamente com a glândula salivar sublingual. Não houve recorrência do cisto seis meses após o tratamento.

O rompimento do cisto durante a cirurgia não aumenta o risco de recidiva. A marsupialização ou a excisão não apresentam diferença em termos de sucesso de cirurgia (Haberal<sup>5</sup>, 2004).



Figura 1 - Rânula de glândula sublingual, localizada em assoalho bucal.



Figura 2 - Excisão da mucosa de assoalho bucal e da parede da rânula.

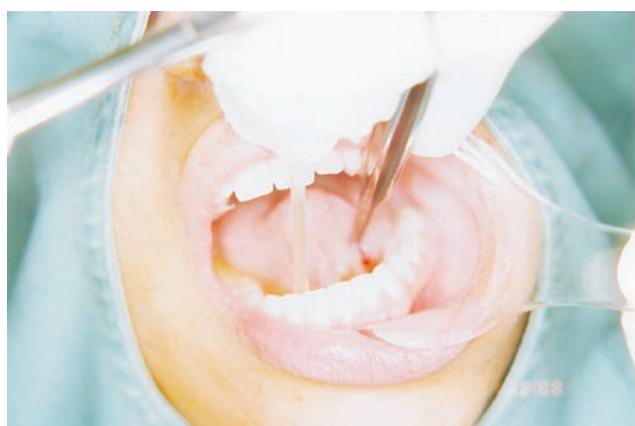


Figura 3 - Saída de líquido salivar do interior da rânula.



Figura 4 - Aspecto clínico após a marsupialização de rânula.



Figura 5 - Pós-operatório de sete dias, após marsupialização de rânula.

#### DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente F.S.F., do sexo feminino, 15 anos de idade, deu entrada no departamento de Buco-Maxilo-Facial, no Ambulatório de Saúde Bucal, do Complexo Hospi-

tar Padre Bento de Guarulhos, referindo lesão em cavidade oral há 6 meses, com regressão espontânea, com saída de líquido e reaparecimento. Ao exame locorreional: lesão em região de assoalho bucal à esquerda, vesiculosa, de coloração cinza-azulalado, assintomática, com aproximadamente 0,60 cm de diâmetro, caracterizando rânula da glândula salivar maior sublingual esquerda (Figura 1).

A proposta terapêutica para a lesão foi a marsupialização. Realizada a antisepsia local com clorexidina 0,12% e colocação de campo estéril; anestesia local e infiltrativa em assoalho bucal, ao redor da lesão. Com uma lâmina número 15 de bisturi, promoveu-se a excisão de uma porção da mucosa oral do assoalho bucal, juntamente com a parede superior da rânula (Figura 2), acarretando a saída de líquido salivar espesso e viscoso do interior da lesão (Figura 3). Posteriormente, a parede da rânula foi suturada à mucosa oral do assoalho bucal, com um fio reabsorvível do tipo vicryl 3.0 (Figura 4).

A peça anatômica foi encaminhada ao exame histopatológico apenas para documentar o concluído diagnóstico de rânula.

Após sete dias de pós-operatório a paciente retornou com a sutura em posição, sem queixas de sintomatologia dolorosa, com boa evolução e reparação (Figura 5).

#### CONCLUSÃO

- 1 A rânula é um cisto de retenção salivar da glândula salivar maior;
- 2 É a lesão que mais acomete a glândula salivar sublingual;

- 3 A característica clínica é de uma vesícula com fluído salivar claro em seu interior, localizado no assoalho bucal, podendo romper-se facilmente, voltando a encher, o que facilita o diagnóstico;
- 4 Classificada como simples e dissecante, a simples limita-se ao espaço sublingual e a dissecante invade o espaço submandibular;
- 5 O tratamento usual é a marsupialização e quando há recidiva está indicada a excisão da glândula sublingual.

#### REFERÊNCIAS

- 1 Baurmash HD. Treating oral ranula: another case against blanket removal of the sublingual gland. *Br J Oral Maxillofac Surg*; 2001 Jun; 39(3):217-20.
- 2 Choi TW, Oh CK. Hydrodissection for complete removal of a ranula. *Ear Nose Throat J*; 2003 Dec; 82(12):946-7, 951.
- 3 Geurts TW; van den Akker HP; Balm AJ. Cervical ranula; *Ned Tijdschr Geneesk*; 2004 Feb; 148(8): 388-91.
- 4 Graziani M. Cirurgia bucomaxilofacial. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan 1995.
- 5 Haberal I, Göcmen H, Samim E. Surgical management of pediatric ranula. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 2004 Feb; 68(2):161-3.
- 6 Hidaka H, Oshima T, Kakehata S, Watanabe K, Tushima M, Susuki H, Kobayashi T. Two cases of plunging ranula managed by the intraoral approach. *Tohoku J Exp Med*; 2003 May; 200(1):59-65.
- 7 Kovacic M. Plunging ranula. *Acta Med Croatica*; 2003; 57(4):305-8.
- 8 Kurabayashi T, Ida M, Yasumoto M, Ohbayashi N, Yoshino N, Tetsumura A *et al.* MRI of ranulas. *Neuroradiology*; 2000 Dec; 42(12):917-22.
- 9 Morita Y, Sato K, Kawana M, Takahashi S, Ikarashi F. Treatment of ranula-excision of the sublingual gland versus marsupialization. *Auris Nasus Larynx*; 2003 Aug; 30(3):311(4).
- 10 Onderoglu L, Saygan-Karamürsel B, Deren O, Bozdogan G, Teksam O, Tekinalp G. Prenatal diagnosis of ranula at 21 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 2003 Oct; 22(4):399-401.
- 11 Pandit RT, Park AH. Management of pediatric ranula. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 2002 Jul; 127(1): 115-8.
- 12 Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2000.
- 13 Saheeb BD. Recurrent congenital bilateral ranula: a case report. *SADJ*; 2001 Aug; 56(8):366-8.
- 14 Takagi S, Mizukawa N, Kimura T, Asami JI. Treatment of a plunging ranula with fenestration and continuous pressure. *Br J Oral Maxillofac Surg*; 2003 Dec; 41(6):410-3.

Recebido em 10/05/2004

Aceito em 29/07/2005