

# Rânula de Soalho da Boca. Relato de Caso Clínico

## Ranula of the floor of the mouth. Report of a Clinical Case

---

RABELO, Luiz Eduardo Gregoris\*  
MUNIZ, Renato Brasil\*  
WATANABE, Satiro\*\*

---

### RESUMO

Relato de caso clínico de Rânula que compromete o lado direito do soalho da boca de um paciente de 39 anos de idade. As características clínicas e o tratamento cirúrgico empregado são descritos e discutidos baseados na revisão de literatura.

### UNITERMOS:

Cirurgia bucal; rânula; mucocele; Glândula salivar

### INTRODUÇÃO:

O termo "rânula" é geralmente utilizado para mucoceles que ocorrem na região do soalho da boca.<sup>3,5,8,11,13,14</sup> Apesar de já ser conhecida e descrita a bastante tempo, sua etiopatogenia ainda é controversa, gerando uma certa dificuldade na escolha do tipo de tratamento a ser instituído.<sup>7,11</sup>

A rânula e o mucocele são denominações genéricas para lesões císticas com extravasamento e/ou retenção de muco presentes na boca.<sup>3,7,10</sup> Na região do soalho da boca, constata-se a existência de glândulas salivares maiores e menores, sendo que existe uma predominância das glândulas salivares maiores. Desse modo, convencionou-se chamar as lesões de retenção ou com extravasamento de muco, neste local, de rânula.<sup>8,10</sup>

Os aspectos clínicos, a etiologia e as modalidades de tratamento relacionados

à rânula de soalho de boca serão abordados no presente trabalho com base na revisão de literatura.

### REVISÃO DE LITERATURA

O nome "rânula" é derivado do latim *rana*, que significa rã.<sup>3,8,11</sup> Este termo foi provavelmente empregado devido a semelhança da lesão com o ventre de uma rã e, por muito tempo, foi utilizado, de maneira errônea, para descrever qualquer tumefação que acometesse o soalho da boca, como os cistos dermoide e epidermoide os higromas císticos e os lipomas.<sup>3,5</sup> Porém, apenas as lesões provenientes de extravasamento ou retenção de muco, apresentadas especificamente nesta região, podem ser denominadas de rânula.<sup>10</sup>

De acordo com as teorias sobre a etiologia da rânula duas se destacam: uma defende seu aparecimento causa-

---

\* CD's estagiários de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Geral de Goiânia (HGG).

\*\* Coordenador do serviço de CTBMF do Hospital Geral de Goiânia (HGG).

do pela obstrução, seguida de dilatação do ducto das glândulas sublingual ou submandibular, sendo mais freqüente na glândula sublingual; a outra relaciona o aparecimento da lesão ao extravasamento de muco para os tecidos adjacentes, a partir de um trauma sobre o ducto excretor da glândula salivar.<sup>3,5,7,11</sup>

PIRES, GOMEZ<sup>10</sup> (1996) afirmam que, quando coleções de muco são encontradas dispersas no tecido conjuntivo ou envolvidas por tecido de granulação, os cistos são chamados de extravasamento. As lesões completamente envolvidas por epitélio são denominadas de retenção. Estes autores observaram 16 casos de rânula; destes, 5 representavam cistos de retenção e 11 cistos de extravasamento.

BEZERRA et al<sup>3</sup> (1999) estudaram 15 casos de rânula. Ao exame histopatológico, 3 casos evidenciaram a presença de epitélio, envolvendo pequenas regiões da cavidade cística. Nos demais, não foi observado limitante epitelial. Estes apresentaram tecido conjuntivo fibroso, com infiltrado inflamatório crônico, vasos sangüíneos, hemorragia e, em um caso, foi notado a presença de hemossiderina.

Segundo NEVILLE et al<sup>8</sup> (1998), além da rânula simples que localiza-se lateralmente à linha média na região sublingual, pode-se ter uma variante clínica pouco freqüente, que é a rânula cervical ou penetrante, que ocorre quando o extravasamento do muco diseca o músculo miloióide, produzindo um aumento de volume na região submandibular do pescoço.<sup>1,4,5,13,14</sup>

Clinicamente, a Rânula pode apresentar-se como superficial ou profunda. LAUAND et al<sup>5</sup> (1986) relata que, no primeiro caso, apresenta saliências moles, é flutuante, indolor e de crescimento lento; é freqüentemente de cor azulada, provavelmente pela distensão dos capilares sangüíneos, uma vez que trata-se de uma região muito vascularizada. Quando profunda, tende a ter uma coloração rosada normal, pois os tecidos que recobrem a lesão mascaram seu aspecto translúcido.

Devido ao seu tamanho, a rânula pode deslocar a língua em direção ao palato

interferindo na mastigação, fonação e deglutição. Geralmente elas são unilaterais e uniloculares.<sup>3,5,8,13,14</sup>

BEZERRA et al<sup>3</sup> (1999) resalta a importância do diagnóstico diferencial com outras lesões como a celulite, cálculos salivares, cisto dermóide e epidermóide, cisto do ducto tireoglosso, cisto da fissura branquial, hemangioma, linfangioma, lipoma, adenoma pleomorfo e higroma cístico. Todas essas patologias podem-se apresentar na região do soalho da boca, produzindo tumefação e, assim como a rânula, interferir na fonação, deglutição e mastigação.<sup>8,13</sup>

Em relação às modalidades de tratamento, são citados na literatura a marsupialização, a micromarsupialização, a radiação, as soluções esclerosantes, a excisão da lesão com ou sem a glândula salivar afetada, a incisão e a drenagem.<sup>3,7,11</sup> Entretanto, BEZERRA et al<sup>3</sup> (1999) acreditam que a exérese da lesão e da glândula salivar adjacente seja o método mais seguro e eficaz para o tratamento dessas lesões. MEDEIROS et al<sup>7</sup> (1989) consideram a marsupialização um ato cirúrgico extremamente simples, de pouca morbidade, e que pode ser realizado sob anestesia local. Segundo REBELO, MEDEIROS<sup>11</sup> (1985) o tratamento definitivo consiste na remoção da glândula salivar afetada.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

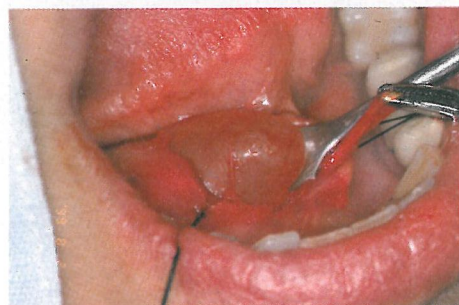


Figura 4

## RELATO DO CASO CLÍNICO

M.R.M.M., sexo feminino, 39 anos, leucoderma, funcionária pública, natural de Goiânia-GO, apresentou-se com queixa de desconforto na região do soalho da boca, com dificuldade na deglutição e fonação. Ao exame clínico constatou-se um aumento de volume (tumefação), na região de soalho bucal direito, de aproximadamente 2 cm (FIG. 1). Assintomático, de coloração rosada normal e consistência plástica. Foi relatado um período de evolução de aproximadamente 4 meses até a consulta inicial. Realizou-se uma tomada radiográfica oclusal, descartando-se a hipótese de lesões radiopacas ou com comprometimento ósseo.

O diagnóstico clínico foi de rânula simples. Devido ao tamanho da lesão, optou-se pela remoção cirúrgica sob anestesia local e a conservação da glândula salivar envolvida, por tratar-se de uma lesão primária. Baseado na história médica e nos exames pré-operatórios de rotina, não foi evidenciada nenhuma contra-indicação para o procedimento cirúrgico.

Através do traçado da incisão realizado com caneta dermatográfica (FIG. 2), realizou-se a incisão superficialmente à lesão e lateralmente à prega sublingual (FIG. 3). A seguir, foi realizada dissecação romba, evitando assim seu rompimento (FIG. 4, 5 e 6), removendo-se in-

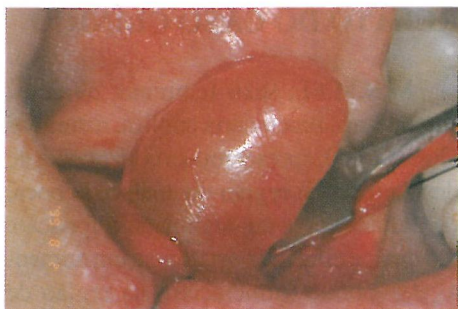


Figura 5

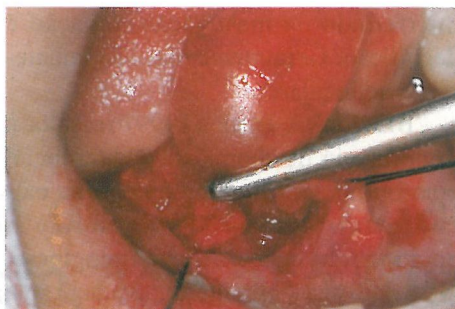


Figura 6

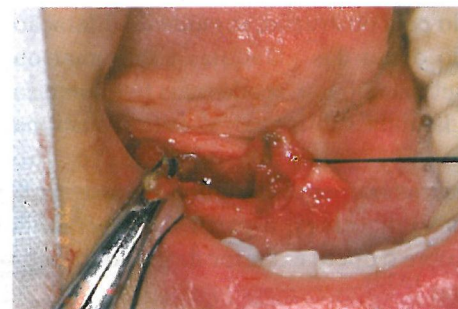


Figura 7

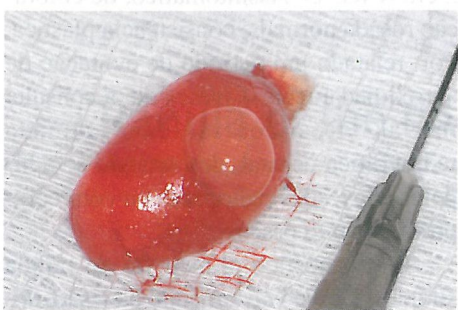


Figura 8

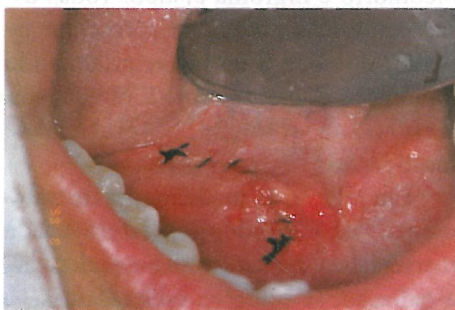


Figura 9

tegralmente a lesão que apresentava cerca de 2 cm em seu maior diâmetro (FIG. 7 e 8). A sutura, então, foi realizada (FIG. 9), sendo removida após uma semana. O pós-operatório foi tranquilo, já passados 2 anos, sem indícios de recidiva.

Foi solicitado o exame histológico da peça cirúrgica, o qual descreveu o material como uma lesão benigna, cística de paredes fibrosas e conteúdo mucoso. Confirmando o diagnóstico clínico de rânula (FIG. 10, 11 e 12).

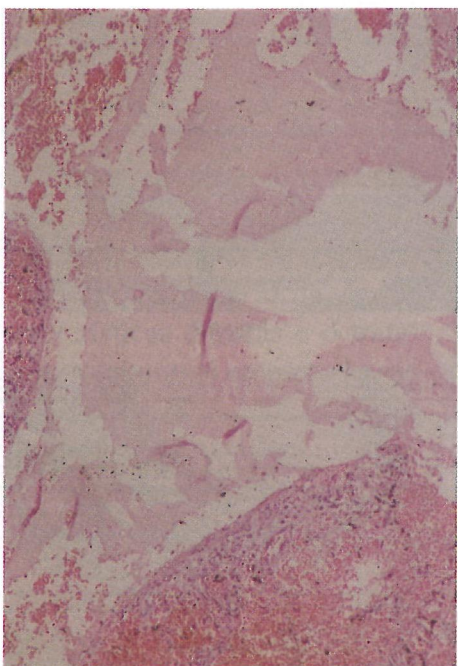


Figura 10

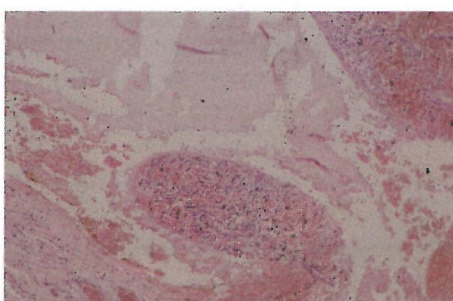


Figura 11

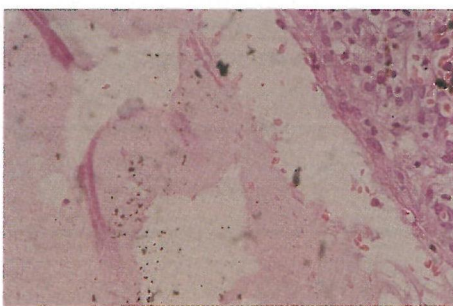


Figura 12

## COMENTÁRIOS:

A rânula de soalho bucal é uma lesão benigna, bastante conhecida e que acomete, na maioria das vezes, as glândulas salivares sublinguais maiores, podendo ser classificada, de acordo com seu local de aparecimento, como cervical ou simples (intra-bucal). E, apesar da frequência, sua etiologia ainda é controversa.<sup>7</sup> A maioria dos autores pesquisados apoiam a hipótese de que as rânulas originam-se do

extravasamento mucoso das glândulas salivares resultante de um trauma na região de soalho bucal, ou pela retenção do muco pela obstrução do ducto salivar.<sup>1,3,4,5,7,11</sup>

Ressaltamos, mais uma vez, a importância do diagnóstico diferencial com outras patologias, já citadas anteriormente, que, assim como a Rânula, apresentam-se no soalho bucal, gerando desconforto durante a mastigação, deglutição e fonação. Então, nestes casos, o exame histopatológico torna-se peça-chave para o diagnóstico conclusivo.

Consideramos a marsupialização e a remoção cirúrgica as melhores opções de tratamento, utilizando-se a remoção cirúrgica em lesões primárias menores e a marsupialização para lesões maiores, e, apenas nos casos de recidiva, removendo-se a glândula salivar envolvida.

## CONCLUSÃO:

1- A Rânula é originada por um defeito obstrutivo do ducto excretor das glândulas sublinguais, nos casos de rânula de retenção, e pelo extravasamento mucosalar, a partir de um traumatismo no ducto das glândulas sublinguais nas rânulas de extravasamento.

2- A excisão da Rânula primária de menor diâmetro, com a manutenção da glândula sublingual, é apresentada como uma boa alternativa de tratamento.

## ABSTRACT:

Report of a clinic study of Ranula, with right side mouth floor involvement of a 39-years-old patient. The clinical features and surgical management used are described and discussed based on a literature review.

## UNITERMS:

Oral surgery, ranula, mucocele, salivary gland.

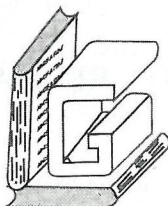
## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANASTOSSOV, G.E. et al. Submandibular gland mucocele: diagnosis and management. **Oral-Surg-Oral-Med-Oral-Pathol-Oral-Radiol-Endod.** 2000 fev; 89(2): 159-163.
2. AVELLAR, M.N. et al. Cisto de retenção de muco-ranula (um caso clínico). **CCS;** 6(1): 39-41, 1984.
3. BEZERRA, A. R. et al. Rânula: aspectos clínicos e histopatológicos de 15 casos. **Rev bras odontol;** 56(6): 298-302, nov-dez. 1999
4. DAVISON, M. J. et al. Plunging ranula: Clinical observations. **Head-and-Neck.** Jan., 1998; 20(1) 63-68.
5. LAUAND, F. et al. Rânula do soalho de boca: Relato de caso. **Rev assoc paul cir dent.;** 40(5): 383-7, set-out. 1986.
6. MAGNIN, Pedro Horacio. La boca marcadora de enfermidades internas. **Bol Acad Nac Med B Aires;** 73(2): 677-88, jun.-dic.1995.
7. MEDEIROS, P. J. et al. Rânula penetrante: aspectos clínicos e tratamento cirúrgico. **Rev bras odontol;** 46(4): 2-8, jul-ago. 1989.
8. NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral & maxilofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.316-317. 1998. 705p.
9. PACHECO, G. et al. Extirpación de ranula: reporte de un caso. **Revi Univ Guayaquil;** 3(65): 73-7, jul-sept. 1986.
- 10 - PIRES, A. M.; GOMEZ, R. S. Cisto de glândula salivar: avaliação e histológica. **Arq Centro Estud Curso Odontol;** 32(2): 77-83, jul.-dez. 1996.
- 11 - REBELO, M. A. B.; MEDEIROS, P. J. Tratamento cirúrgico dos extravasamentos de muco sublinguais: rânulas. **Rev bras odontol;** 42(6): 30, 32, 34 passim, nov-dez. 1985.
- 12 - CONTRERAS, S. S. et al. Rânula cervical en pacientes com dermatomiositis juvenil: reporte de un caso. **Rev estomatol hered;** 1(1): 31-2, 1991.
- 13 - SHAFER, W. G. et al. **Tratado de Patologia Bucal.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.512-515, 1987.
- 14 - TOMMASI, Antônio Fernando. Doenças das glândulas salivares. In: **Diagnóstico em patologia bucal.** São Paulo, Pancast, p.365-88. 1989.

## Agora em Anápolis, Livraria Guanabara Ltda.

Livros de Medicina, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Educação Física, Veterinária, Informática etc.

Dividimos em  
**4** vezes  
sem  
juros  
no preço à vista.



**LIVRARIA GUANABARA LTDA.**

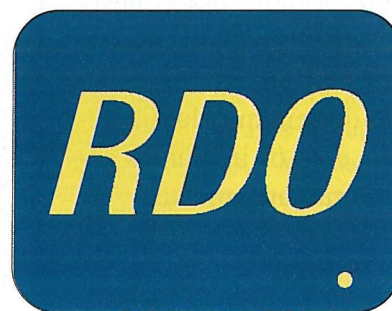
Fone: (0xx62) 9991-1331

Av. Universitária km 3,5 Cidade Universitária  
Prédio da Faculdade de Odontologia.

*Se seu paciente precisar de ....*



*Então ....*



**RADIOGRAFIA E DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA**

RUA DONA DOCA, 102 - CENTRO - FONES: 321-3764/321-3125/321-3840 - CEP 75.020-180 ANÁPOLIS - GOIÁS  
EMAIL: MVROCHA@GENETIC.COM.BR