

# Tratamento cirúrgico da rânula

## *Surgical treatment of ranula*

Rogério A. Dedivitis, Luiz Fernando Akaki

Recebido: 4/8/2005

Aprovado: 2/11/2005

### Resumo

**Introdução:** Rânulas são lesões císticas no soalho da boca. Elas surgem por extravasamento de muco após trauma local ou por obstrução dos ductos. O objetivo deste estudo é relatar nossa experiência com o tratamento cirúrgico das rânulas.

**Causística e método:** Vinte pacientes foram submetidos à excisão cirúrgica da rânula e estudados retrospectivamente por meio de revisão de prontuário. **Resultados:** A idade variou de 13 a 38 anos. Catorze eram do gênero feminino e seis do masculino. Três pacientes relataram crescimento do cisto após algum trauma. As lesões foram notadas de 3 semanas a 10 anos. O tamanho variou de 0,5 a 8 cm. Houve dois casos de rânula supra-hióidea. Excisão completa do cisto foi realizada em 18 pacientes, 2 pacientes foram submetidos à marsupialização e a glândula sublingual foi removida em 3 casos. Todos os casos de ressecção total foram efetuados por via intra-oral. O seguimento dos pacientes variou de 6 a 24 meses e os índices de recidiva foram analisados. Dois pacientes (10%) apresentaram recidiva após a ressecção. O rompimento da lesão ocorreu durante a dissecação cirúrgica em 4 casos (20%). O rompimento ocorreu em ambos os casos que apresentaram recorrência. Catorze casos eram cistos verdadeiros com camada epitelial, sendo que 6 eram pseudocistos. Três pacientes portadores de lesões pequenas foram operados sob anestesia local. O desconforto pós-operatório foi mínimo.

**Conclusão:** Dois pacientes (10%) apresentaram recidiva após excisão total. O rompimento ocorreu em ambos os casos durante a cirurgia. Catorze casos eram cistos verdadeiros com camada epitelial e 6 eram pseudocistos.

### Unitermos

Rânula; glândula sublingual; cirurgia.

### Abstract

**Introduction:** Ranulas are cystic lesions in the floor of the mouth. They arise from extravasation of mucous after local trauma or obstruction of the ducts. The aim of this study is to report our experience with the surgical treatment of ranulas.

**Patients and methods:** Twenty patients who underwent ranula surgical excision were retrospectively studied. **Re-**

**sults:** The age ranged from 13 to 38. There were 14 women and 6 men. Three patients related the arising of the cyst after trauma. The lesions were present from 3 weeks to 10 years. The sizes varied from 0.5 to 8 cm. There were two cases of plunging ranula. Total excision of the cyst was performed in 18 patients, 2 patients underwent marsupialization and the sublingual gland was removed in 3 cases. All cases of total excision were via an intraoral approach. The patients were followed up from 6 to 24 months and recurrence rates were analysed. Two patients (10%) presented recurrence after total excision. Ranulas were disrupted during the surgical dissection in 4 cases (20%). Disruption occurred in both cases that presented recurrence. Fourteen cases were true cysts with an epithelial lining, whereas 6 were pseudocysts. Three patients with small lesions underwent local anesthesia. The postoperative discomfort was minimal. **Conclusion:** Two patients (10%) presented recurrence after total excision. Disruption occurred in both cases during the dissection. Fourteen cases were true cysts with an epithelial lining, whereas 6 were pseudocysts.

### Keywords

Ranula; sublingual gland; surgery.

### Introdução

Rânula é o achado clínico de lesões císticas no soalho da boca. O termo é derivado da palavra latina "rana" (significando rã) e descreve o inchaço azulado e translúcido que lembra o abdome da rã<sup>1</sup>. Rânulas podem surgir a partir do extravasamento de muco após trauma na glândula sublingual ou então da obstrução dos ductos<sup>2</sup>. Assim, pode se tratar tanto de um cisto de retenção mucoso como, mais freqüentemente, de um pseudocisto formado pelo extravasamento<sup>1</sup>.

Qualquer lesão cística no soalho da boca pode ser denominada rânula. Às vezes desloca a língua e interfere com a função oral. A rânula pode ser classificada quanto à patogênese, como um cisto verdadeiro devido à obstrução ductal ou um pseudocisto, devido a um trauma local com extravasamento de muco<sup>3</sup>. Em nossa série, 14 pacientes apresentaram um cisto verdadeiro.

O diagnóstico é baseado no exame clínico. Os pacientes podem apresentar um abaulamento indolor e flutuante nas regiões sublingual, submentoniana ou submandibular. Assim, as rânulas podem também ser classificadas como sendo do tipo sublingual, sublingual-submandibular e submandibular, conforme sua extensão. O primeiro tipo é a rânula simples, sendo que os dois últimos se constituem nas supra-hióideas (*plunging ranulas*)<sup>4</sup>.

O objetivo deste estudo é apresentar nossa experiência com o tratamento cirúrgico das rânulas.

## Casuística e método

Vinte pacientes foram submetidos à excisão cirúrgica de rânula no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Ana Costa (Santos), de janeiro de 1997 a dezembro de 2004, e foram avaliados retrospectivamente por meio de revisão de prontuário.

## Resultados

A idade dos pacientes variou de 13 a 38 anos (média de 28 anos). Catorze pacientes eram do gênero feminino e 6 do masculino. Os pacientes apresentaram lesão cística de crescimento lento e progressivo no soalho da boca. As lesões eram indolores, arredondadas ou ovais e flutuantes. Em 4 casos, a rânula cruzava a linha média, produzindo desvio da língua. Três pacientes referiram história de trauma local previamente ao surgimento do cisto. O tempo de história variou de 3 semanas a 10 anos (média de 6 meses). O tamanho variou de 0,5 a 8 cm (média de 2 cm). Houve dois casos de rânula supra-hióidea (*plunging ranulas*). O abaulamento cervical foi notado pelos dois pacientes antes das respectivas rânulas intra-orais.

Excisão total do cisto foi realizada em 18 pacientes, enquanto nos outros dois foi realizada marsupialização. A glândula sublingual foi removida em 3 casos. Em todos os casos, a ressecção foi por via intra-oral, inclusive nos dois casos de rânula supra-hióidea. Solução de lidocaína a 2% com epinefrina a 1:100.000 era rotineiramente infiltrada entre a mucosa do soalho e a parede do cisto, visando efeito hemostático e a criação de um plano de dissecção. Uma incisão elíptica na mucosa oral era feita sobre a região cística, medialmente à plica sublingularis, seguida de cuidadosa dessecção romba. A marsupialização foi realizada, nos respectivos casos, através de excisão parcial da parede do cisto e sutura de sua parede à mucosa do soalho da boca. A excisão da glândula sublingual foi feita em dois casos. Sutura com fio de catgut 4-0 foi empregada.

O seguimento dos pacientes variou de 6 a 24 meses e os índices de recidiva foram avaliados.

Dois pacientes (10%) apresentaram recidiva após excisão completa. As recorrências foram detectadas dentro de 6 semanas a partir da data da cirurgia. Marsupialização foi realizada

em um paciente e excisão completa no outro e nenhum dos dois apresentou uma segunda recidiva. Os casos de rânula supra-hióidea, os dois casos em que a marsupialização foi feita e os dois casos de remoção da glândula sublingual não apresentaram recorrência. Em 4 casos (20%), houve ruptura da rânula durante a dissecção. Ruptura ocorreu nos dois casos que desenvolveram recorrência.

A avaliação histopatológica revelou que 14 casos apresentavam cisto verdadeiro com parede mucosa, ao passo que 6 eram pseudocistos.

O tempo cirúrgico médio foi de cerca de 40 minutos. Três pacientes com pequenas lesões foram operados sob anestesia local; a alta hospitalar deu-se logo após o procedimento. Nenhum deles desenvolveu recorrência. Os demais pacientes, submetidos à anestesia geral, foram de alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório. O desconforto pós-operatório foi mínimo. A limitação de movimento da língua foi discreta e resolveu-se espontaneamente.

## Discussão

Tivemos somente um caso de rânula supra-hióidea, com bom resultado após ressecção completa da lesão por via intra-oral. Rânula supra-hióidea é uma situação rara. Se não há o achado de lesão oral, o diagnóstico clínico pode ser difícil nesses casos<sup>1</sup>. Além do exame clínico, também realizamos tomografia computadorizada nesses casos em particular. A rânula pode ser confundida com os cistos tireoglossos, dermóide ou epidermóide, malformações vasculares e sialoadenite submandibular<sup>2</sup>. Cistos branquiais, paratireoidianos, faringo-tímico, higroma cístico e teratoma benigno devem também ser considerados como diagnóstico diferencial<sup>3</sup>.

Diferentes técnicas cirúrgicas têm sido descritas. Os métodos de tratamento incluem a ressecção tanto por via intra-oral como por via cervical, marsupialização, excisão intra-oral da glândula sublingual, simples drenagem da lesão e ressecção da lesão juntamente com a glândula sublingual. Criocirurgia e excisão com laser de CO<sub>2</sub> também foram propostas<sup>1</sup>. O cirurgião deve estar atento para evitar lesão do nervo lingual e do ducto de Wharton.

Entretanto, muitos pacientes apresentaram recorrência e lesões mais volumosas podem ocorrer<sup>2</sup>. Excisão da glândula sublingual tem sido recomendada amplamente<sup>6</sup>. Nesse sentido, a extirpação apenas das rânulas não tem sido considerada essencial, uma vez que a maioria das lesões é constituída de pseudocistos sem epitélio verdadeiro<sup>4</sup>. Por outro lado, em diversas ocasiões não se verifica tendência à recidiva. Com exceção dos casos de rânula supra-hióidea, a remoção incondicional da glândula sublingual não deve ser o tratamento padrão para todos os casos de rânula. Os pacientes podem ser tratados com sucesso com abordagem mais conservadora, preservando o funcionamento normal da glândula sublingual<sup>7</sup>.

Freqüentes recidivas ocorrem após a marsupialização e alguns casos apresentam extensão para a região cervical supra-hióidea<sup>8</sup>. Consideramos a marsupialização como opção de tratamento primário para dois casos com lesões extensas com protrusão para o soalho da boca. Realizamos ainda a marsupialização para um caso após recorrência. Os três casos tiveram bom resultado final.

Resolução espontânea é uma opção para a população pediátrica. Se a lesão não se resolve espontaneamente dentro de 5 meses ou apresenta recorrências repetidas, a abordagem cirúrgica está recomendada<sup>9</sup>.

A complicação cirúrgica mais comum é a falha em ressecar a lesão completamente, que resulta na presença de tecido residual e aumenta o risco de recidiva<sup>10</sup>. Existe controvérsia quanto à relação entre a ruptura do cisto

durante a cirurgia e o aumento da chance de recorrência. Nossos dois casos de recorrência ocorreram após excisão total da rânula, mas houve em ambos ruptura da lesão. Assim, a ruptura poderia ser considerada como um possível fator causal. As complicações mais comuns são: recidiva da lesão (5,78%) e déficit sensitivo da língua (4,89%), seguidas por lesão do ducto de Wharton (1,82%). Hematoma pós-operatório, infecção e deiscência da sutura são raramente observados. Alteração de sensibilidade temporária da língua costuma se resolver dentro de 2 a 7 meses de pós-operatório. Recorrências são observadas freqüentemente após marsupialização e excisão da rânula, com menores taxas após remoção da lesão juntamente com a glândula ou remoção da glândula apenas<sup>11</sup>.

## Referências bibliográficas

1. Haberal I, Göçmen H, Samin E. Surgical management of pediatric ranula. *Int J Ped Otorhinolaryngol*. 2004;68:161-3.
2. Zhao Y-F, Jia YL, Chen S-M, Zhang W-F. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004;98:281-7.
3. Baurmash HD. Mucocoeles and ranulas. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61:369-78.
4. Morita Y, Sato K, Kawana M, Takahashi S, Ikarashi F. Treatment of ranula – excision of the sublingual gland versus marsupialization. *Auris Nasus Larynx*. 2003;20:311-4.
5. Batsakis JG, McClatchey KD. Cervical ranulas. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1988;97(5 pt 1):561-2.
6. Yoshimura Y, Obara S, Kondoh T, Naitoh S. A comparison of three methods used for treatment of ranula. *J Oral Maxillofac Surg*. 1995;53:280-2.
7. Baurmash HD. Treating oral ranula: another case against blanket removal of the sublingual gland. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2001;39:217-20.
8. Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula: Clinical observations. *Head Neck* 1998;20:63-8.
9. Pandit RT, Park AH. Management of pediatric ranula. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;127:115-8.
10. Choi T-W, Oh C-K. Hydrodissection for complete removal of a ranula. *Ear Nose Throat J*. 2003;82:946-51.
11. Zhao YF, Jia J, Jia Y. Complications associated with surgical management of ranulas. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005;63:51-4.

### Endereço para correspondência

Rogério A. Dedivitis  
Rua Dr. Olinto Rodrigues Dantas, 343 conj. 92,  
CEP: 11050-220 - Santos, SP  
Telefax (13) 3223-5550/3221-1514,  
E-mail: dedivitis.hns@uol.com.br