



caso clínico

Tratamiento de la ránula sublingual: revisión de la literatura. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bazal Bonelli, S. López Fernández, P. Fernández Domínguez, M.
Tratamiento de la ránula sublingual: revisión de la literatura. A propósito de un caso. Cient. Dent. 2019; 16; 1; 55-58



Bazal Bonelli, Santiago
Graduado en Odontología. Universidad San Pablo CEU, Madrid. Práctica privada en Madrid.

López Fernández, Pablo
Licenciado en Medicina por la universidad de Santiago de Compostela. Cirujano Oral y Maxilofacial del grupo Hospitales de Madrid.

Fernández Domínguez, Manuel
Jefe de servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del grupo Hospitales de Madrid. Director del Máster en Cirugía Bucal e Implantología de la universidad San Pablo CEU, Madrid.

Indexada en / Indexed in:
- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:
Santiago Bazal Bonelli
Ronda de Valencia, 8
28012 Madrid
Teléfono: 915 396 953
Email: santibazal@gmail.com

Fecha de recepción: 17 de septiembre de 2018.
Fecha de aceptación para su publicación: 28 de febrero de 2019.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es conocer las principales técnicas para el tratamiento de la ránula sublingual, llevando a cabo una revisión de la literatura existente a propósito de un caso clínico. Con respecto al caso clínico se trata de una paciente mujer de 20 años que acude a consulta por aumento de tamaño del suelo de la boca de unos 3x5 cm. Al realizar la resonancia magnética, se observa una lesión quística en la región sublingual derecha. Se planifica cirugía de escisión radical, extirpando la glándula sublingual derecha y la lesión. Se pauta como tratamiento antibiótico amoxicilina-ác. clavulánico 875/125 mg y antiinflamatorio metilprednisolona 40 mg y dexketoprofeno 50 mg. Como conclusión la técnica más utilizada, hoy en día, es la cirugía radical, seguida de la micromarsupialización y técnicas modernas mínimamente invasivas.

PALABRAS CLAVE

Ránula sublingual; Tratamiento ránula; Técnicas quirúrgicas ránula.

RELATIONSHIP BETWEEN TREATMENT OF SUBLINGUAL RANULA: LITERATURE REVIEW. A CASE REPORT

ABSTRACT

The objective of this study is to know the main techniques for the treatment of the sublingual ranula, through a literature review about a clinical case. With regard to the clinical case, this is a 20 year old female patient present at medical clinic for an increase size of the floor of the mouth of about 3x5cm. When performing a magnetic resonance, observe a cystic lesion in the right sublingual region. Radical excision surgery planned, removing the right sublingual gland and the lesion. It is prescribed as antibiotic treatment amoxicillin-clavulanic acid 875/125 mg and anti-inflammatory methylprednisolone 40 mg and dexketoprofene 50 mg. In conclusion, the most used technique, nowadays, is the radical surgery, followed by the micromarsupialisation and minimally invasive modern technique.

KEY WORDS

Sublingual ranula; Ranula treatment; Ranula surgery techniques.

INTRODUCCIÓN

La ránula, palabra latina que significa rana, llamada también quiste mucoso del suelo de boca, se puede definir como un aumento de volumen azulado y translúcido de la región sublingual, el cual recuerda al vientre de una rana¹. La etiología se debe a un traumatismo en el suelo de la boca, que provoca la ruptura del conducto principal de la glándula sublingual o de alguno de sus acinos, produciéndose la extravasación del contenido mucoso salival, la obstrucción y la inflamación de la glándula^{2,3}.

Existen tres tipos de lesiones quísticas diferentes, que pueden presentarse como ránulas; el mucocele sublingual localizado en el suelo de la boca, el mucocele sublingual localizado en la región cervical, por debajo del músculo milohioideo o "plunging ránula" y el quiste mucoide de glándula salival menor, el cuál es el único que puede denominarse verdadero quiste, al tener una cápsula epitelial completa, siendo el menos común^{4,5}.

El diagnóstico de la ránula, generalmente se basa en sus características clínicas, pero también es común utilizar pruebas como la Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) y el estudio histopatológico, así como, diversas técnicas de imagen como son la tomografía computerizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la ecografía. El tratamiento más habitual es el quirúrgico y puede comprender desde la excisión de la ránula con o sin la glándula sublingual, pasando por la marsupialización, hasta el abordaje extraoral submandibular⁶⁻⁹. En los últimos años, existen cierta tendencia a usar procedimientos menos invasivos como son la vaporización con láser¹⁰ o el uso de agente esclerosante OK-432¹¹.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 20 años de edad, que acude a la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario HM Sanchinarro de Madrid, por aumento de tamaño del suelo de la boca. La paciente no presenta dolor, pero sí dificultad en la fonación y masticación, además, asegura no haber sufrido ningún tipo de traumatismo ni intervención en la zona y comunica que el aumento de volumen ha desaparecido en 2 ocasiones, pero en ambas recidivó. Con respecto a la historia clínica, solo refiere asma leve como dato relevante.

Al realizar el examen extraoral, no se observan adenopatías ni asimetrías faciales. Con respecto el examen intraoral, se observa un aumento de volumen ovalado, de unos 3x5 cm en la región sublingual derecha, que no supera la línea media; de color azulado, fluctuante a la palpación e indoloro.

El diagnóstico de presunción hizo pensar en una ránula sublingual y para su confirmación se utilizó una resonancia

magnética, donde se confirma la presencia de una lesión quística de bordes bien definidos, en la región lateral derecha del suelo de la boca, con un eje mayor de unos 3 cm, que sugiere ránula quística de contenido homogéneo (Figura 1).

El tratamiento que se le propuso a la paciente fue la exéresis de la ránula, junto con la glándula sublingual, por vía intraoral y bajo anestesia general. Una vez intubada la paciente, se realizaron infiltraciones anestésicas perilesionales. Antes de iniciar la incisión, se dieron dos puntos de sutura con seda 3/0 para poder traccionar de la lengua. Se llevó a cabo una incisión horizontal de unos 5cm, con bisturí frío del número 15, para seguidamente, despegar la mucosa adherida a la ránula y disecar la glándula sublingual con la ayuda de un mosquito (Figura 2), teniendo sumo cuidado con estructuras anatómicas importantes como son el nervio lingual, las venas raninas y el conducto de Wharton, además se usó una pinza bipolar para coagular los vasos sangrantes y así evitar la hemorragia profusa de esta región. Una vez llevada a cabo la exéresis de la lesión y la glándula, se enviaron al departamento de anatomía patológica para su estudio (Figuras 3 y 4) y se procedió al cierre de la incisión con puntos simples, utilizando sutura reabsorbible de 3/0.

Como tratamiento farmacológico hospitalario se pautó; amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg/8h, metilprednisolona 40 mg/8h y dexketoprofeno 50 mg/8h alternado con paracetamol 1g pasadas 4 horas, como analgésico de rescate. La paciente fue ingresada durante 24 horas en el hospital, debido a las posibles complicaciones que pudieran ocurrir, sobre todo, a causa de la inflamación y hematoma del suelo de boca. Pasadas las 24 horas, la paciente fue dada de alta, al no surgir ninguna complicación y se le pautó como tratamiento ambulatorio la misma antibioterapia mencionada y el mismo tratamiento analgésico durante una semana.

El estudio anatomopatológico describió la muestra como: "Un corte histológico de lobulillos de glándulas mucoscretoras centradas por una formación quística con revestimiento por macrófagos y con moco en la luz". Por lo que, el diagnóstico final fue el de un mucocele de retención.

DISCUSIÓN

La ránula sublingual es una patología infrecuente, que generalmente suele manifestarse en población pediátrica y adolescente, observándose la frecuencia máxima durante la segunda década la vida, aunque, la variante cervical o "plunging ránula" tiende a aparecer a partir de los 30 años de edad. Existe más prevalencia en el sexo femenino con un ratio de 1:1,4, sin preferencia por ninguno de los lados, siendo las ránulas sublinguales bilaterales extremadamente inusuales⁵. La etiología más frecuente es la ruptura del

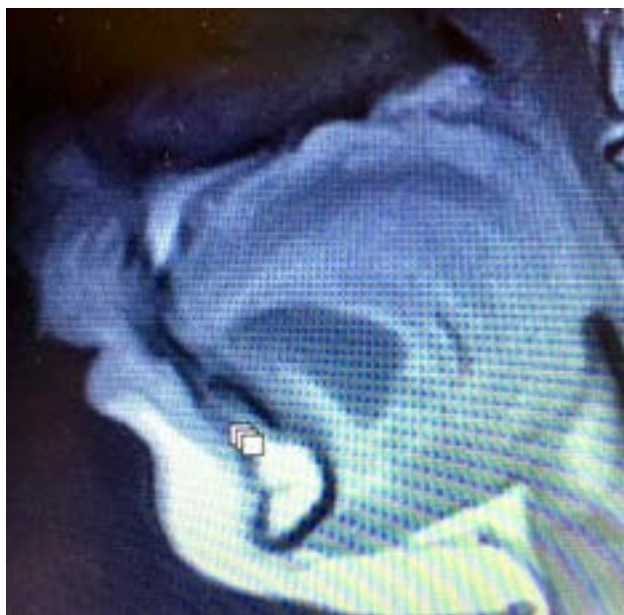


Figura 1. Resonancia magnética. Corte sagital donde se observa una lesión con aumento de señal homogéneo, de bordes bien definidos, de unos 3cm en la región sublingual.



Figura 2. Imagen clínica de la resección de la lesión y de la glándula sublingual derecha. Obsérvese que el conducto de Wharton permanece intacto.

conducto excretor de la glándula sublingual, debido a un traumatismo o a una cirugía previa, lo que provoca una extravasación de la saliva producida por la glándula y una acumulación de esta secreción en el tejido circundante, la cual produce un aumento de volumen de la región sublingual. Si la presión del fluido consigue perforar el músculo milohiideo, este se acumulará en el espacio submandibular, evolucionando a una ránula cervical, siendo esta forma mucho menos frecuente¹². En la ránula sublingual no se suele observar sintomatología dolorosa, pero sí dificultad en la fonación, masticación, a veces, respiración y desviación de la lengua hacia el lado contralateral¹³.

Con respecto al diagnóstico, el examen clínico siempre es útil, pero es necesario llevar a cabo pruebas complemen-



Figura 3. Imagen clínica de la lesión y la glándula.



Figura 4. Imagen clínica tras haber realizado la exéresis de la lesión y la glándula.

tarias que verifiquen el diagnóstico de presunción como son; la aspiración del contenido mucoso para su estudio anatomopatológico posterior, prueba que se suele utilizar en lesiones menores a 2 cm, la tomografía computerizada, la ecografía y la resonancia magnética, estas últimas utilizadas en lesiones de mayor tamaño, siendo la tendencia en los últimos años, a usar la resonancia magnética y la ecografía por su inocuidad y buena calidad de imagen en tejido blando^{12,14}.

El tratamiento de esta lesión más utilizado es la cirugía, donde se describen técnicas en la literatura que van desde la marsupialización, la cual fue una de las técnicas más usadas en el pasado, pero que, debido a su alta tasa de recidivas, que varía dependiendo del estudio, entre un 61% a un 89%, está cada vez más en desuso^{14,15}, siendo superada por técnicas alternativas como la micromarsupialización modificada que refiere tasas de éxito superiores, con recidivas de entre un 8,3% a un 10%, aunque se recomienda para lesiones menores a 2cm¹⁵. Otra técnica descrita, es la cirugía radical de la lesión junto con la glándula sublingual, esta técnica es la que más éxito presenta con porcentajes de recidiva casi nulos, aunque se han observado lesiones de estructuras importantes como pueden ser el nervio lin-

gual y el conducto de Wharton, además de una hemorragia profusa durante la intervención^{15,16}. Dentro del tratamiento quirúrgico, también se encuentra el uso de láser de dióxido de carbono, que produce la vaporización de la lesión, además de presentar un menor riesgo de lesión del nervio lingual y el conducto de Wharton, aunque todavía hacen falta más estudios que respalden esta técnica^{10,14}.

Por último, están descritas dos técnicas no quirúrgicas en la literatura para el tratamiento de la ránula, una se basa en la infiltración intralesional de una preparación de estreptococos liofilizados, llamada OK-432 y la otra en la administración por vía oral de un fármaco homotoxicológico a base de gluconato de níquel (Mercurius-Heel) potenciadas con porcina Organ Preparativos D10/D30/D200. Estos tratamientos parecen prometedores, pero se necesitan más estudios que apoyen sus resultados^{11,14,17}.

En el presente caso, podemos observar como la edad de la paciente, el sexo y la sintomatología de la lesión cuadran en un caso típico de ránula sublingual, según lo descrito en la literatura. Con respecto al método diagnóstico, se optó por la resonancia magnética, ya que es una prueba complementaria que permite conocer con exactitud la localiza-

ción y tamaño de la lesión, sobre todo, si está compuesta por tejido blando, como ocurre en este caso y por los nulos efectos secundarios que produce en el paciente. Además, se realizó un estudio anatomopatológico para asegurarse de que la lesión correspondía una ránula, como se presupuso. Por último, el tratamiento que se llevó a cabo fue la resección de la ránula junto con la glándula sublingual, ya que es, hoy en día, el método más fiable descrito en la literatura para no obtener recidivas y, aunque es más probable lesionar estructuras anatómicas importantes, al hacerlo en el quirófano, creemos que estos riesgos disminuyen notablemente.

CONCLUSIÓN

La mejor opción para el tratamiento de las ránulas sublinguales, según la literatura, es la cirugía radical, sobre todo, en casos recidivantes, aunque para lesiones menores a 2cm la micromarsupialización modificada presenta altas tasas de éxito, además tratamientos alternativos mínimamente invasivos, como la infiltración de OK-432, muestran resultados prometedores.



BIBLIOGRAFÍA

- Catone GA, Merrill RG, Henny FA. Sublingual gland mucus-escape phenomenon — Treatment by excision of sublingual gland. *J Oral Surg* 1969; 27: 774-86.
- Mahadevan M, Vasan N. Management of pediatric plunging ranula. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70: 1049-54.
- Zhi K, Gao L, Ren W. What is new in management of pediatric ranula? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 22: 525-9.
- Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula: clinical observations. *Head Neck* 1998; 20 (1): 63-68.
- Yang Y, Hong K. Surgical results of the intraoral approach for plunging ranula. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 2014; 134 (2): 201-05.
- O'Connor R, Mc Gurk M. The plunging ranula: diagnostic difficulties and a less invasive approach to treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2013; 42: 1469-74.
- Jain R, Morton RP, Ahmad Z. Diagnostic difficulties of plunging ranula: case series. *J Laryngol Otol* 2012; 126: 506-10.
- Jain P, Jain R, Morton RP, Ahmad Z. Plunging ranulas: high-resolution ultrasound for diagnosis and surgical management. *Eur Radiol* 2010; 20: 1442-9.
- Harrison JD. Modern management and pathophysiology of ranula: Literature review. *Head Neck* 2010; 32: 1310-20.
- Lai JB, Poon CY. Treatment of ranula using carbon dioxide laser — Case series report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009; 38: 1107-11.
- Rho MH, Kim DW, Kwon JS, Lee SW, Sung YS, Song YK, y cols. OK-432 sclerotherapy of plunging ranula in 21 patients: It can be a substitute for surgery. *Am J Neuroradiol* 2006; 27: 1090-5.
- Bijjaragi S, Rani SR A, Sangle V, Suragimath G. Ranula — A Case Report. *J Krishna Inst Med Sci Uni* 2015; 4 (2): 153-6.
- Chidzonga MM, Mahomva L. Ranula: Experience with 83 cases in Zimbabwe. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 79-82.
- Packir S, Gurunathan D, SelvaraSu K. Management of paediatric oral ranula: A systematic review. *J Clin Diagn Res* 2017; 11 (9): ZE06-ZE09.
- Hegde S, Bubna K, Dinesh Rao D. Management of ranula in a child by modified micromarsupialization technique: A case report. *J Clin Pediatr Dent* 2017; 41 (4): 305-7.
- Pandit RT, Park AH. Management of pediatric ranula. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 127 (1): 115-8.
- Garofalo S, Briganti V, Cavallaro S, Pepe E, Prete M, Suteu L, y cols. Nickel Gluconate-Mercurius Heel-Potentised Swine Organ Preparations: a new therapeutical approach for the primary treatment of paediatric ranula and intraoral mucocele. *Int J Paediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71 (2): 247-55.