

TRATAMENTO DE RÂNULA PELA MARSUPIALIZAÇÃO: RELATO DE CASO

TREATMENT OF RANULA BY MARSUPIALIZATION: REPORT OF A CASE

Leite Segundo, Airton Vieira*
Faria, Daniele Lago Bruno de**
Leão, Jair Carneiro***

RESUMO

Rânula é uma lesão de etiologia traumática que normalmente desenvolve-se devido à ruptura de um ou mais ductos das glândulas salivares, resultando num extravasamento ou retenção do muco no assoalho da boca. O presente artigo tem como objetivo descrever um caso de rânula acompanhado do seu tratamento por meio da técnica de marsupialização.

UNITERMOS: marsupialização; rânula; tratamento.

SUMMARY

Ranula is a traumatic lesion that forms due to the rupture of one or more salivary gland ducts, causing mucus leaking or retention in the floor of the mouth. This article has the objective to depict a ranula case and its treatment whit marsupialization.

UNITERMS: marsupialization; ranula; treatment.

INTRODUÇÃO

Rânula é o termo utilizado para definir mucoceles que acometem o assoalho de boca, sendo seu nome derivado do latim, da palavra “rana”, que significa rã, devido ao aspecto semelhante ao ventre de uma rã (Mizumo et al.⁹, 1993).

Também conhecidas como fenômeno de extravasamento de muco, as mucoceles são lesões comuns das glândulas salivares menores (Anastassov¹, 2000), freqüentemente acometendo o lábio inferior. O assoalho de boca, por outro lado, é acometido em apenas 6 a 7% dos casos (Roediger et al.¹², 1973).

Portanto, a rânula é uma lesão resultante do acúmulo de saliva entre os planos musculares do

assoalho da boca, acompanhado da formação de um tecido fibroso reacional, delgado, que circunda o muco (Baurmash², 2001). O conteúdo líquido pode localizar-se subjacente à mucosa do assoalho bucal, acima do músculo milohióideo, o que caracteriza a rânula bucal, ou estender-se entre os espaços naturais do músculo, permitindo o extravasamento do muco para os planos de tecido mole supra-hióideos, resultando na rânula profunda ou mergulhante (Gossett et al.⁵, 1999).

O trauma é o principal fator responsável pelo aparecimento das rânulas, causando obstrução (mucocele por retenção) ou laceração ductal (mucocele por extravasamento) (Regezzi et al.¹¹, 1991).

* Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital Regional do Agreste. Aluno da Especialização em Estomatologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

** Especialista em Radiologia pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE).

*** Professor Adjunto de Estomatologia, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva – Universidade Federal de Pernambuco. Mestre e PhD em Medicina Oral – University of London.

Quanto ao diagnóstico, este é eminentemente clínico. Entretanto, algumas patologias como o cisto dermóide e epidermóide, o cisto do ducto tireoglossos, cisto do arco branquial, higromas císticos, lipomas e hemangiomas podem apresentar características e localização semelhantes à rânula (Gosset et al.⁵, 1999).

Vale ressaltar que em alguns casos de rânulas profundas ou mergulhantes, por vezes é necessário a utilização de exames complementares mais elaborados como a Tomografia Computadorizada (Mandel et al.⁸, 1997) e a Ultrassonografia (Horiguchi et al.⁶, 1995).

O assoalho da boca apresenta estruturas anatômicas nobres, como por exemplo, o ducto da glândula submandibular, vasos sanguíneos como a artéria lingual e o plexo venoso ranino e ramos terminais do nervo lingual, que devem ser considerados na escolha da técnica cirúrgica utilizada no tratamento da rânula (Galloway et al., 1989). A marsupialização tem sido sugerida como terapia de primeira escolha no tratamento das rânulas, devido à simplicidade e ausência de complicações na realização da técnica, embora outras técnicas como a enucleação e a enucleação com extirpação da glândula envolvida possam também ser utilizadas (Freire Filho et al.⁴, 2003).

RELATO DE CASO

Paciente de 13 anos de idade, gênero feminino, procurou atendimento queixando-se de um caroço embaixo da língua há aproximadamente nove meses. Ao exame intrabucal observou-se um aumento volumétrico no assoalho de boca, coloração róseo-pálido, com vasos superficiais na mucosa do assoalho, de consistência mole, estendendo bilateralmente até a região de molares (Fig. 1). Em vista do quadro, uma punção aspirativa foi realizada, tendo como resultado um conteúdo líquido amarelado, em quantidade, altamente viscoso (Figs. 2 e 3). A opção de tratamento para esta lesão foi a marsupialização da lesão, sob anestesia local, permitindo o extravassamento do muco (Fig. 4), sutura das margens da lesão e mucosa adjacente com fio Sedas 4.0 em pontos interrompidos (Fig. 5) e preenchimento da cavidade com gaze umedecida com pomada a base de nitrofurazona, sendo realizada trocas de quatro em quatro dias. O material removido foi encaminhado ao exame anatomopatológico onde foi observado epitélio de mucosa bucal e subjacente, tecido de granulação reacional. A suturas foram removidas com doze dias. Com base nos achados clíni-

cos e laboratoriais, a paciente foi diagnosticada como portadora de uma rânula. A paciente encontra-se em acompanhamento clínico periódico sem sinais de recidivas após onze meses.



Figura 1 –
Aspecto
clínico da
lesão.



Figura 2 –
Punção
aspirativa.



Figura 3 –
Observar
viscosidade.



Figura 4 –
Incisão para
marsupialização.



Figura 5 –
Suturas.

DISCUSSÃO

A rânula bucal apresenta-se clinicamente como um aumento volumétrico no assoalho de boca, de coloração azulada, consistência mole, móvel, indolor à palpação, de evolução rápida, com história de remissão e exacerbação espontânea. Geralmente, manifesta-se em forma de cúpula, localizando-se lateralmente à linha média (Freire Filho et al.⁴, 2003). O caso apresentado difere no quadro supracitado, no que se refere à coloração da lesão, a qual apresentava-se róseo-pálido, compatível com a coloração dos tecido adjacentes, bem como a lesão acometia o assoalho bucal bilateralmente. É possível que a coloração seja influenciada pela profundidade da lesão e o fato desta ter se estendido bilateralmente, acometendo os dois lados da linha média.

O diagnóstico da rânula é eminentemente clínico para as lesões superficiais. Entretanto exames por imagens podem ser solicitados. A radiografia oclusal de mandíbula ajuda a diagnosticar as obstruções do sistema de ductos salivares, como por exemplo, em casos de sialólitos (Nary Filho et al.¹⁰, 2001). No referido caso foi solicitada uma radiografia oclusal de mandíbula, onde foi descartada a hipótese de sialólito.

A técnica da marsupialização foi a técnica cirúrgica de primeira escolha, haja vista tratar-se de uma técnica conservadora, pouca invasiva e que devido a grande proporção da rânula, proporcionaria uma menor chance de lesar as estruturas anatômicas descritas. No caso relatado a cavidade da lesão foi preenchida com gaze umedecida com pomada a base de nitrofurazona, no intuito de evitar seu fechamento precoce, bem como minimizar o risco de infecções. Estudos adicionais são necessários para avaliação de sua eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anastassov GE et al. Submandibular gland mucocele. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;89(2):159-63.
2. Baurmash HD. Treating oral ranula: another case against blanket removal of the sublingual gland. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2001;39:217-20.
3. Crysedale WS et al. Ranulas – mucoceles of the oral cavity: experience in 26 children. *Laryngoscope.* 1988;98:296-8.
4. Freire Filho FWV et al. Rânula de assoalho bucal – Qual a melhor opção de tratamento? *Rev Bras Cir Periodontia.* 2000;1(1):20-4.
5. Gossett JD et al. Sudden sublingual and submandibular swelling. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57:1353-6.
6. Horiguchi H et al. Bilateral plunging ranula. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1995;24:174-5.
7. Ikarashi T et al. Cystic lymphangioma and plunging ranula treated by OK-432 therapy: a report of a two cases. *Acta Otolaringol.* 1994;(suppl. 511):196-9.
8. Mandel L, Mirandi R. CT scanning of plunging ranula. Case report. *N Y Surg Dent J.* 1997;38-42.
9. MIZUNO, A.; YAMAGUCHI, K. The plunging ranula. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1993;22:113-5.
10. Nary Filho H et al. Tratamento cirúrgico de rânula – Considerações de interesse clínico e relato de caso. *BCI.* 2001;8(29):31-4.
11. Regezi JÁ, Sciuba JI. *Patologia bucal: Correlações clínico-patológicas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 166-8.
12. Roeidiger WEW, Lloyd P, Lawson HH. Mucous extravasation theory as a cause of plunging ranula. *Br J Surg.* 1973;60:722-2.

Recebido para publicação em: 24/08/2005; aceito em: 04/01/2006.

Endereço para correspondência:

AIRTON VIEIRA LEITE SEGUNDO
Rua Floriano Peixoto, 135 – 1º and – Sala 102 – Centro
CEP 55.004-260, Caruaru, PE, Brasil
Fones: (81) 3721-2107 / 9104-6887
E-mail: airtonsegundo@bol.com.br