

RÂNULA: TÉCNICA DE MARSUPIALIZAÇÃO. RELATO DE CASO CLÍNICO

RANULA: TECHNIQUE MARSUPIALIZATION. CASE REPORT

Suzy Elaine Nobre de FREITAS¹
Cristiane Fumiko FURUSE²
Eder Ricardo BIAZOLLA³
Josias ANDRADE SOBRINHO⁴

RESUMO

As glândulas salivares podem ser acometidas por diversos processos patológicos, entre as lesões benignas estão os fenômenos de retenção salivar. Mucocele e rânula (especificamente localizada em soalho de boca), são fenômenos de extravasamento de muco que afetam glândulas salivares devido à má formação ou ruptura de ductos das glândulas, alterando o fluxo salivar normal e conduzindo seu depósito nos tecidos adjacentes. As duas causas principais para o aparecimento da rânula são o trauma e a obstrução dos ductos das glândulas pela formação de sialólitos. O tratamento é cirúrgico, variando da marsupialização, remoção definitiva de lesão, além de outras técnicas de descompressão. Neste trabalho, os autores apresentam um caso de rânula tratado pela técnica de marsupialização.

UNITERMOS: Rânula; marsupialização.

INTRODUÇÃO

As glândulas salivares podem ser acometidas por diversos processos patológicos, sejam eles de caráter inflamatório (de natureza viral ou bacteriana), alérgico (sialadenite alérgica), neoplásico (lesões benignas ou malignas), auto-imune (Síndrome de Sjogren), cístico (dermóide) ou genético (fibrose cística). De acordo com o tipo de afecção, a incidência será maior ou menor em um grupo determinado de glândulas salivares (BEZERRA et al.,¹ 1999).

Entre as lesões benignas que acometem a cavidade oral, estão os fenômenos de retenção salivar, os quais se apresentam como lesões que envolvem as glândulas salivares e seus respectivos ductos, podendo apresentar-se, clinicamente como mucocele ou rânula (DELBEM et al.,⁴ 2001). Essas lesões são semelhantes, sendo a rânula de localização especificamente em assoalho de boca (CASTRO,³ 1995).

Desde a época de Hipócrates, rânula tem sido definida como um edema no assoalho bucal, semelhante a uma lesão cística (MANDEL,⁸ 1996). O nome é derivado do latim *rana*, que significa "rã", sendo que a tumefação da lesão lembra o aspecto

translúcido do ventre da rã (NEVILLE et al.,¹⁰ 1998).

Normalmente, apresenta-se como uma lesão de coloração translúcida com mucosa suprajacente normal, porém atinge glândulas superficiais. Pode ter aspecto azulado devido à fina camada mucosa, enquanto que lesões profundas não alteram a coloração superficial (SHAFER et al.,¹³ 1987).

Quanto à etiopatogenia da lesão, de acordo com a descrição dos autores (SHAFER et al.,¹³ 1987; SHEAR,¹⁴ 1999; REGEZI e SCIUBBA,¹² 2000) as duas principais causas para o aparecimento da rânula são o trauma e a obstrução do ducto pela formação de sialólitos. O trauma é a causa mais observada, resultando num rompimento do ducto da glândula salivar e conseqüente extravasamento do muco para o tecido conjuntivo adjacente (FAGUNDES et al.,⁵ 1999).

O tratamento é cirúrgico variando desde a marsupialização até a excisão definitiva da lesão, além de outras técnicas de descompressão, como a micromarsupialização (GOSSET et al.,⁶ 1999). Segundo LIMA et al.,⁷ 2002, lesões assintomáticas podem ser acompanhadas devido à possibilidade de remissão espontânea, dependendo da colaboração e consentimento do paciente. Neste

1 - Mestranda no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, São Paulo - SP.

2 - Aluna de Pós-Graduação, nível Doutorado, área de concentração Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

3 - Prof. Dr. Adjunto da Disciplina de Patologia e Propedêutica Clínica – FOA - Unesp.

4 - Docente do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, São Paulo - SP.

trabalho, os autores apresentam um caso de rânula tratado através da técnica de marsupialização.

RELATO DO CASO

Paciente CCO, 20 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, compareceu ao Centro de Oncologia Bucal, Unidade Auxiliar da Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba – UNESP, em julho de 2003.

Apresentava como queixa principal o aparecimento de “uma bolha embaixo da língua”, interferindo na fonação e função mastigatória. De acordo com a paciente a lesão surgiu há aproximadamente 3 semanas, tendo inicialmente procurado auxílio médico que a encaminhou para este Centro.

Ao exame clínico extra-oral, não foi detectada nenhuma alteração digna de nota. Ao intra-oral, observou-se aumento volumétrico em assoalho de boca, estendendo-se desde a região da carúncula sublingual até a região de molares, do lado esquerdo, apresentando superfície lisa, coloração azulada, flácida à palpação, indolor e não sangrante (Figura 1). De acordo com as características clínicas observadas, o diagnóstico clínico foi de rânula.

Frente ao diagnóstico, optou-se pelo tratamento cirúrgico conservador, através da técnica da marsupialização. A técnica consiste na remoção do teto da lesão, permitindo que o ducto da glândula sublingual restabeleça a comunicação com a cavidade oral.

Sob anestesia local, inicialmente passou-se um fio de sutura na superfície da lesão (com cuidado para não rompê-la) (Figura 2). Com lâmina de bisturi número 15 (para esta incisão pode-se utilizar uma tesoura), excisou-se uma porção da mucosa oral junto com a parede superior da lesão, verificando-se a saída de um conteúdo muco-seroso de coloração branco-amarelado, homogêneo, semelhante à clara de ovo (Figuras 3, 4 e 5). Posteriormente, posteriormente o revestimento da glândula foi suturado a mucosa oral do assoalho da boca e deixado cicatrizar por segunda intenção (Figura 6 e 7), permitindo que o ducto da glândula sublingual restabeleça a comunicação com a cavidade oral.

Na Figura 8 observar-se o pós-operatório de 7 dias e, na Figura 9 o de 6 meses, mostrando o sucesso da técnica no caso apresentado.



FIGURA 1 – Aspecto clínico inicial

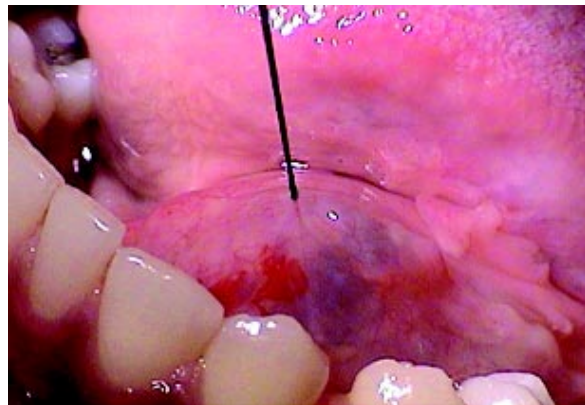


FIGURA 2 – Passagem do fio de sutura



FIGURA 3 – Excisão da parede superior da lesão



FIGURA 4 - Aspiração do conteúdo muco-seroso



FIGURA 5 – Aspecto após remoção do teto da lesão



FIGURA 6 – Sutura das bordas da lesão



FIGURA 7 – Sutura das bordas da lesão



FIGURA 8 – Pós-operatório de 7 dias

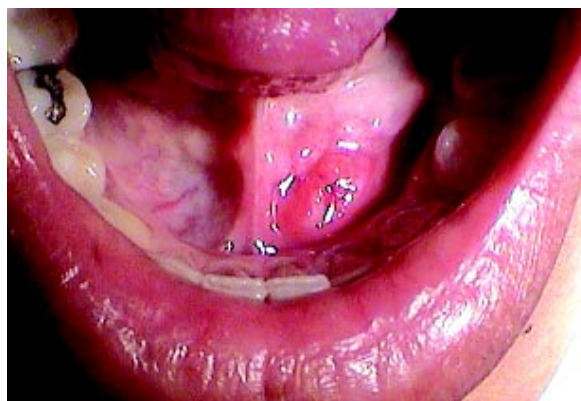


FIGURA 9 – Pós-operatório de 75 dias, evidenciando regressão total da lesão

DISCUSSÃO

As características clínicas do caso relatado coincidem com as descritas na literatura (SHAFER et al.,¹³ 1987; REGEZI e SCIUBBA,¹² 2000; MANDEL,⁸ 1996).

Quanto ao tratamento a maioria dos autores sugerem a retirada da rânula combinada à excisão da glândula como procedimento mais eficaz e com menor possibilidade de recorrência (MORTON e BARTLEY,⁹ 1995; YOSHIMURA et al.,¹⁷ 1995; CANTISANO et al.,² 1999). No entanto, BEZERRA et al.¹ (1999), relatam que a idade do paciente, seu estado de saúde geral devem ser levados em consideração, quando da indicação da modalidade terapêutica a ser empregada, sugerindo que pacientes jovens podem ser tratados através da marsupialização.

A marsupialização é considerada, por alguns autores, uma conduta cirúrgica simples e mais adequada para o tratamento da rânula desde 1960 (THOMA e GOLDMAN,¹⁶ 1960; SHIRA,¹⁵ 1962).

Para PETERSON¹¹ (2000) o tratamento usual da rânula é a marsupialização e em casos de rânulas recorrentes ou persistentes o tratamento de escolha deve ser a excisão da rânula e da glândula sublingual.

No caso relatado optou-se pela realização da marsupialização como procedimento cirúrgico menos radical, sendo de simples realização e pouco traumático. Chama-se atenção do cirurgião dentista para a importância fundamental do acompanhamento periódico do paciente após o tratamento.

CONCLUSÃO

A técnica da marsupialização no tratamento das rânulas é uma alternativa a ser considerada por ser um procedimento de simples realização e pouco traumático, bem como por apresentar prognóstico favorável, quando bem indicada.

ABSTRACT

The glands salivary can be attacked by several pathological processes, among the benign lesions are the retention phenomena to salivary. Mucocele and ranula (specifically located in mouth floor), are mucous extravasation phenomena that affect salivary glands due to malformation or rupture of gland ducts, altering the normal salivary flow and leading to its deposit in the adjacent tissues. The two principal causes for the appearance of the ranula are the trauma and the obstruction of gland ducts for the sialolith formation. The treatment is surgical, varying from the marsupialization, to the definitive removal of lesion, besides other decompression techniques. This work, the authors present a case of ranula treated through the technique of the marsupialization.

UNITERMS: *Ranula; marsupialization.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BEZERRA, A. R.; SAMPAIO, R. K. P. L.; CÂMARA, K. Rânula: aspectos clínicos e histopatológicos de 15 casos. **Rev Bras Odontol**, v. 56, n. 6, p. 298-302, nov.-dez. 1999.
- 2 - CANTISSANO, M. H.; CASTRO, M. L.; CASTRO, A. L. Rânula enfoque clínico. **Rev Reg Araçatuba Assoc Paul Cir Dent**, n. 19/20, p. 34-37, 1999.
- 3 - CASTRO, A. L. **Estomatologia**. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1995. p.152-154.
- 4 - DELBEM, A. C. B. et al. Tratamento de fenômenos de retenção salivar em crianças pela técnica de micromarsupialização. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 55, n. 1, p. 51-54, jan.-fev.2001.
- 5 - FAGUNDES, D. M. et al. Rânula: relato de caso clínico. **Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia**, n. 19, p. 80-84, jul.-dez. 1999.
- 6 - GOSSET, J. D. et al. Sudden sublingual and submandibular swelling. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 57, n. 11, p. 1353-1356, Nov. 1999.
- 7 - LIMA, L. M. et al. Mucous extravasation phenomena in babies. **Braz J Oral Sci**, v. 1, p. 92-94, 2002.
- 8 - MANDEL, L. Ranula, or, what's in a name? **N Y State Dent J**, v. 62, n. 1, p. 37-39, jan.1996.
- 9 - MORTON, R. P.; BARTLEY, J. R. Simple sublingual ranulas: pathogenesis and management. **J Otolaryngol**, v. 24, n. 11, p. 253-254, Aug.1995.
- 10 - NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral & maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 11, p. 315-317.
- 11 - PETERSON, L. J. (Ed.) **Cirurgia oral e maxilofacial facial contemporânea**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 772p.
- 12 - REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. I. **Patologia bucal: correlações clínico patológicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 8, p. 199-201.
- 13 - SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de patologia bucal**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 837p.
- 14 - SHEAR, M. **Cistos da região buco-maxilofacial**. diagnóstico e tratamento. 3 ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999. 275p.
- 15 - SHIRA, R. B. Simplified technic for the management of mucoceles and ranulas. **J Oral Surg Anesth Hosp Dent Serv**, v. 20, p. 374-379, Sep.1962.
- 16 - THOMA, K. H.; GOLDMAN, H. M. **Oral Pathology**. 5thed. St. Louis: Mosby, 1960. p.1173.
- 17 - YOSHIMURA, Y. et al. A comparasion for three methods used for tratament of ranula. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 53, n. 3, p. 280-282, Mar. 1995.

Endereço para correspondência:

Suzy Elaine Nobre de Freitas
 Centro de Oncologia Bucal
 Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP
 Rua José Bonifácio, 1193 CEP: 16015-050
 Araçatuba-SP

Recebido para publicar em 27/02/2004
 Enviado para análise em 28/02/2004
 Aprovado para publicação em 29/04/2004