

HOSPITAL UNIVERSITARIO
PLACETAS, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

RÁNULA SUBLINGUAL: PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

Dra. Carmen Julia Cabello Valladares¹, Dr. Karel García Orozco² y Dr. Joaquín Antonio Pérez Enríquez³

1. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario. Placetas, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Clínica Dental Sur. Placetas, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Hospital Universitario. Placetas, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

RANULA/cirugía
GLANDULAS SALIVALES /lesiones

Subject headings:

RANULA /surgery
SALIVARY GLANDS /injuries

La ránula es una formación quística degenerativa de las glándulas salivales accesorias que aparece como pseudoquiste y se produce por la acumulación de saliva en el tejido conjuntivo, a causa de la degeneración del tejido salival¹⁻². Desde el punto de vista clínico, la ránula es unilateral, ovoide, situada entre la lengua y el maxilar inferior, por lo general en uno de los lados del frenillo; puede alcanzar de 2 a 5 cm de diámetro, es transparente y violácea³, de consistencia blanda; 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 si esto ocurre 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 en este caso es muy difícil el diagnóstico⁴. Al realizar el 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 este 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 ránula y provocan dolor y tumefacción.

El tratamiento para la ránula es quirúrgico, y a pesar de que se han realizado diferentes técnicas, su exéresis se hace muy difícil teniendo en cuenta las delgadas paredes que posee; no es justificable eliminar una mayor cantidad de tejido vecino, y la experiencia indica que el mejor tratamiento es la técnica de marsupialización⁵. El pronóstico es magnífico y no existe posibilidad de que constituya una lesión preneoplásica.

Presentación del paciente

Paciente masculino, de piel negra, con 18 años de edad y antecedentes de salud; refiere que hace más o menos un año se notó "una pelotita debajo de la lengua" (Figs 1,2), por lo que fue operado en dos ocasiones sin resultado satisfactorio. Ahora acude a la consulta de Otorrinolaringología porque presenta dificultad para la masticación de los alimentos y para deglutir, por lo que se decide su ingreso para realizar tratamiento quirúrgico.



Fig 1 Aspecto clínico del paciente en el preoperatorio.



Fig 2 Obsérvese la ubicación y tamaño de la ránula.

No refiere antecedentes patológicos personales ni familiares.

Se realiza el examen físico, cuyos resultados fueron los siguientes:

Rinoscopia anterior: Normal.

Orofaringoscopia: Se observa un tumor en el piso de la lengua de consistencia blanda, renitente, de color violáceo de 3 cm aproximadamente.

Otoscopia: Normal.

Examen de cuello: Dolor a la palpación en la región anterior del cuello por debajo del ángulo de la mandíbula.

Hemograma: Normal.

Para la realización de la técnica quirúrgica, se realiza la sutura del suelo de la boca al epitelio quístico antes de la insición del techo de la ránula, y se afirma que es posible remover una pequeña porción de la pared superior, aspirar el contenido, contornear la cavidad y llenarla con gasa estéril; fue necesario realizar exéresis de la glándula sublingual de un lado por su proximidad a las paredes de la ránula.

En el paciente que presentamos no existieron complicaciones asociadas a la técnica quirúrgica y su evolución fue satisfactoria (Fig 3).



Fig 3 Aspecto del suelo de la boca un año después del acto quirúrgico.

Comentario

Se plantea que algunas ránulas pueden tener un origen más profundo y puede ser necesario remover la glándula sublingual asociada⁶.

El índice de recurrencia de las ránulas no está relacionado con los patrones de tumefacción ni de acceso quirúrgico, pero sí está muy relacionado con los procedimientos quirúrgicos⁷.

Varios autores informan la recurrencia del tumor, el déficit sensorial de la lengua, los daños al conducto de Wharton, así como hematomas, infecciones y dehiscencias de la herida quirúrgica^{8,9}.

Otros consideran que si las lesiones de la glándula sublingual son pseudoquistes, es razonable su incisión, pero en aquellas de tamaño menor de 2 cm y localización superficial, es conveniente realizar la marsupialización¹⁰. En nuestra práctica, la realizamos con muy buenos resultados, y después de transcurrir un año de la operación no se han presentado recidivas, lo que coincide con la experiencia de algunos autores.

Los tratamientos con el uso de las nuevas tecnologías han aportado elementos muy importantes relacionados con la calidad de estos, para que sean más efectivos y rápidos, y que proporcionen una mejor evolución para el paciente. Actualmente se realiza la técnica de marsupialización mediante radiación láser de CO₂ con rayo a modo continuo con 4 watts de potencia, y se han obtenido magníficos resultados, tanto intraoperatorios como en la evolución postoperatoria, pues al no colocar suturas, se evitan las molestias propias de su remoción en el postoperatorio.

El tratamiento quirúrgico está basado en la patogenia y la anatomía patológica de la lesión, y es necesario individualizar el diagnóstico y el plan de tratamiento en cada paciente para lograr buenos resultados.

Referencias bibliográficas

1. Leyva Pérez M, Lahera Valdés JA, Díaz Díaz D, Pérez Pérez O. Ránula del suelo de la boca. A propósito de un caso. [Internet]. La Habana: ECIMED; 2008 [citado 3 Feb 2009]. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev14/ranulamarlen.htm
2. Huang SF, Liao CT, Chin SC, Chen IH. Transoral approach for plunging ranula-10-year experience. *Laryngoscope*. 2010 Jan;120(1):53-7.
3. Morton RP, Ahmad Z, Jain P. Plunging ranula: congenital or acquired? *J Podiatry Otorhinolaryngol*. 2010 Jan;142(1):104-7.
4. Tamaru S, Kikuchi A, Ono K, Kita M, Horikoshi T, Takagi K. Prenatal ultrasound and magnetic resonance imaging depiction of a small sublingual ranula. *J Clin Ultrasound*. 2010 Mar; 38(3):147-50.
5. Jib Hyun S, Jung Je P, Ho You K, Sea-Young J, Jin Pyeong K, Seong-Ki A, *et al*. Surgical management of intraoral ranulas in children: An analysis of 17 pediatric cases. *J Podiatry Otorhinolaryngol*. 2010 Feb;74(2):202-5.
6. Eyibilen A, Aladağ I, Güven M. Pediatric plunging ranula and its surgery with transoral approach: a case report. *J Ear, Nose, Throat*. 2009 Jan-Feb;19(1):32-5.
7. Clyburn VL, Smith JE, Rumboldt T, Matheus MG, Day TA. Ascending and plunging ranula in a pediatric patient. *J American Academy Otorhinolaryngol -Head Neck Surgery*. 2009 Apr;107(4): 499-502.
8. Syebele K Regression of both oral mucocele and parotid swellings, following antiretroviral therapy. *J Podiatry Otorhinolaryngol*. 2010 Jan;74(2):89-92.
9. Zhao YF, Jia J, Jia Y. Complications associated with surgical management of ranulas. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005;63(1):51-4.
10. Keqian Z, Yumin Ren W, Zhang W. Management of infant ranula. *J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2008 Jun;10:1016.

Recibido: 10 de junio de 2010

Aprobado: 24 de noviembre de 2010