

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Facultad de Estomatología de La Habana

Servicio de Cirugía Maxilofacial

RÁNULA DEL SUELO DE LA BOCA.

A PROPÓSITO DE UN CASO

*Dra. Marlene Leyva Pérez. Calle 33 núm. 1461. Apto. 15 entre 26 y 28. Nuevo Vedado. Plaza. Ciudad de La Habana. Teléfono: 831 2849. marlenlp@infomed.sld.cu

**Dr. José Antonio Lahera Valdés. Calle 124 núm. 6903 entre 69 y 71, Marianao. Ciudad de La Habana. Teléfono: 2678695. jose.lahera@infomed.sld.cu

***Dra. Dayana Díaz Díaz. Bruzón núm. 168. Apto.18 entre Montoto y Pozos Dulces. Plaza. Ciudad de La Habana. Teléfono: 8785953

****Dr. Oviedo Pérez Pérez. Calle 3ra. núm. 17015 entre A y B, Altahabana. Ciudad de La Habana. Teléfono 44 61 11 oviedoperez@infomed.sld.cu

*Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor.

**Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor

***Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor

****Especialista Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor.

RESUMEN

La ránula del suelo de la boca es una entidad de poca frecuencia, de etiología controvertida; más frecuente en niños y adolescentes y con características clínicas propias, que la diferencian de otras entidades de la boca. Se presenta un caso que fue atendido en nuestro Servicio con buenos resultados por el método de marsupialización.

Se realizan comentarios acerca de la frecuencia de aparición de esta lesión, sus características clínicas, su diagnóstico y diferentes modalidades de tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Ránula sublingual, tumor, glándulas salivales.

INTRODUCCIÓN

La ránula sublingual es un tumor de glándulas salivales accesorias, que aparece como pseudoquiste, resultante de la acumulación de saliva en el tejido conjuntivo, con motivo de la degeneración del tejido salival, según Dechaume.¹ Clínicamente, la ránula es unilateral, ovoide, situada entre la lengua y el maxilar inferior, puede alcanzar gran volumen, es transparente y violácea. Según Santana Garay,² es de consistencia blanda y puede alcanzar de 2 a 5 cm de diámetro; a la palpación muestra su contenido líquido sin gran presión; puede ser ocasionalmente bilateral; es asintomática, pero cuando alcanza un tamaño considerable puede interferir en el habla y la alimentación. Al romperse, deja escapar un líquido seromucoso aunque de ocurrir se formaría nuevamente. El diagnóstico clínico resulta siempre evidente y no es necesario realizar técnicas de imágenes. Ciertas formas pueden atravesar el músculo milohioideo y llegar a ser palpables en la región suprahioidea. Constituye un tipo quístico raro, por lo general congénito, que se encuentra tapizado por un epitelio cúbico o cilíndrico, que parece tener su origen en restos embrionarios o en la parte más profunda de la glándula sublingual, por lo que el diagnóstico es muy difícil.

Al examen histopatológico impresionan sus paredes por su delicada consistencia; en la superficie están unidas a la mucosa del suelo de la boca, de la cual es muy difícil separar; el examen microscópico demuestra que está formada por una fina pared de tejido conjuntivo fibroso comprimido, con algunos elementos de tejido de granulación;

cuando se forma a expensas de un conducto dilatado, pueden observarse restos de éste en un tapizado epitelial.

Se diferencia del angioma por ser más firme; los quistes dermoides tienen una consistencia pastosa y son más frecuentes en la línea media; los lipomas son más firmes, los quistes del conducto submaxilar, generalmente, provocan tumefacción de la glándula, se desarrollan más rápidamente que la ránkula y provocan dolor y tumefacción.

Está claro que el tratamiento para la ránkula es quirúrgico y a pesar de que se han realizado diferentes técnicas, la exéresis de la ránkula se hace muy difícil teniendo en cuenta las delgadas paredes que tiene; no es justificable eliminar una mayor cantidad de tejido vecino, y la experiencia histórica indica que el mejor tratamiento es la marsupialización:³

El pronóstico es magnífico y se descarta la posibilidad de ser una lesión preneoplásica.

Presentación del caso

Se trata de una paciente femenina, blanca, de 14 años de edad, con antecedentes de buena salud anterior, quien acude a consulta por presentar aumento de volumen en el lado izquierdo del piso de la boca, de más de 5 cm, aspecto azul-violáceo, indoloro, de consistencia blanda; que nos sugiere el diagnóstico clínico de ránkula sublingual.

Se realizan análisis complementarios de Hematología, con valores normales y se decide su tratamiento quirúrgico.

Con el paciente sentado en el sillón quirúrgico se realiza la antisepsia extra e intraoral, se aísla el campo operatorio, y se realiza anestesia de la zona mediante el bloqueo bilateral del nervio lingual.

Se utiliza la técnica de Partsch, o marsupialización, consistente en la extirpación de la pared superior de la ránkula, y la sutura de la membrana quística a la mucosa del suelo de la boca para hacer que continúe con la cavidad bucal.

La evolución de la paciente resultó libre de complicaciones, con buena cicatrización y tras un año de evolución no ha aparecido recidiva de la lesión.

COMENTARIOS

Para la realización de la técnica quirúrgica, Kruger³ realiza la sutura del suelo de la boca al epitelio quístico antes de la escisión del techo de la ránula, y enuncia que es posible remover una pequeña porción de la pared superior, aspirar el contenido, contornear la cavidad y llenarla con gasa estéril; igualmente, algunas ránulas pueden tener origen más profundo y puede ser necesario remover la glándula sublingual asociada.

Se reporta por Zhao⁴⁻⁵ la recurrencia de la lesión, déficit sensorial de la lengua, daños al conducto de Wharton, así como hematomas, infecciones y dehiscencias de herida quirúrgica.

El índice de recurrencia de las ránulas no está relacionado con los patrones de tumefacción ni de acceso quirúrgico, pero, sí está íntimamente relacionado con los procedimientos quirúrgicos.⁶ Morita⁷ considera que si las lesiones de la glándula sublingual son pseudoquistes es razonable su escisión, pero en aquéllas de tamaño menor de 2 cm, y localización superficial, es conveniente y práctico realizar la marsupialización como técnica quirúrgica. En nuestra práctica, la realizamos con muy buenos resultados, como se expone en el caso que presentamos.

Los tratamientos con el uso de las nuevas tecnologías han aportado elementos muy importantes relacionados con la calidad de éstos, para que sean más efectivos y rápidos, y con una mejor evolución para el paciente. Actualmente, se invoca la realización de la técnica de marsupialización mediante radiación láser de CO² con rayo a modo continuo con 4 watts de potencia,⁸ con magníficos resultados tanto intraoperatorios, como en la evolución postoperatoria; así, el paciente tiene un

postoperatorio magnífico y, al no colocar sutura, se evita las molestias propias de su remoción.

El tratamiento quirúrgico lógico está basado en la patogenia y la anatomía patológica de la lesión,⁹ y un enfoque dogmático del tratamiento de esta entidad no está justificado, porque es necesario individualizar el diagnóstico y plan de tratamiento de cada caso, para el logro de buenos resultados.

ABSTRACT

The ranula of the bottom of the mouth is not frequent and has a controversial etiology. It is more frequently found in children and adolescents with their own clinic characteristics that differentiate them from other entities of the mouth. A case was treated in our clinic with good results using the method of marsupialization. Frequency of the lesion, diagnosis, clinic characteristics and different surgery treatments are commented.

Key words: Sublingual ranula, tumor, salival glands.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Dechaume M, Grellet M, Laudenbach P, Payen J. Estomatología. 1ra ed. La Habana: Edición Revolucionaria; 1985, p.316-17.
- 2 Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985, p. 264-5.
- 3 Kruger GO. Cirugía Bucomaxilofacial. 5ta ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985, p.235.

4 Zhao YF, Jia J, Jia Y. Complications associated with surgical management of ranulas. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005 Jan; 63(1):51-4.

5 Zhao YF, Jia Y, Chen XM, Zhang WF. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 Sep; 98(3):281-7.

6 Matsuzaka K, Shibahara T, Murakami S, Lee DH, Shimono M, Inoue T. Acinic cell carcinoma found by recurrence of a mucous cyst in the sublingual gland. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2004 May;45(2):95-8.

7 Morita Y, Sato K, Kawana M, Takahasi S, Ikarashi F. Treatment of ranula excision of the sublingual gland versus marsupialization. *Auris Nasus Larynx.* 2003 Aug;30(3):311-4.

8 Noccoli-Filho W, Morosolli AR. Surgical treatment of ranula with carbon dioxide laser radiation. *Lasers Med Sci.* 2004; 19(1):12-4.

9 Raspall G. Cirugía Maxilofacial. Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. 1ra ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1997, p. 445.



Figura 1: Aspecto clínico del caso preoperatorio.

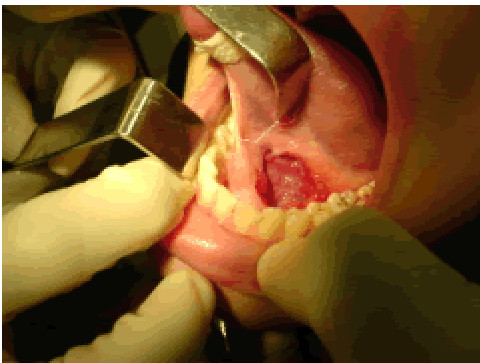


Figura 2: Eliminación de la pared superior de la ránula con la técnica de marsupialización.



Figura 3: Sutura finalizada de la mucosa del suelo de la boca al epitelio

quístico.