

RÂNULA- DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: RELATO DE CASO

RANULA- DIAGNOSIS AND TREATMENTS: CASE REPORT

Brunna Raposo Teixeira¹

Flávia Marcelly Batista de Souza¹

Antônio César Dourado Souza²

¹ Acadêmica de Odontologia no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

² Professor do curso de Odontologia no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

RESUMO: Rânula trata-se de uma lesão causada por retenção de saliva, localizada no assoalho bucal, sendo uma das lesões que mais acometem as glândulas salivares maiores ou menores. Sua etiologia pode decorrer de traumas na região ou obstrução do ducto. Caracteriza-se por possuir volume aumentado, consistência firme ou flácida, indolor, e localização unilateral. Seu tratamento pode ser cirúrgico com ou sem remoção da glândula acometida. Métodos não cirúrgicos também podem ser utilizados. O objetivo deste trabalho é discutir as características clínicas, variações, diagnóstico e possíveis tratamentos, através de relato de caso clínico em um paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, diagnosticado com rânula simples e tratado cirurgicamente através da enucleação da lesão e glândula salivar menor comprometida.

Palavras-chave: Rânula. Assoalho bucal. Mucoccele. Glândula salivar.

ABSTRACT: Ranula is a mucoccele located in the buccal floor being one of the lesions that more commit the salivary glands major or minor. Its etiology results from traumas in the region or obstruction of the duct. It is characterized by having increased volume, firm or flaccid consistency, painless, and unilateral location. Its treatment can be surgical with or without removal of the affected gland. Non-surgical methods may also be used. The aim of this study was to discuss the clinical characteristics, variations, diagnosis and possible treatments through a clinical case report in a male patient, 18 years old, diagnosed with a simple cannula and surgically treated through enucleation of the lesion and compromised minor salivary gland.

Keywords: Ranula. Mouth Floot. Mucocele. Salivary glands.

1 INTRODUÇÃO

As glândulas salivares apresentam-se em dois grupos: três pares de glândulas salivares maiores (parótidas, submandibulares e sublinguais) e glândulas salivares menores (HENRICH; DA SILVA, 2009). Patologias de diferentes etiologias (infecciosa, traumática, neoplásica, autoimune, desenvolvimento ou associada a defeitos metabólicos) podem afetar as glândulas salivares, comprometendo seu correto funcionamento e, conseqüentemente, afetar a saúde bucal e a qualidade de vida do indivíduo (BETTIO et al., 2009; HENRICH; DA SILVA, 2009).

Rânula é um termo clínico empregado para designar uma retenção de saliva que ocorre, especificamente, no assoalho bucal. Essa lesão pode ser a representação clínica de dois fenômenos: extravasamento ou retenção de saliva, frequentemente associado a trauma local (CAVEZZI, 2014; PIPA et al., 2012; WANDERLEY et al., 2013). Conforme sua localização anatômica, dois tipos de rânula são descritos: as superficiais ou não mergulhantes, que se localizam acima do músculo milo-hióideo, aparecendo no assoalho bucal, e a dissecante ou mergulhante, também denominada de cervical ou supra-hióidea, que se localiza no assoalho bucal e se estende, mesmo que parcialmente, abaixo da musculatura milo-hióidea, com prolongamento cervical posterior e inferior (CAVEZZI, 2014; WANDERLEY et al., 2013).

O objetivo deste trabalho é realizar uma discussão a respeito da rânula, abordando aspectos relacionados a sua etiologia, características clínicas e tipos de tratamento, por meio de relato de um caso clínico de um paciente jovem adulto, cujo diagnóstico e tratamento foram através da biopsia excisional, com enucleação da lesão e glândula afetada.

2 RELATO DE CASO

Paciente F.G.R.G, feoderma, 18 anos de idade, estudante, sem alterações sistêmicas, residente na cidade de Porto Nacional - TO, procurou atendimento na clínica odontológica do ITPAC-PORTO para diagnóstico e tratamento de lesão nodular presente no assoalho bucal.

O paciente observou o surgimento da lesão há cerca de um ano e meio da sua consulta inicial, com episódios de remissão e recidiva. Relatou a ocorrência de extravasamento espontâneo de material viscoso de cor amarelada e realização de compressão digital para drenagem do conteúdo quando o esvaziamento não ocorria espontaneamente, para que diminuísse o incômodo, devido à sua localização anatômica. O paciente não se recordava de traumas no local.

Em exame intra-bucal, observou-se nódulo de consistência firme, séssil, flutuante e delimitado, presente na linha paramediana do lado esquerdo do assoalho bucal (figura 1). O Paciente negou sintomatologia dolorosa, porém afirmava sentir desconforto, principalmente quando a lesão se encontrava com seu volume aumentado. No exame extra bucal, foi realizado à palpação, onde não foram observados nódulos na região de cabeça e pescoço.



Figura 1: Imagem clínica da lesão.

Fonte: Teixeira, Souza e Souza, 2017.

Realizou-se exame radiográfico oclusal com o objetivo de pesquisar a presença de radiopacidades, que indicasse a presença de sialolito, obteve resultado negativo (figura 2). Solicitou-se o exame imaginológico por ultrasonografia do assoalho bucal.



Figura 2: Radiografia oclusal.

Fonte: Teixeira, Souza e Souza, 2017.

O exame de ultrassom evidenciou lesão de aspecto cístico em região submucosa do assoalho, com estruturas das glândulas submandibulares preservadas (figura 3), (anexo 2).



Figura 3: Apresentação cística em exame de ultrassonografia (A). Ducto preservado da glândula submandibular (B).

Fonte: exame de ultrassonografia de assoalho bucal.

Após consentimento informado do paciente (anexo 1), a conduta de escolha adotada foi a cirurgia de enucleação da lesão e glândula afetada, realizada na clínica odontológica do ITPAC-PORTO. Inicialmente, foram realizadas antissepsia intrabucal, por meio de bochecho com clorexidina 0,12% (Periogard®- Colgate Palmolive- São Paulo- SP- Brasil) por dois minutos, e extrabucal, com clorexidina 2% (Clorhexidina®- FGM- Brasil) embebida em gaze. Em seguida, realizou-se a anestesia bilateral do nervo lingual, com anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine®- DFL- Rio de Janeiro- RJ- Brasil). Realizou-se o trespasse do ápice lingual com fio de sutura de nylon 4.0 (SHALON- São Luís de Montes Belos- GO- Brasil) para tracionamento e elevação, melhorando o campo de visão e acesso cirúrgico. Incisou-se ao redor da lesão com a lâmina de bisturi 15c (SOLIDOR®- Suzhou City- China). Neste momento, ocorreu o extravasamento de líquido viscoso de cor amarelada. Com uma tesoura de Metzembraum realizou-se a divulsão, e com instrumental hemostático tipo pinça Kelly, apreendeu-se a lesão e a glândula salivar menor. A remoção foi completada com o auxílio de tesoura Íris curva. Concluiu-se a cirurgia com sutura em pontos simples, utilizando fio de seda 5.0 (SHALON- São Luís de Montes Belos- GO- Brasil) (figura 4). Orientações pós-operatória e prescrição medicamentosa foram realizadas imediatamente após o ato cirúrgico

A peça retirada foi armazenada em formol a 10% e encaminhada para o laboratório de patologia da Faculdade São Leopoldo Mandic, campus de Campinas- SP.

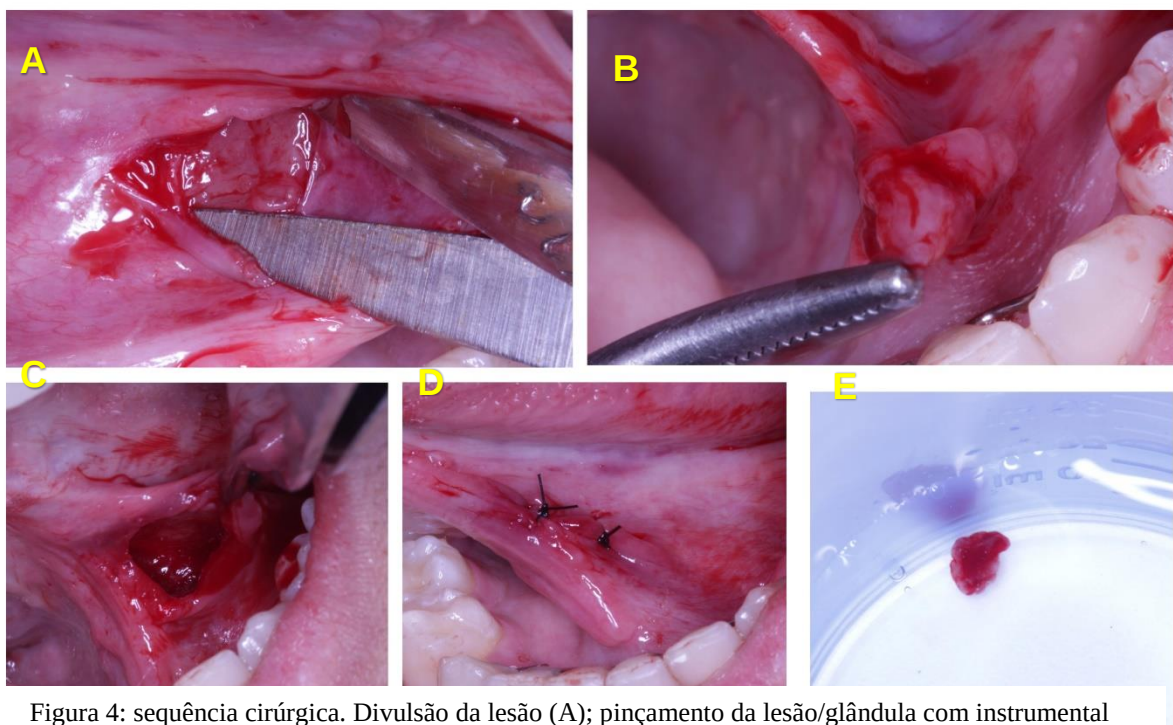


Figura 4: sequência cirúrgica. Divulsão da lesão (A); pinçamento da lesão/glândula com instrumental hemostático tipo pinça kelly curva; loja cirúrgica após remoção da lesão/glândula (C); sutura em pontos simples (D); peça cirúrgica em formol 10% (E).

Fonte: Teixeira, Souza, Souza e dos Santos 2017.

A avaliação e remoção das suturas ocorreram em consulta pós-operatória de sete dias, com processo de reparação esperado (figura 5). Em reavaliação aos sessenta dias, observou-se cicatrização compatível com o tempo pós-operatório, sem recidivas (figura 6). O paciente foi orientado a comparecer à Clínica Odontológica para reavaliação aos seis meses.



Figura 5: Consulta pós-operatória de 7 dias.

Fonte: Teixeira, Souza e Souza, 2017.

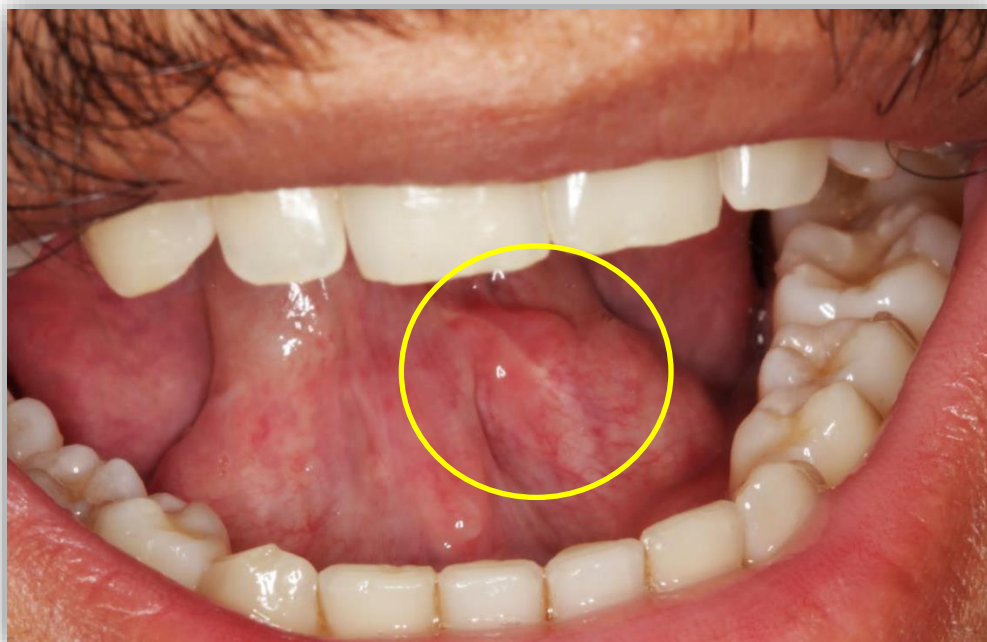


Figura 6: Pós-cirúrgico de 60 dias

Fonte: Teixeira, Souza e Souza

O resultado do exame histopatológico descreveu “fragmentos de mucosa revestida parcialmente por tecido epitelial pavimentoso estratificado paraqueratinizado. Na lâmina própria, observa-se tecido de granulação permeando muco extravasado bem como por hemácia e moderado infiltrado inflamatório mononuclear”, confirmando o diagnóstico de rânula (Laboratório de patologia da faculdade SÃO LEOPOLDO MANDIC-Campinas/ SP) (Anexo 3).

3 DISCUSSÃO

Lesões decorrentes de trauma, como rânulas e mucocelos são as de maior acometimento nas glândulas salivares (BETTIO et al., 2009).

A rânula é uma lesão causada por acúmulo de saliva, presente no assoalho bucal, que tem como características clínicas superfície lisa, consistência firme ou flácida, base séssil ou pediculada. Quando localizada superficialmente possui coloração azulada pela transparência da rede capilar, e quando profunda, a mucosa permanece com a cor normal. São unilaterais, mas, quando atingem grande volume e cruzam a linha mediana, podem gerar a falsa impressão de bilateralidade. Os pacientes podem manifestar dificuldades na fala, mastigação e deglutição. Na maioria dos casos é assintomática e de evolução rápida (CAVEZZI, 2014;

DEDIVITIS; AKAKI, 2005; GIL et al.; 2001; LEAL; BRAULIO, 2014; NEVILLE et al.; 2009; STUANI et al., 2008). As características clínicas do caso relatado coincidem com a descrição de rânula superficial.

As rânulas classificam-se, respectivamente, como de extravasamento, quando ocorre o acúmulo e encapsulamento de muco no tecido conjuntivo, em consequência a transecção ou ruptura do ducto, resultando em uma reação inflamatória de granulação; e pseudo-cisto de retenção aquele resultante da obstrução do ducto, por um sialolito ou pela pressão do tecido conjuntivo cicatricial, após um processo traumático (DEDIVITIS; AKAKI, 2005; LEAL; BRAULIO, 2014; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2008). No caso relatado, o exame histopatológico revelou como causa, o extravasamento de muco.

Conforme sua localização anatômica podem-se classificar em dois tipos: bucal simples, a mais comum, quando localizada acima do músculo milo-hióideo e a mergulhante ou dissecante, que resulta num aumento de volume suave na região submandibular ou cervical superior pela dissecção do músculo milo-hióideo, com prolongamento cervical posterior e inferior (CAVEZZI, 2014; GERALDINI et al., 2006; MARQUES et al., 2010; RIOS et al., 2012 e SOUZA; PAES JUNIOR; VOLPATO, 2003). A lesão deste relato apresentava aspecto clínico de rânula simples.

Por tratar-se de uma lesão superficial, do tipo simples, as informações descritas pelo paciente na anamnese e o auxílio de exames imaginológicos mais simples, como radiografia oclusal e ultrassonografia de assoalho bucal, que mostraram resultado negativo para presença de sialolito nos ductos salivares, foi estabelecido o diagnóstico clínico de rânula. A confirmação deu-se através do exame anátomo-patológico. Em lesões profundas, tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear podem ser indicadas (CAVEZZI, 2014).

O tratamento da rânula baseia-se de acordo com o tamanho, local e terapia de preferência do profissional. Pode ser cirúrgica, por enucleação com ou sem remoção a glândula afetada, micromarsupialização, marsupialização (GERALDINI et al., 2006), laser de CO₂ e criocirurgia (CAVEZZI, 2014; LEAL; BRAULIO, 2014; STUANI et al., 2008), e não cirúrgica, por injeção de OK-432 (STUANI et al., 2008). A micromarsupialização é menos utilizada, devido à alta taxa de recidiva. A marsupialização é, geralmente, o procedimento de primeira escolha para rânulas

não mergulhantes, por ser uma técnica menos invasiva. A enucleação da lesão e da glândula afetada, com acesso intra-bucal é a opção de tratamento com menor índice de recidiva, mas, geralmente, de segunda opção, em razão da maior possibilidade de lesões das estruturas do assoalho bucal. O laser de CO₂, com vaporização pura ou juntamente com a incisão da glândula, é o método mais indicado para rânulas cervicais, pois diminui as complicações e a recidiva. Criocirurgia e eletrocirurgia, por produzirem ampla destruição tecidual não são muito utilizadas (GIL et al., 2001). A injeção intracística de OK-432 (picibanil) está indicada para tratamento de rânula bucal em crianças desde 1992. A ação do medicamento tem como objetivo causar uma reação inflamatória que aumente a permeabilidade da camada de células endoteliais, acelerando a drenagem do muco e resultando na diminuição da lesão (STUANI et al., 2008). No caso descrito, em razão da origem, tamanho e localização optou-se pelo procedimento cirúrgico de enucleação da lesão e da glândula afetada.

4 CONCLUSÃO

Características clínicas, exames complementares de imagem e histopatológicos, e as informações relatadas na anamnese são essenciais para o diagnóstico de rânulas. A lesão apresenta diversas opções de tratamentos, sendo cirúrgico ou não. Porém, a técnica que possui menor índice de recidiva é a enucleação da lesão juntamente com a glândula afetada, devendo, portanto, ser de consideração preferencial durante a escolha do planejamento de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. BETTIO, Alexandre; SALGADO, Guilherme; AZEVEDO-ALANIS, Luciana Reis; MACHADO, Maria Angela Naval; GREGIO, Ana Maria Trindade; LIMA, Antônio Adilson Soares de. Prevalência das lesões de glândulas salivar em laudos histopatológicos do Laboratório de Patologia Experimental da PUCPR no período de 1999-2008. **RSB6**, Curitiba, v.6, n.3, p. 231- 236, 2009.
2. CAVEZZI JUNIOR, Orlando. Rânula- tratamento cirúrgico pela marsupialização: relato de caso. **ClipeOdonto – UNITAU**, Taubaté, v.6, n.1, p. 54-58, 2014.
3. DEDIVITIS, Rogério A; AKAKI, Luiz Fernando. Tratamento cirúrgico da rânula. **Aq Med ABC**, Santos, v.30, n.2, p. 87-89, 2005.
4. GERALDINI, Robiany; PAULESINI JUNIOR, Walter; PRIMOLAN, Renata Meira; LAPA, Cristiane Yunes. Tratamento de Rânula com marsupialização: Relato de Caso. **Rev de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.18, n.1, p. 83-86, 2006.
5. GIL, José Nazareno; RAU, Levy Hermes; MANFRO, Rafael; LEITE, Vanessa Vieira. Marsupialização de Rânula-apresentação de caso clínico. **Rev Portuguesa de Estomatologia, medicina-dentária e cirurgia maxilo-facial**, v.42, n.2, 2001.
6. HENRICH, Debóra; SILVA, Joraci Teixeira da. **Lesões de glândulas salivares não neoplásicas: análise dos casos avaliadores pelo serviço de diagnóstico histo-patológico de lesões bucais da UNIVALI**. 2009, 33 pág: Monografia (Graduação em Odontologia) – Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, 2009.
7. LEAL, Rosana Maria; BRAULIO, Izabella Torres. Marsupialização em rânula: relato de caso clínico. **Arq Brasileiro de Odontologia**, Minas Gerais, v.12, n.1, p.15-20, 2014.
8. MARQUES, Maria Inês; MORAIS, Sofia; COUTINHO, Sílvia; CASTRO, Ochoa de; REU, Ana Isabel. Rânula Congénita. **Acta Med Port**, Coimbra, v.23, p. 937-940, 2010.
9. NEVILLE, Brad W; DAMM, Douglas D; ALLEN, Carl M, BOUQUOT, Jerry E. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2009.

10. PIPA, Camila Barbosa; VIEIRA, Rúbia da Rocha; SOARES, Gláucia Resende; CRIVELINI, Marcelo Macedo; BLASOLI, Éder Ricardo; MIYAHARA, Glauco Issamu. Rânula: considerações clínicas e tratamento. **XI Encontro de Estomatologia Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP**, 2012.
11. REGEZI, Joseph A; SCIUBBA, James J; JORDAN, Richard CK. **Patologia oral: correlações clínicopatológicas**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008.
12. RIOS, Livia Teresa Moreira; ARAUJO JUNIOR, Edwar; NARDOZZA, Luciano Marcondes Machado; MORON, Antônio Fernandes; MARTINS, Marília da Glória. Rânula congênita: diagnóstico ultrassonográfico antenatal. **Radiol. Bras.**, São Paulo, v.45, n.5, p. 300-301, 2012.
13. SOUZA, Ricardo Pires de; PAES JUNIOR, Ademar José de Oliveira; VOLPATO, Richard. O Espaço Sublingual. **Radiol. Bras.**, São Paulo, v.36, n.1, p. 35-40, 2003.
14. STUANI, Adriana Sasso; STUANI, Andréa Sasso; SILVA, Francisco Wanderley Garcia de Paula e; BORSATTO, Maria Cristina; QUEIROZ, Alexandra Mussolino de. Tratamento de rânula bucal por meio da técnica de micromarsupialização: relato de caso. **Rev UNINGÁ**, Maringá, n.15, p. 69-75, jan./mar., 2008.
15. WANDERLEY, Flávia Godinho Costa; ZERBINATI, Livia Prates Soares; REIS, Sílvia Regina de Almeida; MEDRADO, Alena Ribeiro Alves Peixoto. Estudo retrospectivo da prevalência de fenômeno de retenção e extravasamento de muco – correlação clínico-histopatológica. **RFO**, Passo Fundo, v.18, n.3, p. 307-311, set./dez., 2013.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ANTÔNIO CÉSAR DOURADO SOUZA

ENDEREÇO: RUA 02 QUADRA 07 S/N JARDIM DOS IPÊS

CEP: 77500-000

– PORTO NACIONAL - TO

FONE: (63) 98400 1235

E-MAIL: ACDSTO@GMAIL.COM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr (a). está sendo consultado (a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais e por imagem e lâminas histológicas de seu caso clínico/cirúrgico que se encontram em sua ficha de prontuário odontológico para apresentação do mesmo como Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Odontologia na FAPAC/ITPAC e publicação do caso em revista científica como “Relato de caso”. Nosso objetivo é discutir as características de sua patologia em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença e metodologia de diagnóstico.

A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelos acadêmicos e professores cirurgiões-dentistas assistentes. Os acadêmicos e professores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação

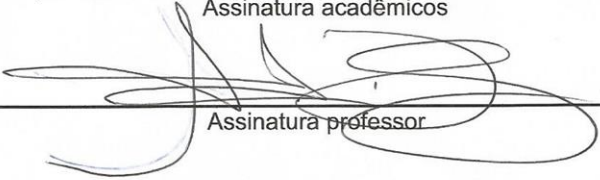
não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a). não será identificado (a) em nenhuma publicação.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (a) Sr (a).

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.

Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Porto Nacional, 10 de agosto de 2017.

_____	Assinatura participante	<u>10/08/17</u> Data
<u>Gláucia Marally Batista de Souza</u>	Assinatura acadêmicos	<u>10/08/17</u> Data
<u>Brunna Raposo Teixeira</u>	Assinatura acadêmicos	<u>10/08/17</u> Data
	Assinatura professor	<u>10/08/17</u> Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste trabalho, você poderá consultar o professor Antônio César Dourado Souza pelo telefone (63) 98400 1235 ou no endereço da Instituição, situada na Rua 02 Quadra 07 S/N, Jardim dos Ipês.

ANEXO 2 – LAUDO EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA

CLÍNICA DE IMAGEM

(SERVIÇO DE ULTRA-SONOGRAFIA, RADIOLOGIA E ENDOSCOPIA)

Nome : Exame : U1701810
Dr. : Eduardo F. Marques Data : 22/08/17

Idade: Sexo: Feminino Um.: Gesta: Para: Ab.:
Hosp/Clinica : CONSULTÓRIO
Ap. Utilizado: Ex. realizado com sonda linear multifrequencial.
Convênio.....: CORTESIA
Exame.....: ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES

Realizado rastreamento ecográfico de partes moles da região submentoniana, que evidenciou:

- Pequena formação cística em topografia submucosa na região sublingual, paramediana à esquerda, medindo cerca de 0,9 x 0,7 cm. O cisto mantém proximidade com a porção terminal do ducto submandibular esquerdo, mas sem nítida continuidade com o mesmo, que tem calibre conservado.
- Glândulas submandibulares de dimensões e ecotextura habituais. Não foram identificadas imagens sugestivas de cálculos.
- Restante do exame sem particularidades.

Exame realizado em: 21.08.17.


Alberto Paiva de Moraes Filho
CRM-2.022

ANEXO 3 – LAUDO ANÁTOMO-PATOLÓGICO



**SÃO
LEOPOLDO
MANDIC**

LAUDO ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Nome: [REDACTED]

Nº Lab. SLM 20674

Diagnóstico Clínico: Mucosele

Idade: 18

Região: Assoalho bucal (E)

Sexo: Masculino

Recebido de: Dr. Antônio César Dourado Souza

Raça: Parda

Procedência: ITPAC PORTO

Data entrada: 20/09/17

EXAME MACROSCÓPICO

O material recebido para exame consta de 1 fragmento de tecido mole, medindo 05mm x 05mm x 04mm, formato nodular, superfície lisa, coloração acastanhada e consistência borrachoide.

EXAME MICROSCÓPICO

Os cortes histológicos revelam fragmento de mucosa revestida parcialmente por tecido epitelial pavimentoso estratificado paraqueratinizado.

Na lâmina própria, observa-se tecido de granulação permeando muco extravasado bem como por hemácias e moderado infiltrado inflamatório mononuclear.

DIAGNÓSTICO:

Assoalho bucal: Rânula.

Prof. Dr. Victor Angelo Martins Montalli
CRO SP: 96129

O presente laudo é uma análise interpretativa com aspectos subjetivos, sendo consequência da correlação dos dados clínicos, laboratoriais e morfológicos.

Os diagnósticos podem variar na dependência do patologista examinador, das informações contidas na requisição do exame, do emprego de técnicas especiais e da evolução dos conhecimentos científicos. Qualquer discordância frente ao laudo deverá imediatamente ser comunicada ao laboratório, postergando-se medidas terapêuticas até que o caso seja revisado.

O Laboratório está à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida.

