

Caso Clínico

Rânula mergulhante – relato de caso controlado por 5 anos



*António Jorge Araújo Pereira Júnior^a, António Henrique Azevedo Pary^a,
Clélio Henrique Teixeira Carvalho Lopes^b, Sebastião Júnior Lopes Machado^b,
Marcos Vinicius Queiroz Paula^{c,*}*

^a Serviço de Cirurgia Maxilofacial, Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Prática privada. Brasil

^c Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 6 de Novembro de 2017

Aceite a 2 de Abril de 2018

On-line a xx de Abril de 2018

Palavras-chave:

Rânula mergulhante

Glândula sublingual

Cisto de extravasamento de muco

R E S U M O

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico onde um paciente masculino de 17 anos, queixava-se de aumentos e reduções intermitentes no pescoço há quatro meses. O exame clínico revelou um aumento do volume cervical difuso, de consistência mole, envolvendo o espaço submandibular à direita. A tomografia computadorizada revelou aumento de volume hipodenso, de limites difusos, envolvendo a região submandibular direita e submentoniana. Foi realizada punção aspirativa da região submandibular que revelou fluido de consistência mucosa, semelhante à saliva. Com base na história da doença, no exame clínico, exame tomográfico e punção aspirativa, a lesão foi diagnosticada como rânula mergulhante. Foi realizada a excisão da glândula sublingual sob anestesia geral e apresenta-se sem recidiva após 5 anos de controlo. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2018;59(1):49-53)

© 2018 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEMD. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: queirozdepaulam@gmail.com (Marcos Vinicius Queiroz de Paula).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.05.214>

1646-2890/© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEMD.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Plunging ranula – case report controlled for 5 years

A B S T R A C T

Keywords:

Plunging ranula
Sublingual gland
Mucous extravasation cyst

The aim of this study was to report a clinical case where a 17-year-old male complained of intermittent growths in the neck for four months. Clinical examination revealed an increase in the diffuse cervical volume, of soft consistency, involving the right submandibular space. Computed tomography showed a growth of hypodense volume, with diffuse borders, involving the right submandibular and submental regions. A puncture aspiration was conducted in the submandibular region, revealing a fluid of mucous consistency, similar to saliva. Based on the history of the disease, clinical examination, tomographic examination and puncture aspiration, the lesion was diagnosed as a plunging ranula. The sublingual gland was excised under general anaesthesia, and the patient presented without relapse after 5 years of control. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2018;59(1):49-53)

© 2018 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

As rânulas são lesões císticas raras resultantes de danos ou ruptura de um ou mais dos condutos da glândula sublingual, que levam ao extravasamento do muco ou a dilatação do ducto da glândula.^{1,2} Podem ser classificadas em: simples e mergulhantes, penetrantes ou profundas.³⁻⁶ A rânula simples pode ser uma retenção de muco ou um extravasamento de muco e está confinada ao pavimento da boca, acima do nível do músculo milo-hióideo; já a rânula profunda é caracterizada por um extravasamento de muco decorrente da glândula sublingual ou com a obstrução do ducto salivar e encontra-se abaixo do nível do músculo milo-hióideo recebendo a denominação de rânula mergulhante.⁷⁻⁹

As rânulas mergulhantes ocupam mais comumente o triângulo submandibular e produzem equívocos no seu diagnóstico, inevitavelmente, conduzindo a um tratamento incorreto.¹⁰ O trauma é o principal fator responsável pelo aparecimento das rânulas, causando obstrução (mucocelo por retenção) ou laceração ductal (mucocelo por extravasamento).¹¹ O diagnóstico é difícil, mesmo com modernas técnicas de imagem, pois elas imitam outras lesões no pescoço.¹² O diagnóstico baseia-se numa anamnese completa e no exame físico, tendo a imagem como adjuvante.⁷

As rânulas são geralmente tratadas cirurgicamente.¹³ Porém, tem havido pouco consenso sobre o tratamento ideal.¹⁴ Autores propõem que o tratamento de rânulas sejam de vários tipos, incluindo principalmente os métodos cirúrgicos e não-cirúrgicos.¹⁵ A recidiva da rânula não é um fato incomum, alguns autores acreditam que a recorrência da rânula é resultado da remoção incompleta da glândula sublingual.¹⁶ Verificou-se que tratamentos que incluam a excisão completa da glândula sublingual estão associados com a menor taxa de recorrência (3,6%), seguido de excisão parcial da glândula sublingual (9,1%), marsupialização (13%) e a excisão da rânula (36,7%).¹⁷ Seis meses é o tempo de acompanhamento adequado para a resolução de um caso.¹⁸

Caso Clínico

Este relato foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, BR, sob o parecer n. 2.214.303 de 2017.

Paciente de 17 anos de idade, gênero masculino, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Federal do Andaraí – RJ, queixando-se de aumento de volume cervical, presente há quatro meses. Segundo o paciente, durante este período, a lesão apresentava aumentos e reduções intermitentes no tamanho total da lesão. Negava qualquer alteração sistêmica tais como dificuldades respiratórias ou febre. A histórica médica progressiva não era relevante.

O exame clínico revelou um aumento de volume difuso, de consistência mole, envolvendo o espaço submandibular à direita e o espaço submentoniano (Figura 1). O paciente relatava sensibilidade discreta à palpação da massa.



Figura 1. Aspecto clínico pré-operatório.

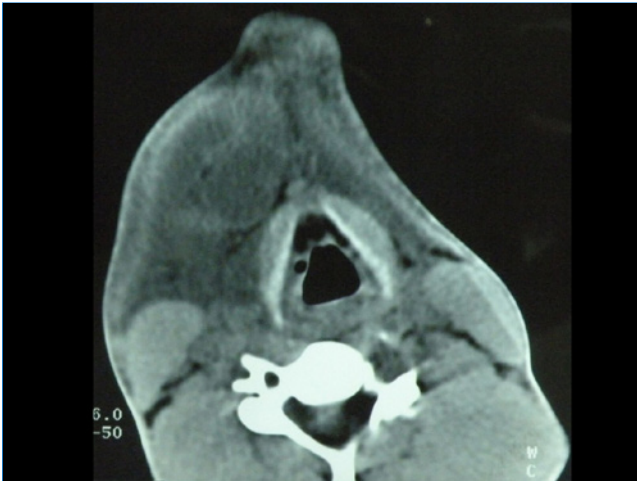


Figura 2. Corte axial da Tomografia Computadorizada revelando volume hipodenso, de limites difusos, envolvendo a região submandibular direita e submentoniana.

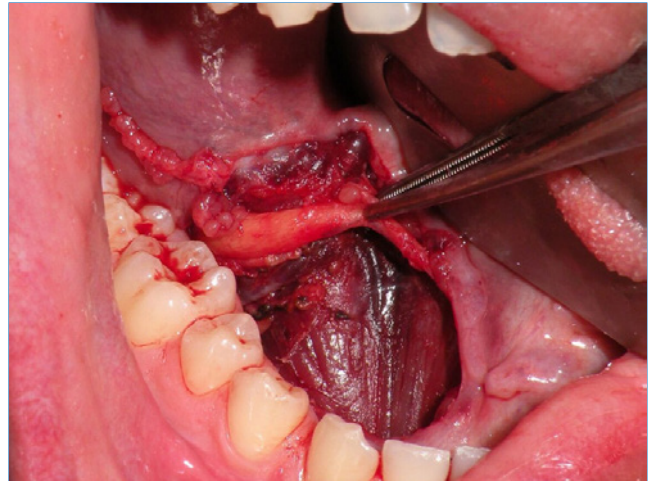


Figura 4. Ducto de Wharton dissecado e afastado medialmente.



Figura 3. Resultado da punção aspirativa.



Figura 5. Glândula removida.

A tomografia computadorizada revelou aumento de volume hipodenso, de limites difusos, envolvendo a região submandibular direita e submentoniana (Figura 2).

Foi então realizada punção aspirativa da região submandibular que revelou fluido de consistência mucosa, semelhante à saliva. Havia também a presença de sangue na aspiração (Figura 3).

Com base na história da doença, no exame clínico, tomográfico e punção aspirativa, a lesão foi diagnosticada como rânula mergulhante.

Foi proposta a excisão da glândula sublingual sob anestesia geral.

A intervenção foi realizada 10 dias após a consulta inicial do paciente. No dia da cirurgia o aumento de volume havia reduzido consideravelmente. Segundo o paciente, a drenagem havia ocorrido ao longo dos dias subsequentes pelo orifício da punção aspirativa.

A intervenção iniciou-se pela incisão no pavimento da boca realizada lateralmente à prega sublingual. A mucosa foi

divulsionada e o ducto de Wharton foi dissecado e afastado medialmente (Figura 4). A dissecação da glândula sublingual foi realizada de anterior para posterior para se evitar a lesão inadvertida do nervo lingual. Após a remoção da glândula (Figura 5), foi realizada hemostasia cuidadosa com o fim de evitar hematoma pós-operatório no pavimento oral. A sutura foi realizada apenas na mucosa.

No final da cirurgia, com a superficialização da anestesia geral, iniciou-se uma hemorragia intensa profusa, originada no pavimento oral. Foram removidas as suturas e uma revisão da hemostasia. O sangramento era arterial, provavelmente originado da artéria submentoniana ou de algum de seus ramos. O controle da hemorragia foi obtido por meio de cauterização com bisturi elétrico. Foi inserido também hemostático de gelatina absorvível como método preventivo.

O paciente encontra-se em seguimento pós-operatório de cinco anos, em controle clínico, sem sinais de recidiva e sem nenhuma alteração subjetiva de quantidade e qualidade salivar, nenhum defeito estético e sem dor.

Discussão

Rânulas mergulhantes (RM) são massas císticas raras do pescoço que são, essencialmente, pseudocistos de retenção mucosos, numa glândula sublingual obstruída, estendendo-se, inferiormente, através do bordo livre do músculo milo-hióide, ou através de uma deiscência do próprio músculo, para entrar no espaço submandibular.¹⁹

A ocorrência é rara, com a maior prevalência na segunda e terceira décadas de vida, acometendo mais o lado direito e sendo o género feminino discretamente mais envolvido.²⁰

O diagnóstico da RM é determinado por uma combinação da história, apresentação clínica e exames de imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética).^{21,22} Alguns autores citam a aspiração por agulha fina como uma técnica de diagnóstico útil para avaliar pacientes com nódulos e aumento de volume em glândulas salivares.^{19, 22-23}

O diagnóstico diferencial da RM inclui cisto do ducto tireoglossal, hemangioma intramuscular, lipomas, cisto/doença neoplásica da tireóide, cisto branquial, sialodente submandibular, laringocelo, cisto dermóide, malformação vascular ou linfática, vírus Epstein-barr, higroma cístico, teratoma benigno e linfadenopatia.^{19-22,24}

Vários métodos de tratamento são relatados na literatura, sendo eles, marsupialização, escleroterapia com OK – 432, crioterapia, infiltração de toxina botulínica tipo A, excisão apenas da rânula e excisão da rânula e da glândula sublingual simultaneamente.^{4,19,22,25}

A forma de tratamento adotada nesse caso clínico foi a remoção da rânula juntamente com a glândula sublingual envolvida, corroborando com recentes estudos que afirmam ser este o tratamento mais eficaz e fundamental para um resultado bem sucedido, devido à menor percentagem de recidiva.^{26,27}

Os estudos revistos corroboram a conduta praticada no caso clínico relatado e concluem que:

- O extravasamento ou a retenção da saliva são decorrentes de um trauma que pode gerar a obstrução da glândula salivar ou do próprio ducto.
- A realização de exame de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética, é necessária para a determinação da origem da lesão e auxiliar no diagnóstico.
- As formas de tratamento incluem marsupialização, excisão da lesão, excisão da glândula ou combinação da excisão da lesão e da glândula.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência está na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Dietrich EM, Vasilios B, Maria L, Styliani P, Konstantinos A. Sublingual-plunging ranula as a complication of supraomohyoid neck dissection. *Int J Surg Case Reports*. 2011;2:90-2.
2. Goodson AMC, Payne KFB, George K, McGurk M. Minimally invasive treatment of oral ranulae: adaption to an old technique. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2015;53:332-5.
3. Haberal I, Göçmen H, Samim E. Surgical management of pediatric rânula. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004;68:161-3.
4. Kim KH, Sung MW, Roh JL, Han MH. Sclerotherapy for congenital lesions in the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;131:307-16.
5. Raju R, Digoy GP. Management of the pediatric rânula. *Operative Techniques. Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;20:260-2.
6. Zhi, K.; Wen, Y.; Zhou, H. Management of the pediatric plunging rânula: results of 15 years' clinical experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107:499-502.
7. Abdul-Aziz D, Adil E. Ranula excision. *Operative Techniques Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;26:21-7.
8. Kaneko KI. Plunging Ranula: Report of a Case. *Acta Med Nagasaki*. 2011;55:77-9.
9. Kim PD, Simental A. Treatment of rânulas. *Operative Techniques Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;19:240-2.
10. Li J, Li J. Correct diagnosis for plunging ranula by magnetic resonance imaging. *Aust Dent J*. 2014;59:264-7.
11. Regezi JA, Sciuba JJ. *Patologia Oral: Correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. 166-8.
12. O'Connor R, McGurk M. The plunging ranula: diagnostic difficulties and a less invasive approach to treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013;42:1469-74.
13. Santos TS, Martins VB, Frota R, Karam FK. Excision of Ranula Using Injection of Hydrocolloid Dental Impression Material. *J Craniomaxillofac Surg*. 2013;24:1859-60.
14. McGurk M. Management of the rânula. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65:115-6.
15. Yang XJ, Zheng JW, Zhou Q, Zhang SY, Yang C. Intracystic injection of pingyangmycin (PYM) might be a more favorable option for treatment of oral and plunging rânulas. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue*. 2010;19:447-8.
16. Chen CJ, Guo P, Chen XY. Recurrent Sublingual Ranula or Saliva Leakage From the Submandibular Gland? Anatomical Consideration of the Ductal System of the Sublingual Gland. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015;73:675-7.
17. Sigismund PE, Bozzato A, Schumann M, Koch M, Iro H, Zenk J. Management of ranula: 9 years' clinical experience in pediatric and adult patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013;71:538-44.
18. Zhi K, Wen Y, Ren W, Zhang Y. Management of infant rânula. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2008;72:823-6.

19. Carlini V, Calcaterra V, Pasqua N, Guazzotti M, Fusillo M, Pelizzo G. Plunging ranula in children: case report and literature review. *Pediatr Reports*. 2016;8:6576.
20. Kim SH, Huh KH, An CH, Park JW, Yi WJ. Giant plunging ranula: a case report. *ISD* 2013;43:55-8.
21. Lee JY, Lee HY, Kim HJ, Jeong HS, Kim YK, Cha J et al. Plunging ranulas revisited: a CT study with emphasis on a defect of the mylohyoid muscle as the primary route of lesion propagation. *KJR*. 2016;17:264-70.
22. Nilesh K, Malik NA, Patil P, Chapi MD. Large plunging ranula presenting as isolated neck swelling: steps in diagnosis and surgical steps in management. *JCDR* 2015; 9:MD01-MD03.
23. Tolentino ES, Tolentino LS, Iwaki LCV, Farah GJ, Iwaki Filho L. Rânula mergulhante: relato de caso clínico. *Odontol Clín-Cient* (online). 2010;9: 267-9.
24. Noletto JW, Israel M, Mourão CF, Bonfim TS. Rânula mergulhante tratada por meio de marsupialização; relato de caso. *RBO*. 2010;67:60-2.
25. Effat KG. Acute presentation of plunging ranula causing respiratory distress: case report. *J Laryngol Otol*. 2012;126:861-3.
26. Kokong D, Iduh A, Chukwu I, Mugu J, Nuhu S, Augustine S. Ranula: Current Concept of Pathophysiologic Basis and Surgical Management Options. *Word J Surg* 2017:1-6.
27. Pouzoulet P, Collet C, Foletti JM, Guyot L, Chossegros C. Plunging ranula: Review. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2016;117:84-8.