

ABORDAGEM CIRÚRGICA EXTRAORAL NO TRATAMENTO DE RÂNULA MERGULHANTE – RELATO DE CASO

SURGICAL MANAGEMENT EXTRAORAL IN TREATMENT OF PLUNGING RANULA – REPORT CASE

Jefferson do Rêgo Corrêa,* George Pessoa de Jesus**

RESUMO

O fenômeno de extravasamento de muco, que pode estar associado a anomalias congênitas, traumas e doenças da glândula sublingual, é conhecido como rânula. Uma variante clínica incomum, a *rânula mergulhante*, ocorre quando o extravasamento de mucina consegue dissecar e romper barreiras atingindo espaços mais profundos, ocasionando na maioria das vezes uma tumefação no pescoço. O presente trabalho relata uma paciente diagnosticada com a lesão após ter sofrido trauma na região de assoalho bucal e submetida a tratamento cirúrgico com a remoção extraoral da glândula envolvida.

Palavras-chave: Rânula Mergulhante; Glândula Sublingual; Acesso Extraoral.

ABSTRACT

The phenomenon of mucus leaking that can be associated to congenital anomalies, trauma and illnesses of sublingual gland, is known as Ranula. An uncommon clinical variant, the *plunging ranula*, occurs when the leak of mucin breaches barriers and reaches deeper spaces, causing most of times a neck swelling. The present study reports a patient who has got this injury after traumatizing the mouth floor area, and was submitted to a surgical treatment with extraoral removal of the affected gland.

Keywords: Plunging ranula; Sublingual gland; Extraoral approach.

*Acadêmico finalista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas - Ufam.

** Professor titular da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas - Ufam.

E-mail: jef_cmm@hotmail.com Endereço: Av. Tóquio, quadra 20, n.º 2 - Conj. Campos Elíseos, bairro: Planalto - CEP: 69045-200. Manaus - AM, fone: (92) 3238-8421, CEL: (92) 9625-6202

INTRODUÇÃO

Rânula, nome derivado do latim *rana*, que significa rã, foi dado por conta da lesão lembrar o aspecto translúcido do baixo-ventre de uma rã, e é um termo utilizado para os fenômenos de extravasamento de mucina que ocorrem no assoalho bucal.^{1, 2, 3} Têm sido descritas associadas com anomalias congênitas, traumas, doenças da glândula sublingual e alguns autores relatam, ainda, que essa lesão pode surgir em consequência de cirurgias para a colocação de implantes dentais.^{3, 4, 5, 6} Uma variante clínica incomum, a *rânula mergulhante*, ocorre quando o extravasamento de mucina consegue dissecar e romper barreiras como o músculo miloioide e atinge espaços mais profundos, como os espaços submandibulares e parafaríngeos inferiores, ocasionando na maioria das vezes uma tumefação do pescoço.^{3, 7, 8} O diagnóstico está diretamente relacionado com a história do desenvolvimento da lesão, que pode ter aparecido após um trauma na região de assoalho bucal envolvendo a glândula sublingual ou por obstrução de seu ducto, ocasionando em um extravasamento do conteúdo salivar.^{6, 9, 10} Junto com a história clínica, exames complementares de imagem, como a ressonância magnética (RM), garantem um maior estreitamento das possibilidades diagnósticas, e ainda

permite uma boa avaliação da extensão da lesão.^{6, 10, 11} Existem inúmeras abordagens para o tratamento da *rânula mergulhante*, sendo as cirúrgicas com a drenagem da lesão e ressecção da glândula sublingual as mais eficazes.^{5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15}

Este trabalho tem por objetivo descrever o relato de caso de uma paciente portadora de rânula mergulhante diagnosticada no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF da Faculdade de Odontologia - FAO da Universidade Federal do Amazonas - Ufam e tratado no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV).

RELATO DE CASO

A paciente do gênero feminino, feoderma, 27 anos de idade, do interior do Estado do Amazonas - Brasil, procurou o ambulatório do Serviço de CTBMF da FAO/Ufam, queixando-se de um “aumento de volume” no lado esquerdo do pescoço (Figura 1). Na anamnese foi constatado que, após injúria por uma “espinha de peixe” no assoalho bucal, iniciou-se o desenvolvimento de uma vesícula que regrediu espontaneamente. Após alguns meses, a paciente observou um aumento de volume na região submandibular do lado esquerdo, que evoluiu causando uma

assimetria facial. Ao exame físico não foi constatado nenhum envolvimento intraoral, verificando-se apenas o abaulamento na região anteriormente mencionada. Com base na história da doença e no exame clínico, onde foi realizada punção aspirativa positiva obtendo-se conteúdo mucoso, levantou-se a hipótese diagnóstica de rânula mergulhante (Figura 2). Para auxiliar no diagnóstico foi solicitado o exame de ressonância magnética que revelou uma lesão multilocular estendendo-se do espaço sublingual até o parafaringeano inferior esquerdo, envolvendo estruturas anatômicas nobres como nervos e vasos sanguíneos calibrosos (Figura 3). O tratamento proposto pela equipe cirúrgica foi a drenagem da lesão associada à exérese da glândula envolvida. Por não haver tumefação intraoral e por promover melhor campo operatório, optou-se por fazer uma incisão submandibular (Hisdon) possibilitando uma melhor visualização das estruturas anatômicas que estavam intimamente envolvidas pela cápsula cística (Figura 4). Foi realizada dissecação por planos quando se observou, também, o envolvimento da glândula submandibular pela cápsula da rânula, fato este que levou os cirurgiões a optar pela remoção tanto da glândula sublingual quanto da submandibular, eliminando qualquer possibilidade de recidiva (Figura 5). Após exérese das glândulas foi adaptado

um dreno e em seguida buscou-se uma sutura por planos (Figura 6) o qual foi removido no segundo dia pós-operatório depois da confirmação de não haver mais conteúdo salivar que pudesse ser removido por sucção. A peça foi enviada para o Serviço de Patologia da Ufam, e foi submetida a exame histopatológico que revelou tecido de glândula salivar maior com ductos rompidos e extravasamento de muco para o tecido conjuntivo, bem como infiltrado inflamatório crônico inespecífico, característico de rânula. A paciente evoluiu de forma satisfatória não apresentando sinais de infecção ou quadros de xerostomia. Portanto, não havendo comprometimento significativo da lubrificação bucal pela exérese das glândulas. Atualmente encontra-se com dois anos de preservação sem sinais de recidiva (Figura 7).

DISCUSSÃO

Por conta do grande número de doenças relacionadas com a região de assoalho bucal, espaço sublingual, submandibular e parafaringeanos, o diagnóstico de rânula / rânula mergulhante é geralmente determinado por uma combinação da história, achados clínicos e estudos de imagens.^{6,7} A rânula mergulhante pode se apresentar como um aumento de volume da área submandibular com ou sem

o envolvimento intraoral.^{12, 16}

Exames de imagens, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, têm ajudado com grande eficácia no diagnóstico dessa lesão, pois mostram um sinal patognomônico conhecido como “cauda”, que é uma evidência do percurso realizado pelo fluido salivar quando da sua disseminação para os espaços fasciais mais profundos do pescoço.^{1, 4, 9}

Pela ressonância magnética tem-se, ainda, uma maior precisão na localização de estruturas anatômicas nobres, como nervos e vasos, que precisam ser preservadas durante o ato cirúrgico para a remoção da glândula salivar.^{4, 11}

O diagnóstico da lesão do caso relatado em nosso serviço foi feito com base nas evidências descritas no meio científico, ou seja, por meio da correlação entre a história da doença, os achados clínicos e os achados da ressonância magnética.

Há diversas formas de abordagem no tratamento de rânula/rânula mergulhante, como excisão completa da lesão, marsupialização com ou sem cauterização da parede da lesão, crioterapia, tapizamento com gaze, excisão a laser, escleroterapia, e até mesmo injeção intralesão de material de moldagem e utilização de hidrossecção como auxiliar na dissecação.^{5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15}

Dentre os tratamentos existentes, a excisão da rânula associada à remoção da glândula sublingual tem sido o de primeira escolha por muitos autores. Em dados estatísticos é o que apresenta baixo ou nenhum índice de recidiva da lesão. Pelo fato, porém, de ser uma abordagem bem invasiva, é necessária uma grande experiência por parte do cirurgião e de sua equipe.^{10, 17, 18}

Por causa da rânula mergulhante ser uma variante incomum da rânula confinada ao assoalho bucal, seu tratamento é basicamente o mesmo. Com exceção de alguns casos em que sua drenagem e excisão são feitas por uma abordagem submandibular, geralmente quando essa lesão não mostra um crescimento em assoalho bucal.¹⁰

Em busca de um tratamento eficaz, que apresentasse a menor possibilidade de recidiva, juntamente com a característica clínica de não envolvimento intraoral da lesão, foi decidido por se utilizar a técnica de excisão da rânula associada à remoção da glândula sublingual e submandibular via transcervical, tratamento que se mostrou bastante satisfatório, sem complicações no trans nem no pós-operatório tardio.

Histologicamente todas as lesões de rânula são similares, apresentando um espaço cístico central contendo

extravasamento de mucina para os tecidos circunjacentes, região vascularizada e presença de infiltrado inflamatório.^{1, 13, 18}

Essas foram características histopatológicas presentes na lâmina do fragmento cirúrgico retirado da paciente e enviado ao laboratório de Anatomopatologia da Universidade Federal do Amazonas, e que confirmou o diagnóstico de rânula mergulhante.

É necessário que o profissional faça o correto diagnóstico da lesão, associando sempre os achados clínicos com a história da doença, para a escolha do melhor tratamento e eliminar as possibilidades de recidiva.

REFERÊNCIAS

- Anastassov GE, Haiavy J, Solodnik P, Lee H, Lumerman H. Submandibular gland mucocele: Diagnosis and management. *Oral surg Oral med Oral patho J*; 2000; 89(2); 159-63.
- Bonet FB, Homs EV, Tornil AM, Lagunas JG. Mucocele de la glandula submaxilar: a propósito de un caso. *Med oral Pato oral Cir bucal Rev*; 2004; 10; 180-4.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia das glândulas salivares. Patologia Oral e maxilofacial. Brasil: Guanabara Koogan; 2004; 375-6.
- Kurabayashi T, Ida M, Yasumoto M, Ohbayashi N, Yoshino N, Tetsumura A et al. MRI of ranulas. *Head and neck neurorad J*; 2000; 42; 917-22.
- Yuca K, Bayram I, Çankaya H, Çaksen H, Kiroglu F, Kiris M. Pediatric intraoral ranulas: An analysis of nine cases. *Tohoku J. exp. Med*; 2005; 205; 151-55.
- Loney jr WW, Termini S, Sisto J. Plunging ranula formation as a complication of dental implant surgery: a case report. *J oral maxillofac surg*; 2006; 64; 1204-8.
- Coit WE, Harnsberger HR, Osborn AG, Smoker WRK, Stevens MH, Lufkin RB. Ranulas and their mimics: CT evaluation. *J radio*; 1987; 163; 211-16.
- Rho MH, Kim DH, Kwon JS, Lee SW, Sung YS, Song YK et al. Ok-432 sclerotherapy of plunging ranula in 21 patients: It can be a substitute for surgery. *AJRN am J Neuroradiol*; 2006; 27; 1090-95.
- Charnoff SK, Carter BL. Plunging ranula: CT diagnosis. *J radio*; 1986; 158; 467-8.
- Zhao YF, Jia Y, Chen XM, Zhang WF. Clinical review of 580 ranulas. *Oral surg Oral med Oral patho J*; 2004; 98; 281-87.
- Pozza DH, Soares LP, Oliveira MG. Exames complementares por imagens no diagnóstico e planejamento cirúrgico de patologias em glândulas salivares. *Rev bras pato oral*; 2005; 4(3); 28-31.
- Schow SR. A comparison of three methods used for treating ranula. *J oral maxillofac surg*; 1995; 53; 285.
- Hidaka H, Oshima T, Kakehata S, Watanabe KI, Toshima M, Suzuki H et al. Two cases of plunging ranula managed by the intraoral approach. *Tohoku J exp med*; 2003; 200, 59-65.
- Takagi S, Mizukawa N, Kimura T, Asaumi JI. Treatment of a plunging ranula with fenestration and continuous pressure. *British J oral and maxillofac surg*; 2003; 41; 410-13.
- Freitas R. Fenômeno de retenção/extravasamento. Tratado de cirurgia bucomaxilofacial. Brasil: Santos;

2006; 298-99.

16 - Lee HM, Lim HW, Kang HJ, Chae SW, Hwang SJ, Jung KY et al. Treatment of ranula in pediatric patients with intralesional injection of OK-432. J Laryngoscope; 2006; 116; 966-69.

17 - Yoshimura Y, Obara S, Kondoh T, Naitoh SI. A

comparison of three methods used for treatment of ranula. J oral maxillofac surg; 1995; 53; 280-82.

18 - Baurmash HD. Treating oral ranula another case against blanket removal of the sublingual gland. British J oral and maxillofac surg; 2001; 39; 217-20.

IMAGENS

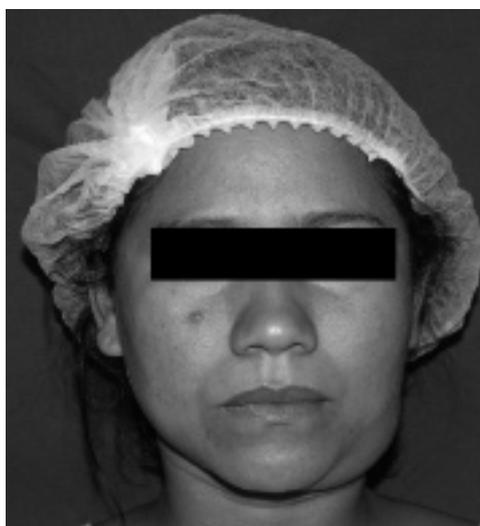


Figura 1 - Aumento de volume da região submandibular do lado esquerdo do pescoço.

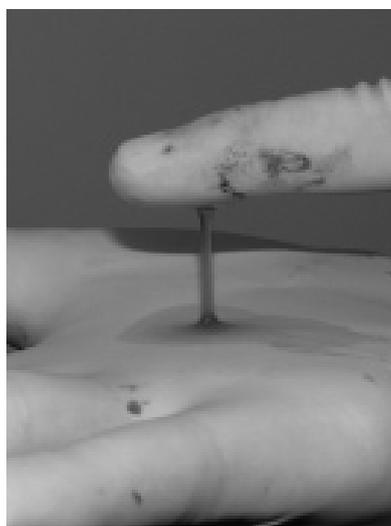


Figura 2 - Conteúdo mucoviscoso aspirado da lesão.



Figura 3 - Imagem RM evidenciando o envolvimento de espaços profundo do pescoço



Figura 4 - Incisão submandibular (Hisdon) para acesso à lesão. ok

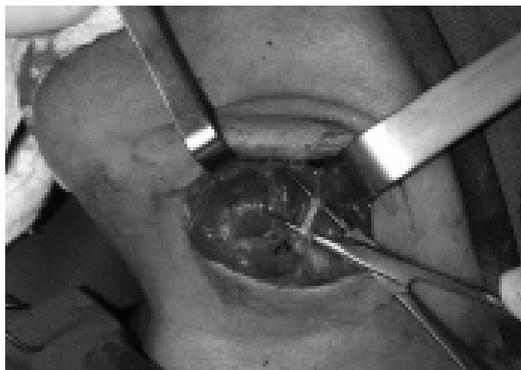


Figura 5.a - Evidenciação do envolvimento da glândula sublingual pela cápsula da lesão.



Figura 5.b - Exérese das glândulas envolvidas pela lesão.

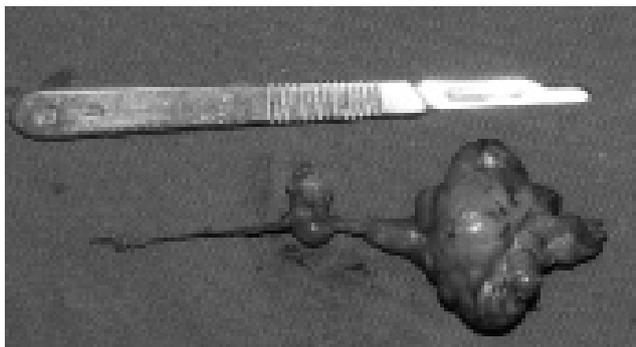


Figura 5.c - Glândulas sublingual e submandibular



Figura 6 - Tubo dreno suturado no local das glândulas removidas.



Figura 6 - Pós-operatório de 2 anos.