

Ránulas; presentación de siete casos y revisión de la literatura

Faura Solé M*, Bresco Salinas M**, Berini Aytés L***, Gay Escoda C****

RESUMEN

La ránula es una patología rara cuya etiopatogenia se basa en la retención o extravasación de saliva de la glándula sublingual. Se describen dos tipos; una superficial o ránula bucal, y otra cervical o *plunging ranula*. La primera se limita al espacio sublingual; mientras que la ránula cervical se localiza por debajo del músculo milohioideo, y suele extenderse hacia la parte superior del cuello. Se presentan siete casos de ránulas que fueron tratadas mediante diferentes técnicas quirúrgicas. La eliminación de la ránula y de la glándula sublingual es el tratamiento de elección debido a una menor tasa de recurrencias. Una correcta técnica quirúrgica evitará la lesión del nervio lingual y del conducto de Wharton.

Palabras Clave: ránula, mucocele cervical, glándula sublingual.

SUMMARY

The most possible origin of a ranula is the retention or extravasation of saliva from the sublingual gland. Basically two varieties are described: a superficial or oral ranula and a cervical or plunging ranula. The oral ranula is limited to the sublingual space and the plunging ranula extends through the mylohyoid muscle to the upper part of the neck. We present seven cases that were treated by different surgical techniques, in all cases the resolution of the process was achieved. A correct surgical technique is necessary to avoid damaging the structures.

Key Words: ranula, cervical mucocele, sublingual gland.

Aceptado para publicación: Marzo 1998.

* Odontólogo. Alumno del Máster de Cirugía e Implantología bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

** Médico Estomatólogo. Alumno del Máster de Cirugía e Implantología bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

*** Profesor Titular de Patología quirúrgica bucal y maxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía e Implantología bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

**** Catedrático de Patología quirúrgica bucal y maxilofacial. Director del Máster de Cirugía e Implantología bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Cirujano Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona.

Faura Solé M, Bresco Salinas M, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Ránulas; presentación de siete casos y revisión de la literatura. *Av Odontostomatol* 1999; 15: 593-604.

INTRODUCCIÓN

El término de ránula se aplica a una tumoración azulada,

transparente y con una pared fina que se forma en el suelo de la boca (1) y que para algunos autores corresponde a un auténtico mucocele (2). Suele tratarse de lesiones unilate-

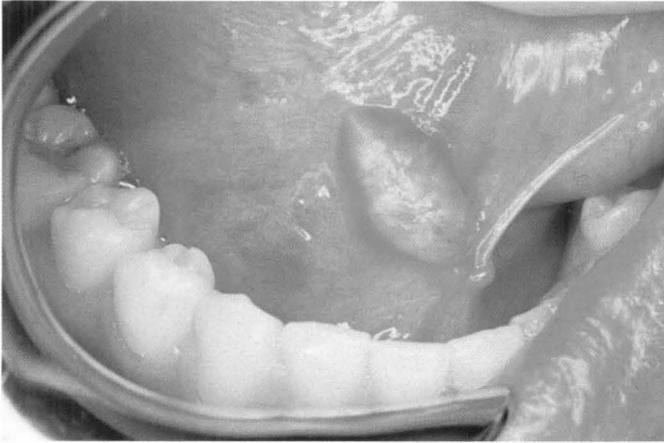


Figura 1: Imagen preoperatoria de la lesión. (Caso n.º 1.)

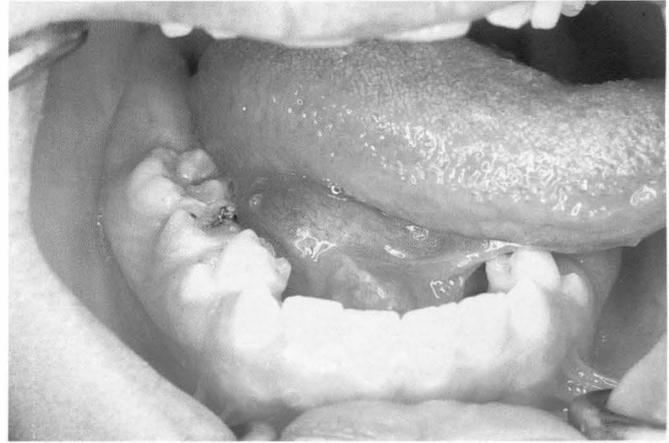


Figura 3: Visión de la ránula con un tamaño aproximado de 2 x 0.5 cm. (Caso n.º 2.)

rales y de tamaños variables (3), siendo normalmente de un diámetro de 2 a 3 cm (4). Su semejanza con el vientre de una rana explica el origen de su nombre (5).

En su evolución, la lesión suele crecer lentamente y puede llegar a bilobularse por la presencia del frenillo lingual; si dicha tumoración se extiende hacia los espacios cervicales sobrepasando el músculo milohioideo, se habla entonces de ránula cervical o *plunging ranula*.



Figura 2: Aspecto de la ránula una vez realizada su marsupialización. (Caso n.º 1.)

Aunque menos frecuentes, están también descritas ránulas con sólo componente cervical y sin ninguna implicación bucal (6).

Existe controversia en la literatura sobre la etiología y el tratamiento que requieren. Para algunos autores, su origen se relaciona con restos branquiales o del conducto tirogloso (7), o con traumatismos del suelo de la boca (5, 7).

Actualmente, sin embargo, se cree que lo más probable es que se trate de una obstrucción parcial del flujo salival que da lugar a una dilatación de los conductos y acinos, con su ruptura y el consiguiente drenaje de saliva hacia el intersticio (8).

El tratamiento tradicional de la ránula bucal ha sido principalmente la marsupialización, debido a la sencillez del procedimiento. Sin embargo, la elevada incidencia de recidivas que se observan tras esta técnica, hacen que hoy en día la sublingualectomía, combinada con una aspiración del contenido quístico de la ránula, sea la pauta de elección para muchos autores (1, 8, 9).

Se detallan a continuación siete pacientes que presentaban esta patología, y que fueron diagnosticados y tratados en nuestro Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona durante los años 1990-1997. En uno de los casos se realizó la marsupialización, en otros cinco casos se combinó

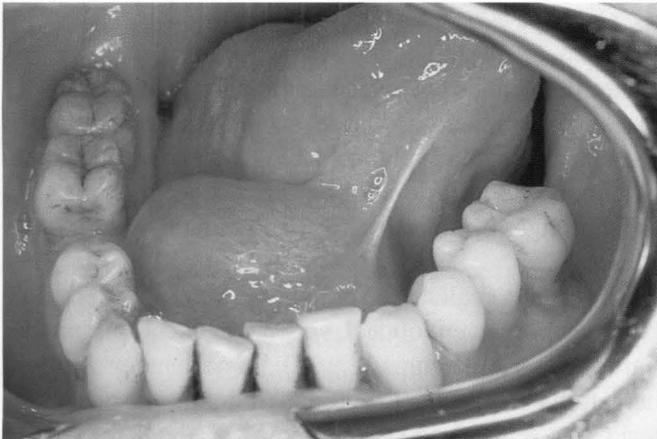


Figura 4: Tumoración en borde lateral de lengua de 3 x 1.5 cm, que correspondió a una ránula bucal simple. (Caso n.º 3.)

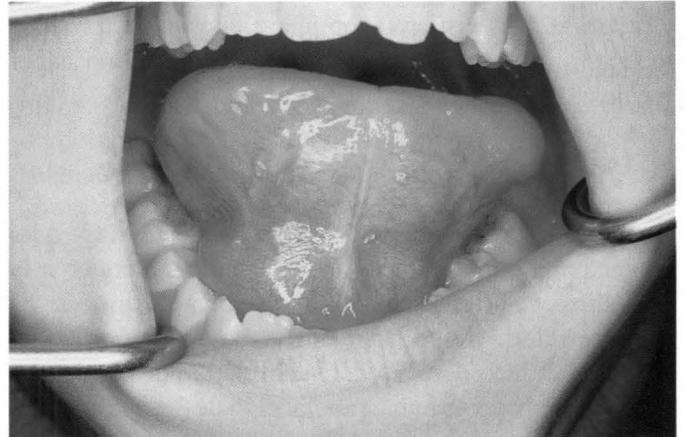


Figura 5: Ránula de 2 x 0.75 cm, de ocho meses de evolución. (Caso n.º 4.)

la eliminación de la ránula con la sublingualectomía, y sólo en uno de los casos se realizó la exéresis de la ránula previa inyección de material de pasta de impresión dentro de la lesión.

La relativamente baja frecuencia de pacientes con esta patología, la dificultad que puede conllevar su correcto diagnóstico, así como la discusión de su etiología y el tratamiento justifican su publicación.

CASOS CLÍNICOS

• Caso 1

Hombre de 18 años, sin antecedentes patológicos de interés, que presentaba una tumoración de crecimiento lento en el suelo de la boca del lado derecho, de dos años de evolución. En el momento de la consulta, la tumefacción medía aproximadamente 1.5 x 1 cm. El paciente refería mordisqueo con drenaje del contenido de manera esporádica.

En uno de estos episodios se produjo una infección secundaria que se trató con amoxicilina (750 mg cada 8 horas v.o.). Como consecuencia de este último episodio, quedó una lesión fibrosada, lateral al frenillo (figura 1). Se efectuó la marsupialización bajo anestesia local, y presentó un postoperatorio sin complicaciones (figura 2). Los controles al año demostraron la resolución del proceso, sin existir signos de recidiva.

• Caso 2

Hombre de 13 años sin enfermedades sistémicas de interés ni alergias conocidas. Desde hacía 6 meses presentaba una tumoración de 2 x 0.5 cm también en el lado derecho del suelo de boca (figura 3). El crecimiento lento pero sostenido motivó la consulta, al interferir con la deglución. Se realizó la sublingualectomía por vía bucal y exéresis del contenido de la ránula bajo anestesia local

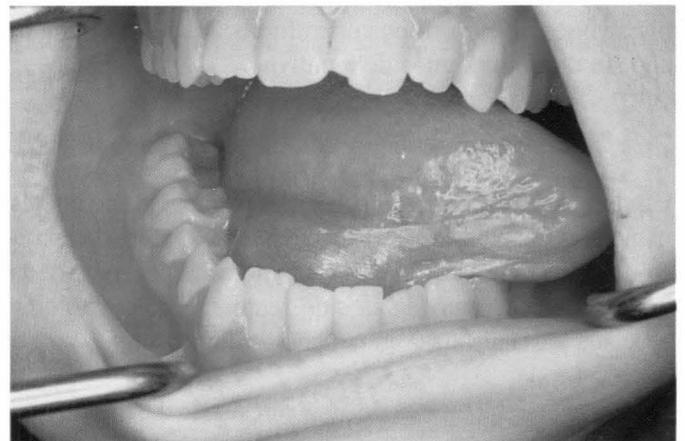


Figura 6: Visión lateral de la ránula. (Caso n.º 4.)

y sedación. No existieron complicaciones ni intra ni postoperatorias; el alta se le dio a los 8 meses al no haber recidivas.

• **Caso 3**

Hombre de 45 años operado de amigdalectomía y adenoidectomía en la infancia. El paciente era alérgico a la penicilina y no tenía patología sistémica de interés. El paciente refería desde hacía 3 años la aparición de una lesión en el lado derecho del suelo de la boca. A la inspección se observaba una tumefacción de 3 x 1.5 cm, que dificultaba la deglución y los movimientos linguales (figura 4).

Se efectuó la sublingualectomía por vía endobucal y exéresis de la ránula bajo anestesia local. El paciente presentó una parestesia del nervio lingual que desapareció a los 7 meses, y el alta se dio a los 2 años sin apreciarse recidivas.

• **Caso 4**

Mujer de 16 años sin antecedentes patológicos de interés ni alergias conocidas. Desde hacía 8 meses refería la aparición de una tumefacción azulada en el lado derecho del suelo de la boca (figuras 5 y 6). El crecimiento había sido rápido hasta alcanzar un tamaño de aproximadamente 2 x 0.75 cm.

Se procedió a la sublingualectomía por vía endobucal y exéresis del contenido de la ránula. No existieron complicaciones ni intra ni postoperatorias, y se dio el alta al año sin observar signos de recidiva.

• **Caso 5**

Hombre de 37 años, sin antecedentes patológicos de interés ni alergias conocidas. Desde hacía 4 meses refería la aparición de una tumefacción en el lado derecho del suelo de la boca. El crecimiento había sido lento sin sintomatología asociada hasta alcanzar un tamaño de 2.5 x 1 cm.

Previo a la realización de la exéresis de la membrana quística se realizó la inyección y relleno de la ránula con pasta de impresión para facilitar su posterior exéresis (figura 7). La intervención no presentó complicaciones (figuras 8 y 9). No se apreciaron recidivas en los controles y se dió el alta a los 2 años.

• **Caso 6**

Mujer de 18 años sin antecedentes patológicos de interés ni alergias conocidas. Desde hacía 3 meses presentaba tumefacción azulada el lado derecho del suelo de la boca. El tamaño de la lesión era de 2.5 x 1.5 cm (figura 10). Existían ligeras molestias a la deglución.

Se procedió a realizar la sublingualectomía y exéresis de la ránula por vía endobucal, sin presentar complicaciones intraoperatorias (figuras 11 y 12). La paciente presentó un hematoma en el espacio sublingual durante el postoperatorio, que se resolvió sin problemas.

No existieron recidivas en los controles, y el alta se dio a la paciente a los 2 años.

• **Caso 7**

Hombre de 55 años que había sido intervenido por ulcus duodenal en el año 1995 y de adenoidectomía y amigdalectomía en la infancia. Era fumador de un paquete al día. El paciente acudía por presentar desde hacía un mes, un dolor punzante a nivel de zona sublingual izquierda exacerbado durante las comidas.

Hacía aproximadamente 7 días, había drenado espontáneamente en esa zona un líquido de aspecto mucoso de color claro. A la exploración se palpaba una tumoración en el lado izquierdo de aproximadamente 3.5 x 3 cm (figura 13).

Se indicó la exéresis de dicha tumoración y de la glándula sublingual bajo anestesia local (figuras 14 y 15). El diagnóstico de presunción era de ránula, que fue posteriormente confirmado mediante anatomía patológica.

El paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio ni recidivas en los controles sucesivos.

DISCUSIÓN

Con el nombre de ránula se engloban un conjunto de lesiones quísticas del suelo de la boca que van desde los mucocelos con cubierta epitelial (quistes de retención), pasando por los quistes de extravasación donde no existe esa capa epitelial (1), hasta llegar a la auténtica ránula, que, según Donado (10), sería una disembrioplasia de la glándula sublingual.

Para algunos autores, como Langlois (11), se trata de una patología típica de la segunda y tercera década de la vida. Para López Arranz (12), la afectación, sin embargo, puede darse en toda la población comprendida desde los 4 a los 52 años, y se observa una incidencia mayor entre las mujeres en una proporción de 1/1.3.

Resumiendo algunos de los casos que se han publicado, vemos que la afectación en el sexo masculino es de aproximadamente un 60% de los casos, y que la edad media de presentación está alrededor de los 22 años.

En nuestra casuística, de siete casos, cinco correspondían a varones, y en cuatro de los pacientes la edad no superaba los 20 años.

La ránula suele presentarse de forma unilateral, aunque existen casos descritos de bilateralidad, lo que refleja según algunos autores una cierta predisposición a esta patología (13, 14). Según la mayoría de autores no parece existir una incidencia mayor de un lado respecto al otro (5, 11).

De los siete casos que presentamos, seis correspondían al lado derecho y tan solo uno al lado izquierdo. Tampoco parece existir ninguna causa que pueda justificar una mayor incidencia de un lado respecto al otro, atribuyendo nuestra distribución irregular a la limitación en el número de casos presentados.

Muchos autores distinguen dos tipos de ránulas; la bucal o simple y la cervical (15). La ránula simple o no cervical suele ser más frecuente (12) y está limitada, en su parte inferior, por el músculo milohioideo, y circunscrita a la cavidad bucal. Los casos que presentamos corresponden a este tipo de ránula.

La ránula cervical, en cambio, se extiende desde el músculo milohioideo hacia el cuello, ocupando el espacio submandibular y/o parafaríngeo (16), pudiendo llegar en casos excepcionales hasta la base del cráneo (11, 17, 18), o hasta la clavícula (19). Se puede diferenciar un tercer grupo (13), que correspondería a las ránulas mixtas, con un componente cervical y otro sublingual.

Estudios anatómicos han demostrado que la extensión de una ránula bucal hacia la zona cervical se ve facilitada por la presencia de hiatos en el músculo milohioideo, hecho observado entre un 45% y un 27.3% de los cadá-

veres estudiados por Engel y col. (20). Gaughran (21) destaca también que hasta en un 36% de la población normal se pueden observar prolongaciones de tejido graso o de porciones de la glándula sublingual hacia el espacio submandibular a través del músculo milohioideo.

Autores como Van den Akker y col. (18) confirman clínicamente, durante la extirpación de la glándula sublingual, la presencia de dichas comunicaciones a través del músculo milohioideo.

En cuanto a la auténtica etiopatogenia de las ránulas, existen datos para afirmar que esta entidad nosológica tiene su origen en la glándula sublingual (8). Se ha visto que en las ránulas la sialografía de la glándula submaxilar es normal (18) y que a veces es posible encontrar un drenaje anómalo de la glándula sublingual, lo que puede favorecer la aparición de mucocelos. Por otra parte, la determinación de amilasa y proteínas en el líquido del mucocelo correspondería a los esperados si la glándula sublingual fuera la causal (22). Es importante también destacar la gran cantidad de recidivas descritas en la literatura que no curaron hasta proceder a realizar la sublingualectomía, incluso en aquellos casos en los que se había realizado previamente la extirpación de la glándula submaxilar (11, 18).

En cuanto a la formación de las ránulas propiamente dicha, no se ha podido demostrar con claridad ningún mecanismo para explicar su origen. Se ha postulado la transformación patológica de un elemento glandular de la región que provocaría la autodigestión de los acinos glandulares (10), de modo parecido a como se producen los quistes pancreáticos (12).

Existen también teorías embrionarias que explican el origen de la ránula a partir de la proliferación de restos epiteliales incluidos, lo que correspondería a una disembrionoplasia (11, 13); restos del seno cervical (23), restos branquiales o restos del conducto tirogloso (24) son algunas de las estructuras a partir de las que podría producirse dicha proliferación.

Para Brunner (25), la ránula es el resultado de un proceso inflamatorio crónico de una glándula salival mucosa que tiene como consecuencia una necrosis con licuefacción.

Otra teoría explicativa del origen de la ránula se basa en la obstrucción del conducto salivar, lo que produciría una

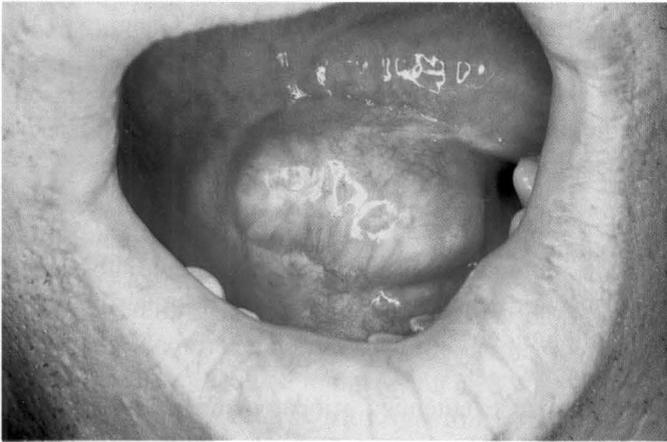


Figura 7: Ránula de aproximadamente 2.5 x 1 cm. (Caso n.º 5.)

retención de saliva que se encontraría rodeada por una membrana epitelial (26, 27). Para algunos autores existe una epitelización que se produce de manera casi exclusiva en pacientes de más de 40 años, y que se cambia en los pacientes más jóvenes por un tejido de granulación (23). Para otros autores, esta membrana no es en realidad epitelial sino que se trata de una condensación de tejido de granulación y macrófagos que pueden ser valoradas erró-



Figura 8: Imagen intraoperatoria de la exéresis de la ránula. (Caso n.º 5.)

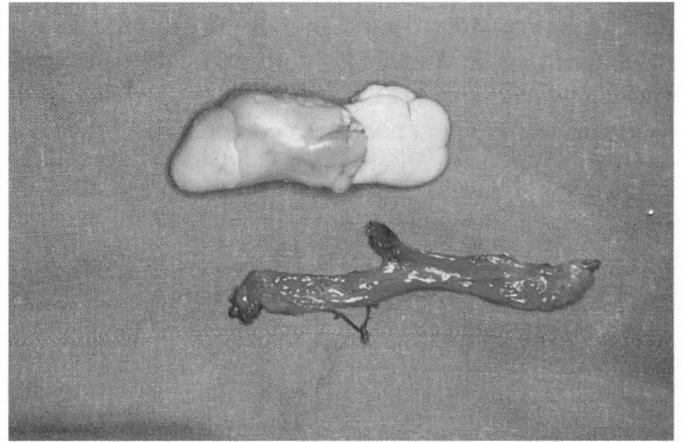


Figura 9: Aspecto del tejido eliminado y el material de impresión. (Caso n.º 5.)

neamente como células epiteliales aplanadas (28), y sostienen que el mecanismo de formación de la ránula se basa en un mecanismo de extravasación (pseudoquiste) (14, 29). En este caso existiría un conducto salivar dañado que produciría un drenaje hacia el intersticio, originándose así la formación de un mucocele.

Se ha visto en estudios en animales, en donde se ligaron los conductos de excreción de las glándulas salivales, que no se producían ránulas sino sialoadenitis de repetición, que a la larga producían la atrofia del parénquima glandular (30).

Posiblemente sea la combinación de las dos últimas teorías la que hoy en día sea más aceptada y la que explique con más seguridad la formación de las ránulas. Una obstrucción parcial del flujo podría dar lugar a la dilatación de conductos y acinos, con ruptura de algunos de ellos y drenaje de saliva hacia el intersticio (8).

El diagnóstico de presunción es difícil, ya que la clínica de la ránula suele ser común a otras patologías que pueden aparecer en la misma región anatómica. En un elevado número de casos existe una inflamación (16) o tumoración que no presenta cambios durante la masticación ni la deglución (11).

Normalmente, tampoco producen dolor; de los casos presentados, sólo en uno el paciente refería dolor como síntoma relevante. A veces pueden interferir con el habla,

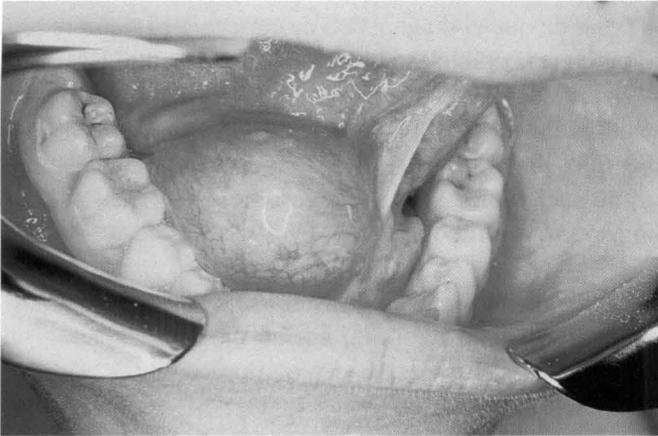


Figura 10: Tumoración de tres meses de duración que correspondía a una ránula bucal simple. (Caso n.º 6.)

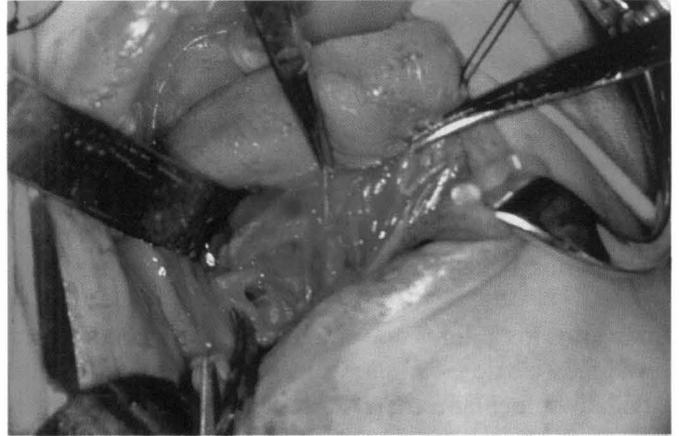


Figura 11: Visión intraoperatoria durante la exéresis de la ránula. (Caso n.º 6.)

masticación y deglución debido a su localización y a su tamaño (4), como sucedía en los casos 2, 3 y 6. A pesar de que no se suelen infectar, puede haber también el precedente de episodios de trismo y de infección repetidos (16), al igual que el primer caso presentado.

Los posibles antecedentes de intervenciones intrabucales por ránulas previas (31) o en zonas próximas, como el suelo de la boca o en la glándula submaxilar, ayudan a establecer un diagnóstico de sospecha.

Se estima por ejemplo que alrededor de un 8-12% de las transposiciones del conducto de Wharton que se realizan en algunos niños con déficits psicomotores que padecen *drooling* (sialorrea conjuntamente con imposibilidad de deglutir la saliva), se puede producir una ránula (32).

La palpación no es en ningún caso determinante y muestra una tumoración blanda, indolora, depresible y que suele estar adherida a las estructuras circundantes (12).

No existe unanimidad entre los autores sobre las pruebas complementarias a utilizar, ya que no hay ninguna de específica (8, 15). Las sialografías de la glándula sublingual no pueden realizarse de manera rutinaria en los pacientes a pesar de que en perros se han observado mediante esta técnica diversas alteraciones (33).

Las sialografías resultan ya de por sí difíciles de realizar en una glándula sublingual normal, por tanto, en caso de

existir una estenosis que condicione una obstrucción parcial del flujo salival, se complica aún más su realización. Además, la cateterización del conducto de Wharton necesaria para la inyección del contraste, puede suponer que dicho catéter sobrepase el conducto de drenaje de la sublingual, o que simplemente la glándula sublingual desemboque independientemente del conducto de Wharton, con lo que la validez de esta prueba es discutible.

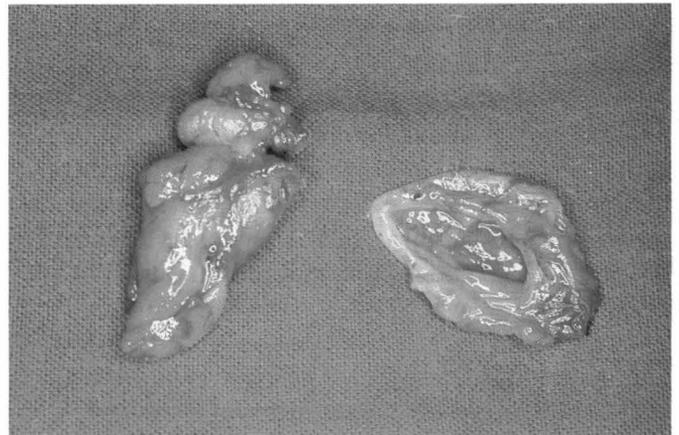


Figura 12: Pieza operatoria. (Caso n.º 6.)

Takimoto sugiere la realización de radiografías de la zona submaxilar después de la inyección de 0.5 ml de una sustancia de contraste radioopaca en el espacio sublingual para diagnosticar preoperatoriamente las *plunging ranulas* sin componente bucal aparente. Si el medio se extiende hacia el cuello, indica la presencia de una ránula cervical; mientras que si el contraste se limita al espacio superior, indicará que la ránula es sublingual (31).

Son varios los autores que emplean los ultrasonidos para el diagnóstico de la ránula, y observan los límites de una cavidad unilocular rellena de fluido (13, 34). La imagen típica que ofrecen las ránulas en las ecografías son las de una masa quística, más o menos homogénea y ecolúcida (35).

La punción con aspiración tampoco ha demostrado ser una prueba determinante, ya que la posible presencia de material mucoso muy denso puede impedir la adecuada aspiración (34). A pesar de ello, algunos autores la continúan empleando y en estos casos suele apreciarse un líquido espeso, como la clara de huevo, compuesto por albúmina, mucina y algunas células epiteliales (10).

La tomografía computerizada es utilizada por otros autores (36, 37) aportando datos de interés tanto en lo que se refiere a la extensión como a las relaciones anatómicas que establece dicho proceso. La resonancia magnética puede aportar también datos significativos, siendo una prueba de utilidad para ver esta patología.

Para establecer el diagnóstico diferencial hay que separar las ránulas con componente sólo bucal y las que tienen una porción extrabucal o cervical.

Algunas de las entidades que merecen ser descartadas en caso de ránula bucal son las siguientes: quistes branquiales (14, 15, 16, 29), quistes hidatídicos (2), lipomas, hemangiomas, higromas (11, 16), y otras lesiones salivales tumorales como los adenomas pleomorfos, adenocarcinomas, etc. (38).

Las ránulas con componente cervical incluyen además otras entidades con las que establecer el diagnóstico diferencial, como por ejemplo, los quistes formados a partir de restos del conducto tirogloso (2), quistes dermoides o epidermoides (15), quistes de la glándula tiroidea (14, 15) o paratiroidea (11), linfadenopatías (34), laringoceles (15) y malformaciones arteriovenosas (15).

A pesar de que el diagnóstico de certeza será siempre histológico, es posible establecer diferencias entre las diversas entidades mediante las imágenes obtenidas con las exploraciones complementarias y la clínica. Así, por ejemplo, los higromas quísticos a diferencia de las ránulas no suelen afectar al espacio sublingual y suelen tener un aspecto multilocular (16).

Además los higromas, al presumirse su desarrollo a partir de tejido fetal anormal, suelen diagnosticarse en un 90% de los casos dentro de los dos primeros años de vida (39).

La localización de los quistes branquiales de tamaño pequeño o medio permite también establecer ya diferencias con las ránulas. Estos quistes suelen situarse a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, dentro del espacio carotídeo; desplazando el músculo esternocleidomastoideo posterolateralmente, la carótida y la yugular posteromedialmente y la glándula submaxilar hacia delante (16).

Las lesiones inflamatorias pueden también simular una ránula, aunque suelen diferenciarse por la tendencia a abarcar varios espacios y separar las fascias además de presentar una clínica claramente distinta.

Los lipomas suelen tener una cápsula fina y encapsulada que se pueden diferenciar de las ránulas a través de la medición de su densidad con tomografía computerizada. La densidad de los lipomas es normalmente inferior a los 20 HU (16).

Los ganglios submaxilares son la primera estación de drenaje de muchas neoplasias localizadas en el labio inferior, mucosa alveolar anterior, proceso alveolar, lengua, etc., y son también una entidad con la que establecer el diagnóstico diferencial de la ránula.

La presencia de una posible lesión primaria, así como las características de las adenopatías visibles mediante tomografía computerizada que tienen unas paredes gruesas nos ayudarán a establecer las diferencias entre ambos procesos.

La angiografía posibilita en algún caso diferenciar una ránula de un hemangioma profundo. Además, el color que suelen presentar los hemangiomas puede permitir establecer un correcto diagnóstico diferencial (39).

En cuanto al tratamiento, hemos de señalar que se han utilizado múltiples técnicas, como, por ejemplo, la inyección en la cavidad de una suspensión al 10% de oxiclورو de bismuto combinado con una irradiación de 30 Gy. Se obtenía con ello la fibrosis de la glándula salival, anulando su función, lo que según Quick y Lowell (40) explicaba el éxito del tratamiento.

Se cree que las partículas de bismuto amplían la intensidad de la radiación unas 30 veces aproximadamente, ya que liberan electrones de baja energía. A pesar de que esta modalidad de tratamiento ha caído en desuso por los posibles efectos a largo plazo de la radiación, continúan apareciendo algunos casos tratados así en la literatura.

Recientemente, Shimm y col. (41) obtuvieron éxito en el tratamiento de una ránkula que había sufrido múltiples recidivas, mediante la administración de una dosis total inferior a los 30 Gy, sugiriendo el uso de esta terapia en casos muy concretos. Nuestra opinión es que el uso de las radiaciones ionizantes para el tratamiento de esta patología es inadmisibile, haya o no habido varias recidivas.

La incisión y el drenaje simple de la ránkula es un procedimiento contraindicado por las altísimas recidivas que presenta debido a la facilidad con que se cierra el lugar donde se practica la incisión (42).

La marsupialización es para algunos autores el tratamiento de elección de las ránkulas que no tienen una extensión cervical (43) debido a un menor riesgo de lesión del nervio lingual y/o del conducto de drenaje de la glándula submaxilar. La técnica consiste en realizar una serie de suturas en torno a los márgenes periféricos del quiste, las suturas van a través de la mucosa del suelo de la boca y del epitelio quístico (10).

Cuando está bien marcado con ellas el contorno del quiste, se elimina la pared superior de la ránkula que corresponde al tejido limitado por las suturas. La membrana quística que queda en la cavidad bucal sufre una transformación metaplásica y adopta las características de la mucosa adyacente.

El primer caso presentado fue tratado con este procedimiento, y se obtuvo la resolución del proceso.

Opinamos, sin embargo, que se trata de una técnica con una elevada tasa de recidivas, tal y como lo confirman

diferentes autores (1, 16) y que, por tanto, el uso de esta técnica debería limitarse a casos muy concretos.

Existen pequeñas modificaciones de la técnica anterior, así, por ejemplo, hay cirujanos que después de eliminar una pequeña porción de la pared superior de la ránkula y de aspirar el contenido del quiste, contornean el defecto llenándolo con una gasa estéril doblada, lo que facilita la disección del conjunto de dicha pared superior.

Otros autores, como Calatrava y Donado (10), recomendaban la realización de toques de la cápsula con nitrato de plata al 1 por 100 o cloruro de zinc al 10 por 100.

En caso de que la bolsa sea muy grande, es posible dejar una gasa yodofórmica e ir cambiándola periódicamente.

La marsupialización también puede realizarse empleando el láser. Mintz y col. (44), después de tener el diagnóstico de certeza mediante biopsia preoperatoria, procedieron en ocho pacientes a vaporizar, con el láser de CO₂, ránkulas sin extensión cervical. Emplearon una potencia de 10 Watios y, combinando la acción de vaporización y la de corte, obtuvieron tan buenos resultados que recomiendan su uso para el tratamiento de esta patología.

El tratamiento de elección de las ránkulas, debido a su mayor predecibilidad y al menor índice de recurrencias para la mayoría de autores, es la eliminación de la glándula sublingual, ya sea mediante incisión intra o extrabucal.

Yoshimura y col. (37) realizan un estudio sobre 27 pacientes y comparan los resultados obtenidos en tres grupos a los que en el primero se realizó la eliminación de la lesión, en el segundo la marsupialización y en el tercero la eliminación de la lesión combinada con la eliminación de la glándula sublingual.

Llegaron a la conclusión de que el procedimiento que aporta mejores resultados es la sublingualectomía aplicada al tercer grupo.

La técnica puede tener diferentes variantes pero básicamente consiste en practicar una incisión intrabucal directamente sobre la glándula (41). A veces es recomendable la colocación de un catéter en el interior del conducto de Wharton que permita su identificación durante la disección.



Figura 13: Tumoración de 3.5 cm x 3 cm, que correspondía a una ránula. (Caso n.º 7.)

Galloway y col. (2) sugieren realizar la incisión en el surco gingivolingual, realizando un colgajo mucoperiostico desde el primer molar del lado afecto hasta la línea media o un poco más allá, justo lo necesario para permitir un adecuado acceso.

Al reflejar el colgajo, se hace una incisión en el periostio por la que se herniará la glándula, completándose la di-



Figura 14: Aspecto del campo operatorio durante la eliminación de la ránula. (Caso n.º 7.)

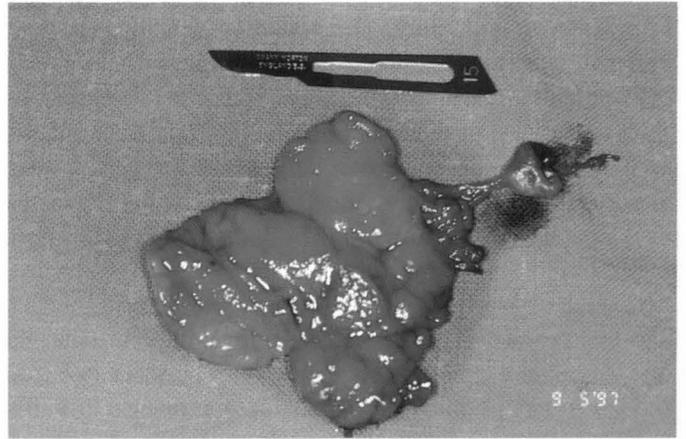


Figura 15: Pieza operatoria. (Caso n.º 7.)

sección con tijera curva de punta roma. Hay que extremar durante todo el procedimiento la protección del nervio lingual y del conducto de Wharton

Los vasos que entran en la glándula se localizan en la zona posterior y medial, y se debe ligar sin lesionar el nervio o el conducto submaxilar (2). La herida se cierra sin tensión, y se mantiene un drenaje durante 10 días.

La importancia de disecar los bordes de la ránula es para algunos autores además de técnicamente difícil totalmente innecesaria, ya que se obtienen buenos resultados sin la necesidad de efectuar dicho procedimiento, el cual normalmente provoca una mayor morbilidad (2, 14).

El pronóstico de estas lesiones es bueno, aunque existen casos puntuales de asociación de una ránula con diferentes lesiones neoplásicas (36, 37).

La técnica tiene una morbilidad relativamente baja (45). Existen, sin embargo, abundantes recidivas descritas en la literatura, con una media superior a las dos intervenciones por ránula.

Durante la eliminación de la glándula sublingual y del componente más caudal de una *plunging ranula* ha de prestarse especial atención de no lesionar los nervios lingual o hipogloso, ni el conducto de Wharton.

También es preciso vigilar la integridad del trayecto de la

arteria sublingual (38) y realizar una correcta hemostasia de todas sus ramificaciones, para evitar complicaciones hemorrágicas postoperatorias.

CORRESPONDENCIA

Dr. Cosme Gay Escoda
Ganduxer, 140, 4.º
08022 Barcelona
E-mail: cgay@bell.uib.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Kay L W, Laskin D M. Quistes de los maxilares y de los tejidos blandos bucales y faciales. En: Laskin D M (ed). Cirugía Bucal. Buenos Aires, Panamericana, 1987, 423-82.
2. Galloway R H, Gross P D, Thompson S H, Patterson A L. Pathogenesis and treatment of ranula: report of three cases. J Oral Maxillofac Surg 1989; 47: 299-302.
3. Pindborg J J. Atlas de enfermedades de la mucosa oral (4.ª edición). Barcelona, Salvat Editores, 1986, 176, 186.
4. Jaspers M T. Salivary glands: anatomy, development and diseases. En: Waite D E (ed.). Textbook of practical oral and maxillofacial Surgery (3.ª ed.). Filadelfia, Lea & Febiger, 1987, 220-59.
5. Shear M. Cysts of the oral regions (3.ª ed.). Cambridge, Wright, 1992.
6. Zafarulla M Y M. Cervical mucocele (plunging ranula): an unusual case of mucous extravasation cyst. Oral Surg 1986; 62: 63-6.
7. Praetorius F, Hammarstrom L. A new concept of the pathogenesis of oral mucous cysts based on a study of 200 cases. J Dent Assoc S Afr 1992; 47: 226-31.
8. Garatea J G, Gay Escoda C. Ránula cervical; a propósito de un caso. Arch Odontoestomatol 1990; 6: 372-9.
9. Parekh D, Stewart M, Joseph C, Lawson H H. Plunging ranula: a report of three cases and review of the literature. Br J Surg 1987; 74: 307-9.
10. Calatrava L, Donado M. Hiperplasias y tumores blandos de los tejidos blandos bucales. En: Donado Rodríguez M (ed). Cirugía bucal. Patología y técnica. Madrid: El autor, 1990, 755-77.
11. Langlois N E. Plunging ranula: a case report and a literature review. Hum Pathol 1992; 23: 1306-8.
12. López Arranz. Cirugía Oral. Madrid, 1991, páginas 489-526.
13. Horiguchi H, Kakuta M, Nagumo M. Bilateral plunging ranula. A case report. J Oral Maxillofac Surg 1995; 24: 174-5.
14. Barnard N A. Plunging ranula: a bilateral presentation. Br J Oral Maxillofac Surg 1991; 29: 112-3.
15. De Visscher J G A M, Van der Waal K G H, De Vogel PL. The Plunging Ranula. J Cranio Maxillofac Surg 1989; 17: 182-5.
16. Coit W E, Harsberger H R, Osborn A G y col. Ranulas and their mimics: C T evaluation. Radiology 1987; 163: 211-6.
17. Mair I W S, Schewitsch E, Svendsen O K, Haugeto O K. Cervical ranula. J Laryngol Otol 1979; 93: 623-8.
18. Van der Akker H P, Bays R A, Becker A E. Plunging or cervical ranula. Review of the literature and report of 4 cases. J Maxillofac Surg 1978; 6: 286-93.
19. Batsakis J G, McClatchey K D. Cervical ranulas. Ann Otol Rhinol Laryngol 1988; 97: 561-2.
20. Engel J D, Harn S D, Cohen D M. Mylohyoid herniation: gross and histologic evaluation with clinical correlation. Oral Surg 1987; 63: 55-9.
21. Gaughran G R L. Mylohyoid boutonnière and sublingual bouton. J Anat (Lond) 1963; 97: 565-8.
22. Roediger W E, Lloyd P, Lawson H H. Mucous

- extravasation theory as a cause of plunging ranulas. *Br J Surg* 1973; 60: 720-2.
23. Rauch S, Seifert G, Gorlin R J. Enfermedades de las glándulas salivales. En: Gorlin R J, Goldman H M (eds). *Patología Oral* (6.ª ed.). Barcelona. Salvat Edi-tores, 1973, 1059-78.
24. Braun T W. Clinical ranula due to an ectopic sublingual gland. *J Maxillofac Surg* 1982; 10: 56-8.
25. Brunner H. Pathology of the ranula. *Oral Surg* 1949; 2: 1591-4.
26. Barnes B L. Surgical pathology of the head and neck. New York, Dekker. 1985: 1297-301.
27. Von Hippel R. Uber Bau und Wesen der Ranula. *Arch Klin Chir* 1987; 55: 164-6.
28. Killey H C, Seward G R, Kay L W. *An Outline of Oral Surgery*. Bristol. John Wright, 1975, 86.
29. Mizuno A, Yamaguchi K. The plunging ranula. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993; 22: 113-5.
30. Satandish S M, Shafer W G. Serial histologic effects of rat submaxillary and sublingual salivary gland duct and blood vessel ligation. *J Dent Res* 1957; 36: 866-71.
31. Takimoto T. Radiographic technique for preoperative diagnosis of plunging ranula. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 659-63.
32. Balakrishnan A, Ford G R, Bailey C M. Plunging ranula following bilateral submandibular duct transposition. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 667-9.
33. Glen J B. Salivary cysts in the dog: identification of sublingual ducts defects by sialography. *The Veterinary Record*. 1966; 14: 488-92.
34. Lyall J B. Plunging ranula an unusual presentation. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1989; 27: 60-2.
35. Horch H H. *Cirugía odontoestomatológica*. Barcelona, Masson-Salvat, 1992. p. 20.
36. Ali M K, Chiancone G, Knox G W. Squamous cell carcinoma arising in a plunging ranula. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 40: 305-8.
37. 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.
38. Danford M, Eveson JW, Flood TR. Papillary cystadenocarcinoma of the sublingual gland presenting as a ranula. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1992; 30: 270-2.
39. Osborne T E, Haller A, Levin S, Little B J, King K E. Submandibular cystic hygroma resembling a plunging ranula in a neonate. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71: 16-20.
40. Quick C A, Lowell S A. Ranula and the sublingual glands. *Arch Otol* 1977; 103: 397-401.
41. Shimm D S, Berk F K, Tilsner T J, Coulthard S W. Low-dose radiation therapy for benign salivary disorders. *Am J Clin Oncol* 1992; 15: 76-8.
42. Yoshimura Y, Sugihara T, Matsuura R. Plunging ranula: a report of two cases and review of the literature. *Quint Int* 1989; 20: 435-7.
43. Lamey P J, Lewis M A. The treatment of ranula and salivary gland neoplasms. *Br Dent J* 1990; 168: 385-9.
44. Mintz S, Barak S, Horowitz I. Carbon dioxide laser excision and vaporization of nonplunging ranulas: a comparison of two treatment protocols. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 370-2.