

CASO CLÍNICO



TRATAMIENTO RADICAL DE RÁNULA DE PISO DE BOCA: SUBLINGÜECTOMÍA.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Kornecki, Felipe ¹; Montiel, Carolina ²; Puentes, Jesús ²; Solivellas, Juan ²

1 Cirujano Buco-Maxilo-Facial, profesor titular grado 5, Facultad de Odontología, Director de la Carrera de Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Universidad de la Republica, Montevideo, Uruguay.

2 R1 Cirugía Buco-Maxilo-Facial, Facultad de Odontología, Universidad de la Republica, Montevideo, Uruguay.

Autor de correspondencia Jesús Puentes

Correo: jesusprod@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Kornecki F, Montiel C, Puentes J, Solivellas J. Tratamiento radical de ránula de piso de boca: sublingüectomía. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. *IDEULA*. 2022;(9): 77-89.

APA: Kornecki, F., Montiel, C., Puentes, J., Solivellas, J. Tratamiento radical de ránula de piso de boca: sublingüectomía. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. *IDEULA*, (9), 77-89.

RESUMEN

La ránula es pseudoquiste que se origina por extravasación de líquido en las glándulas salivales. Su etiología es desconocida, pero ha sido asociada a trauma, obstrucción o agenesia del conducto de excreción de la glándula salival, intervenciones quirúrgicas y anomalías congénitas. El tratamiento de la ránula es quirúrgico. La extirpación de la glándula junto con la enucleación de la lesión es el tratamiento definitivo más radical y más aceptado. Se presenta a continuación un reporte de caso clínico: paciente de sexo femenino de 11 años de edad, que acude a la consulta tras confirmarse recidiva de ránula en piso de boca del lado derecho. Al examen clínico se observó una tumoración en el lado derecho del piso de boca, acompañado de tejido cicatricial. Desplaza la lengua, no cruza la línea media, indolora y del color de la mucosa. A la palpación bidigital se siente un tejido fibroso en relación a la lesión, contenido fluctuante y suave. Se realizó tratamiento quirúrgico de escisión radical de ránula y sublingüectomía bajo anestesia general e intubación nasal. La técnica descrita de remoción quirúrgica de la ránula y de la glándula sublingual aplicada se considera como una técnica de extirpación quirúrgica efectiva para el tratamiento de ránula, disminuyendo de manera importante el porcentaje de recidivas.

Palabras clave: ránula, sublingüectomía, glándula sublingual.

RADICAL TREATMENT OF FLOOR OF THE MOUTH RANULA. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Ranula is a pseudocyst of liquid extravasation in the salivary glands. Its etiology is unknown, but it has been associated with trauma, obstruction or agenesis of the excretion duct of the salivary gland, surgical interventions and congenital anomalies. Ranula treatment is surgical. Gland removal along with enucleation of the lesion is the most radical and accepted definitive treatment. A clinical case report is presented below: an 11-year-old female patient who comes to the clinic after confirming recurrence of ranula in the floor of the mouth on the right side. The clinical examination revealed a tumor on the right side of the floor of the mouth, accompanied by scar tissue. Displaces the tongue, does not cross the midline, painless and the color of the mucosa. On bidigital palpation, fibrous tissue is felt in relation to the lesion, fluctuating and soft. Surgical treatment of radical excision of the ranula and sublinguectomy was performed under general anesthesia and nasal intubation. The described technique of surgical removal of the ranula and the sublingual gland is considered an effective surgical removal technique for the treatment of ranula, significantly reducing the percentage of recurrences.

Keywords: Ranula, Sublinguectomy, sublingual gland.

INTRODUCCIÓN

La ránula se define como un pseudoquiste de extravasación de líquido en las glándulas salivales^{1, 2}. Basada en su localización, puede clasificarse en: sublingual, sublingual-submandibular o submandibular. Puede tener una presentación oral, cervical o cervical y oral, siendo más frecuente la oral. En la presentación oral se observa la tumefacción en piso de boca; en cambio, en la presentación cervical se observa como una deformación hacia el cuello. En esta situación se da una acumulación de saliva por debajo del músculo milohioideo.¹⁻³.

La ránula intraoral es más frecuente en niños y adolescentes^{1, 2}, sin embargo, puede aparecer en pacientes adultos, afectando más al sexo femenino en una proporción 1:1.4⁴. Su etiología es desconocida, pero ha sido asociada a trauma, obstrucción o agenesia del conducto de excreción de la glándula, intervenciones quirúrgicas y anomalías congénitas^{2, 5}. Su prevalencia congénica es de apenas un 0,74%⁶. Dentro de sus diagnósticos diferenciales se encuentran las malformaciones vasculares, quiste del tracto tirogloso, quiste dermoide lateral, entre otros^{2, 13}.

El diagnóstico de la ránula suele ser clínico. Además, puede apoyarse de la punción y aspiración, obteniendo así un líquido viscoso de naturaleza salival; imagenología de tipo resonancia magnética o tomografía computarizada para identificar la extensión de la lesión y así determinar el tratamiento idóneo para dicha lesión². Sin embargo, el diagnóstico definitivo es histopatológico⁷.

El tratamiento de dicha patología es quirúrgico², se han descrito varias técnicas: marsupialización simple y modificada, micromarsupialización⁸, enucleación de la lesión, extirpación de la glándula junto con enucleación de la ránula^{2, 5}. También se han descrito tratamientos no quirúrgicos tales como OK-432 (Preparación estreptocócica liofilizada en dosis de 0,1mg-0,2mg), ablación con láser, escleroterapia, crioterapia^{2,3}. Al momento de realizar un tratamiento conservador, se debe tener en cuenta la tasa de recidiva de la lesión y realizar el consentimiento informado dejando constancia de que la lesión puede reaparecer². Es por ello que la extirpación de la glándula junto con la enucleación de la lesión puede considerarse el tratamiento más efectivo³. Dentro de las complicaciones más frecuentes de esta técnica se señalan la injuria al nervio lingual, o al conducto sublingual con posible estenosis que puede conllevar a una sialoadenitis y laceración ductal. Por lo general, esta lesión tiene buen pronóstico⁸.

El siguiente reporte de caso describe el manejo clínico de forma quirúrgica radical tras recidiva de ránula en piso de boca.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino de 11 años de edad, estudiante, de ascendencia caucásica, la cual es derivada por Odontopediatría al Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Centro Hospitalario Pereira Rossell tras constatarse recidiva de ránula en

piso de boca. Al realizar la historia clínica no se encuentran particularidades a destacar del punto de vista de salud general.

En cuanto a la historia de la enfermedad, la madre de la paciente relata haber concurrido al servicio de Odontopediatría del Hospital el día 30 de abril de 2021, en donde se realizó una cirugía ambulatoria en donde se vació el contenido de la ránula. 2 meses posteriores a la intervención, la paciente acude a pediatría por la recidiva de la ránula, es derivada al Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial. Fue realizado un consentimiento informado verbal y escrito en el cual se explicaba a la madre de la paciente los procedimientos requeridos para registrar, planificar y realizar el tratamiento de la paciente, al igual que se obtuvo la autorización para la toma de fotografías intraorales concernientes para el caso y su publicación científica.

Al examen clínico se puede apreciar una tumoración en el lado derecho del piso de boca, acompañado de tejido cicatricial tras el tratamiento realizado. Dicha tumoración desplaza la lengua, no cruza la línea media, es indolora y tiene una coloración del color de la mucosa (Imagen 1.) A la palpación bidigital se siente un tejido fibroso en relación a la lesión, contenido fluctuante y suave.



Figura 1. Lesión en piso de boca. Se observa lesión tumoral fluctuante del color de la mucosa de piso de boca, ubicada del lado derecho del frenillo lingual.

Se indica una resonancia magnética de macizo facial y cuello, en donde se constata a nivel de la zona sublingual derecha, en estrecha relación con la glándula sublingual, una imagen focal de alta señal en STIR, hipointensa, en relación a la ránula ya conocida (imagen 2).

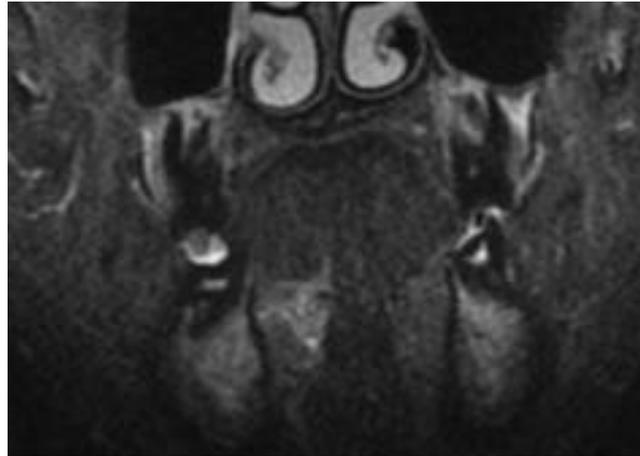


Figura 2. Resonancia magnética de macizo facial y cuello. Se observa imagen hipodensa confirmatoria en la zona donde se encuentra la lesión

El día 28 de octubre de 2021, se coordinó la cirugía bajo anestesia general e intubación nasal de escisión de la ránula y sublinguectomía. En la misma se realizó campo externo con clorhexidina, colocación de campos, packing faríngeo, campo interno con solución fisiológica. Se realizó un punto de sutura en punta de lengua con seda 00 para poder movilizarla y se marcó la lesión con lápiz dermográfico. (Imagen 3. y 4.)



Figura 3: marcación del campo operatorio

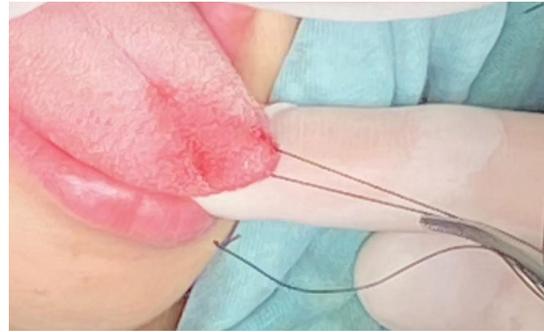


Figura 4: aplicación de sutura 00 para lengua.

Se hizo una incisión sobre la lesión, con una pinza de Allis se sujetó la lesión y posteriormente se realizó la disección roma con tijeras, se disecó el nervio lingual y el conducto glandular con sonda Nelaton. Finalmente, se eliminaron las glándulas salivales menores. (Imagen 5. Y 6.)



Figura 5: incisión sobre la lesión.



Figura 6: aplicación de sonda Nelaton.

Se suturó con sutura absorbible 0000. Se realizó la limpieza de la herida con solución fisiológica, se retiró el punto de sutura en punta de la lengua y se retiró el packing faríngeo (Imagen 7).



Figura 7: sutura con sutura absorbible 0000.

Se realizaron controles postquirúrgicos a la semana y a las 3 semanas, en donde se constata una buena evolución, y correcta cicatrización, sin recidivas hasta el momento.



Figura 8: control postoperatorio a las 3 semanas. Se observa buena cicatrización sin rastros de recidiva.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la ránula debe estar basado en el examen clínico; se debe sospechar frente a una tumoración fluctuante de consistencia blanda en donde no se observen signos de inflamación aguda y no existan síntomas de dolor⁹. Por otra parte, los pacientes pueden referir dificultad para deglutir, masticar, hablar o presentar trismo. Si todo lo descrito coincide con antecedentes de haber sido tratado por intervenciones de piso de boca, glándulas sublinguales, ránula intraoral, abscesos, extracciones dentarias, entre otras causas, el diagnóstico se ve fuertemente respaldado; aunque algunos autores reportan la presencia cervical aislada de ránula^{2, 5, 10, 11}.

El estudio más sensible que existe para evaluar la glándula sublingual es la resonancia magnética; el gran contenido de saliva que tiene la ránula determina su apariencia, mostrando una alta densidad de T2 y una baja densidad en T1^{7, 12-14}, lo que concuerda con lo realizado en el presente caso clínico.

Aunque existen diversos tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos para la ránula, el clínico procederá según su criterio y experiencia. Sin embargo, deberá basarse en la remoción de la fuente de producción de saliva para así evitar la recidiva de dicha condición^{1-4, 15}.

En este caso se utilizó una vía de abordaje intraoral que permitió realizar la eliminación de las glándulas salivales que originaron la lesión de manera simple y limpia, teniendo cuidado de no lesionar estructuras anatómicas importantes y dando como resultado la eliminación de la lesión sin recidivas hasta la fecha como se había dado con los intentos de tratamientos conservadores realizados anteriormente²⁻⁶. Esto a contraparte de lo expresado por Packiri et al² y Rojas et al³ donde expresaban que el tratamiento reportado con mayor frecuencia fue la marsupialización, la cual según la evidencia presentada muestra un porcentaje de recidiva que, aunque bajo, está presente.

La remoción quirúrgica de la ránula y de la glándula sublingual presenta el menor porcentaje de recidiva (1%), lo que convierte dicha técnica en la más efectiva, aunque presenta desventajas tales como ser muy invasiva y riesgo de daño a estructuras anatómicas cercanas, como lo advierten algunos autores^{2,3}. Sin embargo, hasta el momento sigue existiendo controversia, por lo que se requieren más investigaciones para solventarse.

CONCLUSIONES

La técnica descrita de remoción quirúrgica de la ránula y de la glándula sublingual aplicada se considera como una técnica de extirpación quirúrgica efectiva para el tratamiento de ránula, disminuyendo de manera importante el porcentaje de recidivas. Además, se debe tomar en cuenta el manejo del paciente bajo anestesia general, lo cual permite la colaboración del paciente durante

el manejo de la lesión. Se requiere de experiencia y conocimiento anatómico quirúrgico para desempeñar un correcto diagnóstico, al igual que el tratamiento adecuado de acuerdo al caso particular para así obtener éxito en el tratamiento de ránulas intraorales.

REFERENCIAS

1. Guzmán-Letelier M, Crisosto-Jara C, Reyes-Marislaoc B. Marsupialización modificada de ránula gigante intraoral: reporte de caso. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016;9(3):217-221
2. Packiri S, Gurunathan D, Selvarasu K. Management of Paediatric Oral Ranula: a systematic review. *J Clinical and Diagnostic Research*. 2017; 11(9): ZE06-ZE09. Doi: 10.7860/JCDR/2017/28498.10622
3. Rojas Jiménez D, Porras Fernández I, Zamora Arce D. Ránula, alternativas de tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico. *Int. J. Dental Sc.,18 Special Clinical Issue*: 2016;15-28.
4. Yang Y, Hong K. Surgical results of the intraoral approach for plunging ranula. *Acta Otolaryngol (Stockh)*. 2014;134(2):201-05.
5. Kumbul Y, Okur N, Metin I. A Giant Diving Ranula Extending to the Skull Base in Pediatric Age The Journal of Craniofacial Surgery. 2021; 32(5)
6. Mun SJ, Choi HG, Kim H, Park JH, Jung YH, Sung M-W, et al. Ductal variation of the sublingual gland: a predisposing factor for ranula formation. *Head Neck*. 2014;36(4):540-44
7. Quick CA, Lowell SH, Ranula and the sublingual gland. *Arch Otolaryngol*. 1977; 103: 397-400
8. Sigismund PE, Bozzato A, Schumann M, Koch M, Iro H, Zenk J. Management of Ranula: 9 years clinical experience in pediatric and adult patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013; 71(3): 538-44.
9. Horvat Aleksijević L, Prpić J, Muhvić Urek M, Pezelj-Ribarić S, Ivančić-Jokić N, Peršić Bukmir R, Aleksijević M, Glažar I. Oral mucosa lesions in childhood. *Dent J (Basel)*. 2022 Nov 9;10(11):214. doi: 10.3390/dj10110214.

10. Bezerra Silva DF, de Vasconcelos Neves G, Queiroga de Moura R, Gonçalves de Carvalho SH, Vieira Pereira J, Queiroga de Castro Gomez D. Modified Marsupialization as Treatment of Ranula in a Pediatric Patient. *J Craniofac Surg.* 2020; 31(3): e230-e232. Doi: 10.1097/SCS.0000000000006114
11. Zequeira- Peña J, Merino López C, Pila-Pérez R, Pila-Pe-láez R, Pila-Peláez M. Plunging ránula. A propósito de dos casos y revisión de algunos aspectos. *Archivo Médico de Camagüey.* 2003; 7
12. Takimoto T. Radiographic technique for preoperative diagnosis of plunging ranula. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 1991; 49 (6): 659.
13. Shelley MJ, Yeung KH, Bowley NB, Sneddon KJ. A rare case of an extensive plunging ranula: discussion of imaging, diagnosis, and management. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics.* 2002; 93: 743-746.
14. Hüseyin Y, Hamdi A, Ziya C, Kayhan Ö, Hatice T. Bilateral ranula in an elderly patient: A case report. *KBB-Forum.* 2006; 5 (1): 41-43
15. Bachesk AB, Bin LR, Iwaki IV, Iwaki Filho L. Ranula in children: Retrospective study of 25 years and literature review of the plunging variable. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2021;148:110810. doi: 10.1016/j.ijporl.2021.110810