



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

JOÃO VITOR GARCIA DE OLIVEIRA

**MICROMARSUPIALIZAÇÃO DE RÂNULA EM PACIENTE  
PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

---

Londrina  
2022

JOÃO VITOR GARCIA DE OLIVEIRA

**MICROMARSUPIALIZAÇÃO DE RÂNULA EM PACIENTE  
PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Estadual de Londrina - UEL, como  
requisito parcial para a obtenção do título de  
Cirurgião-Dentista

Orientador: Prof. Dr. Hedelson Odenir Lecher  
Borges

Londrina  
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

de Oliveira , João Vitor Garcia .

Micromarsupialização de Rânula em paciente pediátrico: relato de caso clínico / João Vitor Garcia de Oliveira . - Londrina, 2022.  
33 f. : il.

Orientador: Hedelson Odenir lecher Borges.

Coorientador: Vinicius Eduardo de Oliveira Verginio .

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Graduação em Odontologia, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Rânula - TCC. 2. Micromarsupialização - TCC. 3. Paciente pediátrico - TCC. I. Odenir lecher Borges, Hedelson . II. , Vinicius Eduardo de Oliveira Verginio . III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Graduação em Odontologia. IV. Título.

CDU 616.31

JOÃO VITOR GARCIA DE OLIVEIRA

**MICROMARSUPIALIZAÇÃO DE RÂNULA EM PACIENTE  
PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de (Bacharel, Especialista, Mestre, Doutor) em (Nome do Curso).

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Orientador; Prof. Dr. Hedelson Odenir  
lecher Borges  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Lígia Pozzobon Martins  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me guiado, me dando conhecimento e muita força para conclusão dessa etapa tão sonhada da minha vida.

A minha família em especial a minha mãe, que lutou com muita dedicação para que eu conseguisse realizar meu sonho. A meus avós maternos, por terem me dado todo apoio possível. A minha tia Lúcia que sempre esteve ao lado da minha mãe nos momentos que ela precisava e que sempre lembrava de mim, mesmo longe, de alguma maneira. Ao meu irmão Pedro, que sempre esteve preocupado em como me sentia, mesmo estando tão longe.

Aos meus melhores amigos, que desde a infância estavam comigo, até os dias de hoje, Felipe e Gabriela. E aos meus amigos da graduação que a cada dia que passava nos tornávamos mais unidos e que se tornaram minha família me amparando e sempre estando ao meu lado.

Ao meu Professor Orientador Hedelson, que sempre se prontificou em me ajudar durante a elaboração desse trabalho, e em outros atendimentos clínicos, muito obrigado.

E por fim, aos meus mestres. Todos que passaram por mim, tiveram uma grande contribuição para meu crescimento pessoal e profissional. Gratidão a todos.

## RESUMO

De Oliveira, João Vitor Garcia. **Micromarsupialização de rânula em paciente pediátrico: relato de caso clínico.** 2022. 33. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em nome do curso) – Centro de Educação, Comunicação e Artes, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, ano de realização.

O termo rânula é usado para descrever uma lesão que ocorre no assoalho bucal, causado por um extravasamento mucoso ou um cisto de retenção de muco derivado das principais glândulas salivares sublinguais ou submandibulares. Apresenta como características clínicas: consistência mole, base sésil ou pediculada, limites precisos, superfície lisa, indolor à palpação, de cor azulada ou rósea, de evolução rápida e com história de remissão dos sintomas e exacerbação espontânea. O objetivo do trabalho é relatar um caso clínico de rânula em paciente pediátrico, que compareceu a Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial da Universidade Estadual de Londrina queixando-se de aumento de volume em região de assoalho bucal à direita. A partir do exame intrabucal confirmou-se a presença da lesão e devido às características clínicas o diagnóstico foi de rânula. O tratamento proposto foi a micromarsupialização por ser menos invasivo e traumático, realizado sob anestesia local, e suturas ao longo da lesão com fio de Seda 4.0. Paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 6 meses, sem sinais de recidiva. Visando um procedimento mais simples e de baixa morbidade, a micromarsupialização mostra-se uma alternativa de tratamento viável e com bons resultados quando bem indicada, principalmente em crianças.

**Palavras-chave:** rânula; micromarsupialização; paciente pediátrico.

## ABSTRACT

De Oliveira, João Vitor Garcia. **Micromarsupialização de Rânula em paciente pediátrico: relato de caso clínico.** 2022. 33. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em nome do curso) – Centro de Educação, Comunicação e Artes, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, ano de realização.

The term ranula is used to describe a lesion that occurs on the floor of the mouth, caused by a mucous leakage or a mucus retention cyst derived from the main sublingual or submandibular salivary glands. It's clinical characteristics are: soft consistency, sessile or pedunculated base, precise limits, smooth surface, painless on palpation, bluish or pink in color, with rapid evolution and with a history of remission of symptoms and spontaneous exacerbation. The objective of this study is to report a clinical case of ranula in a pediatric patient, who attended the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology Clinic of the State University of Londrina complaining of swelling in the region of the floor of the mouth on the right. From the intraoral examination, the presence of the lesion was confirmed and, due to the clinical characteristics, the diagnosis was ranula. The proposed treatment was micromarsupialization because it is less invasive and traumatic, performed under local anesthesia, and sutures along the lesion with 4.0 silk thread. The patient is under 6 month postoperative follow-up, with no signs of recurrence. Aiming at a simpler procedure with low morbidity, micromarsupialization is a viable treatment alternative with good results when properly indicated, especially in children.

**Key-words:** rânula; micromarsupialization; pediatric patient.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> .....	23
<b>Figura 2</b> .....	23
<b>Figura 3</b> .....	24
<b>Figura 4</b> .....	24
<b>Figura 5</b> .....	25
<b>Figura 6</b> .....	26



# **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 PREVALÊNCIA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 LOCALIZAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4 DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>18</b>
<b>2.5 ASPECTOS CLÍNICOS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.6 EXAME HISTOLÓGICO.....</b>	<b>19</b>
<b>2.7 PROGNÓSTICO.....</b>	<b>19</b>
<b>2.8 TRATAMENTO.....</b>	<b>19</b>
<b>3. RELATO DE CASO CLÍNICO .....</b>	<b>22</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As glândulas salivares podem ser acometidas por alguns processos patológicos diferentes, como sendo de caráter genético, inflamatório, alérgico, neoplásico, autoimune ou cístico (BEZERRA et al., 1999). Entre as lesões benignas que afetam a cavidade oral, podemos encontrar os fenômenos de retenção salivar, que se explicam como lesões que envolvem as glândulas salivares, e seus respectivos ductos, podendo ser encontrados clinicamente como rânula (DELBEM et al., 2001).

As rânulas se caracterizam como lesões nodulares, não possuem malignidade, são flutuantes, além disso, sua cor pode variar do translúcido ao azulado, ou mesmo com a mesma cor da mucosa oral. São considerados pseudocistos retentivos, tendo como localização o assoalho bucal. Geralmente se originam através de um trauma nas glândulas sublinguais ou submandibulares, ou também, por uma obstrução dos ductos salivares (NEVILLE et al., 2016; EFFAT., 2012; AMARAL et al., 2012).

Existem dois tipos encontrados de rânula sendo a rânula oral, localizada subjacente à mucosa bucal e sobre o músculo miloióide, e a rânula mergulhante, na qual a lesão se estende entre os espaços, permitindo o extravasamento para os planos de tecido mole supra-hióides (MALAQUIAS et al., 2013).

Geralmente a lesão não costuma apresentar algum tipo de sintomatologia dolorosa, entretanto o seu tamanho, assim como a sua localização, quando passam a ocupar uma grande parte do assoalho bucal, causam uma elevação na região da língua e bastante desconforto ao paciente, podendo gerar problemas na fala e na deglutição (MARTINEZ et al., 2010).

Existe uma grande variedade de técnicas cirúrgicas para o tratamento de rânulas, podendo citar, ressecção por via cervical ou intra-oral, drenagem da lesão e também recessão juntamente com a glândula, excisão com laser de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), marsupialização e micromarsupialização (HABERAL et al., 2004). Contudo, fatores como idade do paciente, características, localização e profundidade da lesão vão interferir durante a escolha do tratamento (REGEZI et al., 2017).

A micromarsupialização é uma ótima opção de tratamento, visto que é pouco invasiva, sob anestesia local, não deixa cicatriz extraoral, possui baixo risco, além de ser bem tolerada pelos pacientes e, podendo ser realizada mais de uma vez, caso a lesão venha a recidivar. Ela se baseia na transfixação da lesão com fios cirúrgicos e

tem como finalidade promover uma epitelização ao redor das suturas nos orifícios de entrada e saída da agulha, formando novos canais excretórios que permitirão, assim, o esvaziamento do conteúdo e a regressão da lesão. A baixa invasividade do procedimento, a simplicidade de execução, e o fato de que nenhum cuidado especial é necessário, além da higienização do local, durante a recuperação, fazem desta técnica uma boa opção de tratamento especialmente em pacientes pediátricos (ROCHA et al., 2013; MALAQUIAS et al., 2013; VERMA, 2013).

O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura com o tema proposto de lesão de rânula, bem como apresentar um caso clínico no qual foi preconizado o uso da técnica de micromarsupialização como tratamento de eleição em paciente pediátrico que compareceu a clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual de Londrina.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA:

### 2.1 DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Dentre as lesões benignas que acometem a cavidade oral, os fenômenos de retenção salivar apresentam-se como lesões que envolvem as glândulas salivares e seus respectivos ductos, podendo apresentar-se clinicamente como mucocele e rânula. Elas possuem características semelhantes, sendo a rânula localizada especificamente no assoalho bucal (FREITAS et al., 2004). É a lesão mais comum da glândula sublingual, considerada uma glândula salivar maior, localizada na face superior do músculo milohióide, separada da cavidade oral por uma fina camada de mucosa, tornando uma área susceptível ao trauma, ocasionando a retenção de muco no sistema de ductos de Bartholin e Rivius ou de extravasamento de muco como consequência do rompimento ductal, ambos vão dar origem a rânula, onde há um acúmulo de secreção salivar grossa e viscosa nos tecidos, gerando um pseudocisto, pois não apresenta um revestimento epitelial verdadeiro (GERALDINI, et al., 2006).

As rânulas são lesões que acometem o assoalho bucal, as quais se assemelham ao ventre da rã. O vocábulo é proveniente do termo latim rana, que significa “rã”. As rânulas se apresentam como uma tumefação azul transluzente (DELBEM et al., 2000; HABERAL;GÖÇMEN; SAMIN., 2004; CHIDZONGA e MAHOMVA., 2007). São caracterizadas por um pseudocisto constituído a partir da disseminação de muco nos tecidos moles proveniente de um trauma ou pela obstrução da glândula sublingual que, na maior parte das vezes, ocorre de forma unilateral (NEVILLE et al., 2016; TOMMASI., 2013). Essa é a lesão mais comum da glândula sublingual, ocorre em consequência de um trauma nos ductos salivares, de forma que a produção de saliva pode então se extravasar abaixo da superfície da mucosa para os tecidos moles da cavidade oral, acumulando dentro dos tecidos e dando origem a um pseudocisto, já que não possui revestimento epitelial verdadeiro, que contém saliva grossa e viscosa (PETERSON et al., 2000).

Os fenômenos de retenção de muco são considerados raros, e têm como causa o estreitamento da abertura do ducto salivar, não permitindo a saída da saliva produzida de forma adequada, o que ocasiona a dilatação do ducto e aumento de volume da superfície. Como diagnóstico diferencial encontra-se a mucocele, sendo necessário o exame histopatológico para sua diferenciação (BAURMASH., 2003).

Classificam-se, respectivamente, de extravasamento, quando ocorre o acúmulo e encapsulamento de muco no tecido conjuntivo, em consequência a transecção ou ruptura do ducto, resultando em uma reação inflamatória de granulação; e pseudo-cisto de retenção aquele resultante da obstrução do ducto, por um sialólito ou pela pressão do tecido conjuntivo cicatricial, após passar por algum trauma na região (DEDIVITIS e AKAKI., 2005; LEAL e BRAULIO., 2014; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN., 2008).

Desse modo, a rânula é uma lesão que resulta do acúmulo salivar entre os planos musculares na região do assoalho da boca, seguido da formação de um tecido fibroso reacional, delgado, que circunda o muco (BAURMASH., 2001).

## **2.2 PREVALÊNCIA**

São consideradas relativamente incomuns, cuja prevalência é de cerca de 0,2 casos por 1000 pessoas e geralmente ocorre em crianças e adultos jovens, sendo seu pico de frequência em pessoas na segunda década de vida (TOLENTINO et al., 2010; VERMA., 2013). Essa retenção tem maior prevalência em pessoas mais idosas, já em crianças e adultos jovens, o mais comumente encontrado é o extravasamento de muco (ARUNACHALAM e PRIYADHARSHINI., 2010). Essa predominância encontrada em pacientes pediátricos e adultos jovens, é em consequência de serem submetidos com mais frequência a traumatismos que induzem o extravasamento de mucina (NOLETO et al., 2010). Há uma proporção em relação a predileção pelo sexo feminino de 50,7% e sexo masculino de 49,3% (ZHI; WEN; ZHOU., 2009; WANDERLEY et al., 2013).

## **2.3 LOCALIZAÇÃO**

A rânula pode ser classificada em dois tipos: oral ou mergulhante. A rânula oral ocorre no espaço sublingual, na região da glândula sublingual, superior ao músculo milohióide. A mergulhante ocorre no espaço submandibular, quando a lesão se estende além do músculo milohióide (GERALDINI et al., 2006; VERMA., 2013; PETERSON et al., 2000; MALAQUIAS et al., 2013). A rânula mergulhante ocorre quando a pressão do fluido do muco diseca através do músculo milohióide para alcançar o espaço submandibular (GERALDINI et al., 2006; VERMA., 2013).

## **2.4 DIAGNÓSTICO**

Clinicamente as rânulas são fáceis de reconhecer, a complicação no diagnóstico se dá somente caso não existam meio bucal adequado, dificultando para o profissional, e quando isso ocorre, são usados outros métodos como o exame de ultrassonografia onde é possível observar a extensão da lesão ou radiografias que evidenciam material radiopaco. (AGUIRRE e HOMERO., 2011). A ultrassonografia é um exame complementar de diagnóstico de fácil acesso, relativamente barato, não invasivo e facilmente reproduzível (ASRANI e SHAN., 2017). Esse exame torna possível a distinção da lesão dos tecidos adjacentes superficiais que estão localizados na região maxilofacial, sendo favorável para fornecer informações necessárias como o tamanho, natureza da lesão e profundidade, bem como sua relação com vasos sanguíneos adjacentes e outras estruturas. Junto a isso, é um método altamente preciso no diagnóstico de neoplasias benignas e inchaços orofaciais que possuem como causas lesões císticas de tecidos moles ou inchaço inflamatório da região de cabeça e pescoço ( DE CASTRO et al.,2019).

No pré-operatório, o uso de Ressonância Magnética por imagem usada como um protocolo para avaliar qual é a extensão da lesão e o planejamento cirúrgico por enucleação com/sem excisão da glândula sublingual, é indicado por alguns autores (HALLUR et al., 2011).

A punção aspirativa da região da lesão, pode confirmar a natureza salivar do pseudocisto, havendo no material coletado altos níveis de amilase e proteína. (TOLENTINO et al., 2010).

## **2.5 ASPECTOS CLÍNICOS**

De acordo com a literatura, são lesões que se localizam no assoalho bucal, possuem uma boa delimitação, geralmente as rânulas são encontradas unilateralmente, com coloração arroxeada e seu tamanho pode variar causando uma impressão de bilateralidade, na qual pode interferir na deglutição e na fala (ALQHTHANI et al., 2012, MORTON e BARTLEY., 1995). Geralmente costumam ter evolução rápida e serem assintomáticas, caso não possuam nenhum halo inflamatório

ou crescimento exacerbado (LAWAL et al., 2013). A lesão tem como característica clínica um aumento de massa no assoalho da boca, de consistência mole, base sésil ou pediculada, com limites precisos e superfície lisa, móvel, indolor à palpação, de evolução rápida e com história de remissão dos sintomas e exacerbação espontânea. Na maioria dos casos não apresenta sintomatologia, sendo azulada quando localizada superficialmente, ou apresentando coloração da mucosa, quando encontradas profundamente nos tecidos. (MALAQUIAS et al., 2013; TOLENTINO et al., 2010).

## **2.6 EXAME HISTOLÓGICO**

Na análise microscópica, a lesão apresenta uma região de mucina extravasada, e presença de tecido de granulação reacional ao seu redor, com numerosos macrófagos de aspecto espumoso. Infiltrado inflamatório crônico e ductos dilatados normalmente são encontrados nas glândulas salivares menores adjacentes (NEVILLE et al., 2016).

## **2.7 PROGNÓSTICO**

O prognóstico de pacientes que apresentam essa lesão é favorável, tornando as recidivas pouco frequentes. Contudo, quando o tratamento realizado é a exérese da lesão sem remover a glândula que esteja envolvida, as chances de recidivas são comuns (NASCIMENTO et al., 2014).

## **2.8 TRATAMENTO**

O assoalho bucal possui estruturas anatômicas nobres, como o ducto da glândula submandibular, vasos sanguíneos e ramos terminais do nervo lingual, nos quais devem ser levados em consideração na escolha da técnica que será utilizado como tratamento da lesão de rânula. (GALLOWAY et al., 1989).

Diversos procedimentos terapêuticos têm sido propostos para tratamento da lesão de rânula, podendo citar, ressecção por via cervical ou intra-oral, drenagem da lesão e também recessão juntamente com a glândula, excisão com laser de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), a marsupialização, criocirurgia, injeção intracística de OK-432 (uma mistura liofilizada de grupos de baixa virulência de *Streptococcus pyogenes* com

penicilina G potássica) e a micromarsupialização. (HABERAL et., 2004). Além das técnicas acima mencionadas alguns autores utilizam a toxina botulínica tipo A, método não cirúrgico e inovador para o tratamento da lesão. (FREITAS et al., 2004; MALAQUIAS et al., 2013; TOLENTINO et al., 2010; JAISHANKAR et al., 2010). Conforme estudos recentes, a excisão cirúrgica da glândula sublingual ipsilateral é considerada o tratamento definitivo. (TOLENTINO et al., 2010; JAISHANKAR et al., 2010; GERALDINI et al., 2006; SHEHATA e HASSAN., 2008). Alguns fatores como idade do paciente, características, localização e profundidade da lesão devem ser levados em consideração na escolha do tratamento que será realizado (REGEZI et al., 2017).

Ainda não se tem um consenso a respeito do melhor tratamento disponível para a rânula, devido a lacuna existente da sua etiopatogenia. No entanto, a marsupialização é o tratamento mais usual. Por mais que essa técnica possui a maior taxa de recorrência, ainda assim é uma opção de tratamento muito utilizada, por ser mais conservadora e, com isso, diminuir o risco de envolver estruturas anexas, ou, até mesmo com o intuito de preservar a função da glândula sublingual (OLIVEIRA et al., 2015; YAGUE et al., 2009). Essa técnica consiste na remoção do teto da lesão, possibilitando que o ducto da glândula sublingual restabeleça a comunicação com a cavidade oral, excisando-se uma porção da mucosa oral junto com a parede superior da lesão. O revestimento da glândula é suturado à mucosa oral do assoalho da boca, posteriormente, e deixado cicatrizar por segunda intenção, permitindo assim, que o ducto da glândula sublingual restabelecesse a comunicação com a cavidade oral (FREITAS et al., 2004).

Em casos de rânulas recorrentes ou persistentes, o tratamento de escolha deve ser a excisão cirúrgica da lesão e da glândula sublingual (PETERSON et al., 2000). Quando compara-se a marsupialização com a excisão cirúrgica, encontra-se uma menor incidência de hipostesia lingual e sangramento/hematoma quando em comparação com excisão da glândula sublingual associada a excisão da rânula (FREITAS et al., 2004), dessa forma, a técnica de excisão da lesão e da glândula é usada como segunda opção, visto que tem uma maior possibilidade de lesionar as estruturas do assoalho bucal (GIL et al., 2001).

A utilização do laser de CO<sub>2</sub> com vaporização pura ou juntamente com a incisão da glândula, é o método de tratamento mais indicado para rânulas do tipo cervicais, pois diminuirá as chances de complicações e recidivas. Dois tipos de



técnicas não são muito utilizadas por produzirem uma ampla destruição tecidual, são elas a criocirurgia e eletrocirurgia (GIL et al., 2001). A injeção intracística de OK-432 está indicada para o tratamento de rânula em crianças, atua gerando uma reação inflamatória que aumenta a permeabilidade das células endoteliais, fazendo com que o muco drene rapidamente, resultando na diminuição da lesão (STUANI et al., 2008). Outra técnica muito utilizada em crianças é a micromarsupialização, em razão de ter uma chance baixa de recidiva, menos traumática, realizada sob anestesia local, além de possuir ótimos resultados e poder ser realizado mais de uma vez, caso a lesão volte a recidivar (BAHARVAND et al., 2014; ROCHA et al., 2013; MALAQUIAS et al., 2013; VERMA, 2013). A micromarsupialização está baseada na transfixação da lesão com fios cirúrgicos pelo corpo da lesão e tem como finalidade promover a epitelização ao redor das suturas nos pontos de entrada e saída dos orifícios, formando novos canais excretórios, permitindo o esvaziamento do muco e conseqüentemente, a regressão da lesão (ROCHA et al., 2013; MALAQUIAS et al., 2013; VERMA, 2013).

### 3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 13 anos, compareceu para uma consulta com a equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial da Universidade Estadual de Londrina, queixando-se de um aumento de volume em região de assoalho bucal á direita, sem alterações em cor e aspecto da mucosa relacionada, de palpação amolecida e com discreta elevação lingual, assim observado durante o exame clínico. No exame extra-oral (Figura 1), não foi encontrado aumento de volume, todavia o responsável relatou que no local já havia observado aumento de volume prévio em região submandibular/submentoniana a direita. Já no exame intra-oral (Figura 3), foi observado aumento de volume em assoalho bucal a direita, não houve mudança na coloração da mucosa, de palpação amolecida, com discreta elevação lingual e uma cicatriz na região. Paciente não possui comorbidades sistêmicas, e não relata ter alergias. O responsável nos informou que foram realizadas três abordagens invasivas em outro serviço, havendo uma cicatriz linear na região onde havia aumento de volume, observada durante o exame físico, porém o paciente não sabia relatar ao certo qual o procedimento que foi executado. Foi realizado exame radiográfico oclusal (Figura 4) com o objetivo de pesquisar a presença de radiopacidades, que indicassem a presença de sialolito, porém o resultado foi negativo. O trabeculado ósseo remanescente e os dentes presentes nas áreas avaliadas apresentam características tomográficas compatíveis com a normalidade. A partir disso, o paciente foi diagnosticado com o quadro de rânula.

**Figura 1: Aspecto extrabucal inicial, sem alteração.**



Fonte: Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Universidade Estadual de Londrina.

**Figura 2: Aspecto extrabucal normal, sem alterações.**



Fonte: Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Universidade Estadual de Londrina.

**Figura 3: Exame intrabucal. Aumento de volume em assoalho bucal a direita, não houve mudança na coloração da mucosa e com uma cicatriz na superfície da lesão.**



Fonte: Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Universidade Estadual de Londrina.

**Figura 4: Exame radiográfico oclusal. Não observa imagens compatíveis com áreas de calcificação da região de assoalho bucal, não sendo visualizadas imagens sugestivas de sialolito.**

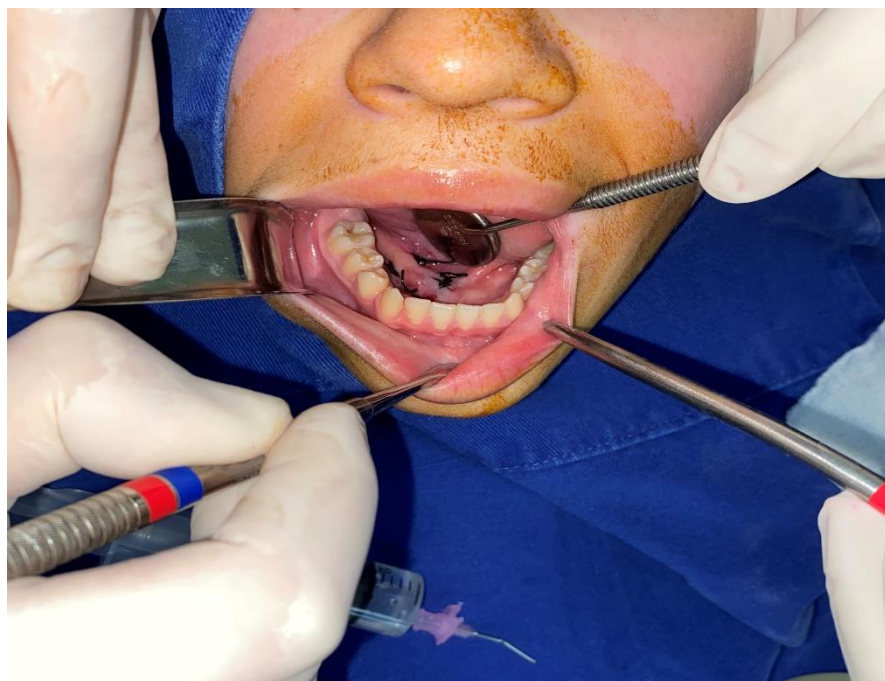


Fonte: Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Universidade Estadual de Londrina.

Partindo do princípio de iniciar tratamento com as alternativas mais conservadoras, foi optado inicialmente pela micromarsupialização, na qual promove uma epitelação ao redor do fio de sutura, formando novos canais excretores, permitindo o esvaziamento do conteúdo mucoso e a regressão da lesão.

Na primeira consulta foi realizado anamnese, exame físico, avaliação dos exames de imagens e um planejamento cirúrgico para posteriormente, realizar o procedimento. Dando sequência ao tratamento, na consulta seguinte, o pré-operatório com a paciente foi iniciado com bochecho de solução antisséptica de digluconato de clorexidina 0,12%. Após a primeira etapa, foi realizada anestesia. A seguir, foram realizadas suturas ao longo da lesão, com o fio de Seda 4.0, fazendo movimentos de “vai e vem” com o fio para que houvesse a eliminação do muco (Figura 5). O paciente foi orientado a manter uma boa higiene oral, e foi prescrito o uso de amoxicilina 500mg e paracetamol. A programação de remoção de suturas foi feita com 30 dias de pós-operatório, para viabilizar o tempo de formação de epitélio ao redor do fio, porém alguns pontos se soltaram antes disso.

**Figura 5: Transoperatório. Evidencia as suturas realizadas no corpo da lesão.**

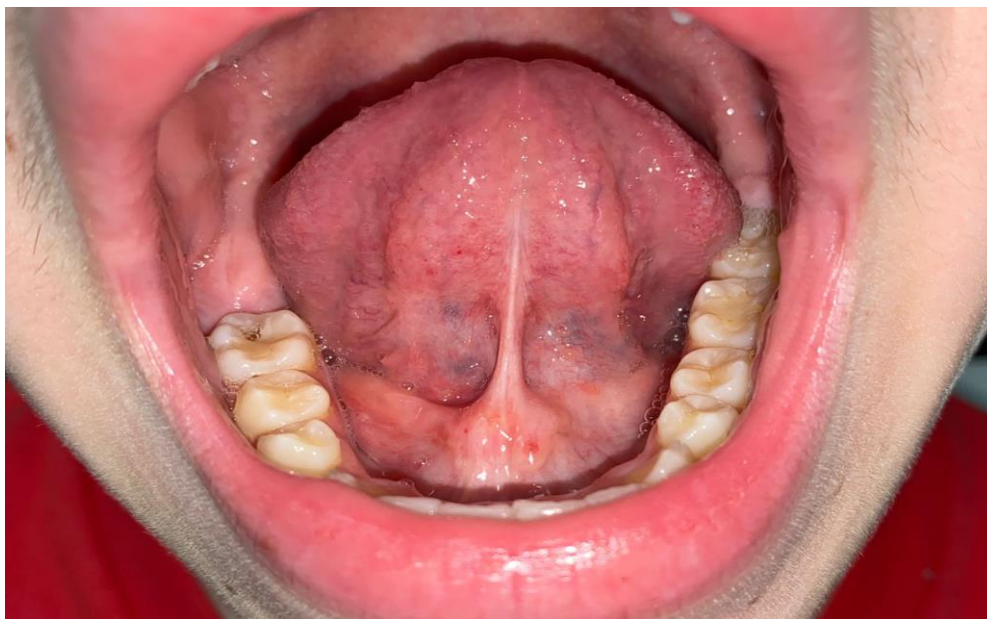


Fonte: Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Universidade Estadual de Londrina.

Em reavaliação aos sessenta dias, observou-se cicatrização compatível com o

tempo pós-operatório, sem recidivas e sem queixas de alterações. Paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 6 meses, sem sinais de recidiva (Figura 6).

**Figura 6: Acompanhamento pós-operatório de 6 meses. Não foi observado nenhuma alteração no local da lesão e sem sinais de recidiva.**



Fonte: Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial  
Universidade Estadual de Londrina.

#### 4. DISCUSSÃO

A rânula é um fenômeno de retenção de muco, que se encontra, em geral, como aumento de volume arredondado flutuante, de coloração azulada, no assoalho bucal, podendo ser considerada comum na cavidade oral, entretanto são lesões que causam ao paciente muito desconforto, em razão do tamanho que elas podem chegar e a sua localização, gerando uma grande dificuldade na fonação e mastigação (ALQHTANI e KRISHNAN., 2011; GUZMÁN-LETELIER et al., 2016).

O diagnóstico da lesão é realizado através da associação de características clínicas e pela punção com drenagem da saliva viscosa, além da análise de exames complementares imaginológicos como ultrassonografias, radiografias, e tomografias computadorizadas para obter o diagnóstico diferencial dentre outras lesões, que podem causar obstrução dos ductos salivares por cálculos e tampões celulares (FREITAS et al., 2004; TOMASSI., 2013).

Hoje na literatura existe uma grande variedade de procedimentos cirúrgicos que podem ser realizados como tratamento para a lesão, entre eles aspiração, excisão parcial ou completa da rânula e/ou da glândula salivar sublingual, às vezes envolvendo a glândula salivar submandibular, marsupialização, micromarsupialização, dissecação, crioterapia, escleroterapia, hidrodissecação e ablação a laser (KOKONG et al., 2017).

A micromarsupialização foi descrita como uma técnica simples, de fácil execução e sendo bem suportada pelo paciente, visto que é um procedimento pouco invasivo quando comparada aos tratamentos convencionais como a enucleação e a marsupialização, além de ser um procedimento pouco traumático (BAHARVAND et al., 2014; ROCHA et al., 2013; MALAQUIAS et al., 2013; VERMA, 2013). A técnica consiste na realização de suturas sucessivas com um distanciamento pequeno entre a saída e entrada da agulha com o objetivo de criar novos canalículos de drenagem com formação epitelial, onde devem permanecer durante 30 dias (JIMÉNES; FERNÁNDES; ARCE., 2016). No caso relatado, o paciente apenas passou por uma anestesia infiltrativa, e em seguida foram realizadas suturas superficialmente a lesão.

Na micromarsupialização a quantidade de suturas realizadas, varia de acordo com o tamanho da lesão. A distância entre a entrada e a saída da agulha é importante e deve ser diminuída, pois assim vai reduzir o comprimento dos ductos de drenagem e facilitar a epitelização das novas vias formadas pelas suturas, na qual promoverá a

drenagem do muco (HEGDE; BUBNA; RAO., 2017). O procedimento leva pouco tempo para ser realizado, não provoca nenhum dano tecidual ou inflamação, e é particularmente adequado para crianças pequenas que não toleram procedimentos longos ou invasivos, situação observada no caso relatado (NEGROMONTE et al., 2019).



## 5. CONCLUSÃO

A micromarsupialização constitui uma alternativa de tratamento simples para rânulas bucais, de baixa morbidade, bem tolerada e pouco invasiva, sendo adequadamente indicada para pacientes pediátricos, não proporcionando desconforto pós-operatório e tendo cicatrização rápida. Sendo assim, a micromarsupialização pode ser considerada a primeira escolha de tratamento de rânula em pacientes pediátricos, uma vez que crianças demonstram menos tolerância a procedimentos longos ou invasivos, e por também possuir um bom prognóstico, preservando as estruturas adjacentes e a função da glândula sublingual.

## 7. REFERÊNCIAS

AGUIRRE, Castillo; HOMERO, Alberto. The use of OK-432 (Picibanil) as a non-surgical alternative for the management of ranula and mucoceles. **Revista ADM**. v.68, n. 5, p. 215-221, 2011.

Alqhtani, N. R & Krishnan, A. Ranula: pathogenesis and management—A review. **IJD. International Journal of Dentistry**, v. 11, n. 1, p. 49-54, 2011.

ALQHTHANI, N et al. Ranula: pathogenesis and management – A review. **Int J Dent**, v.11, n.1, p.49-54, 2012.

AMARAL Marcio et al. Upgrading of the micromarsupialisation technique for the management of mucus extravasation or retention phenomena. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 41, n.12, p.1527-1531, 2012.

ARUNACHALAM, Pavai ; PRIYADHARSHINI, Nithya. Recurrent plunging ranula. **Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons**, v. 15, n. 1, p. 36, 2010.

ASRANI, VijayK; SHAH, JignaS. Clinical applications of ultrasonography in diagnosing head and neck swellings. **Journal of Oral and Maxillofacial Radiology**, v. 5, n. 1, p. 7, 2017.

BAHARVAND, Maryan et al. Treatment of labial mucocele by intralesional injection of dexamethasone: case series. **J Dent Mater Tech**, v. 3, n.3, p. 128-133, 2014.

BAURMASH, Harold. Mucoceles and ranulas. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 61, n. 3, p. 369–378, 2003.

BAURMASH, Harold. Treating oral ranula: another case against blanket removal of the sublingual gland. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 39, n. 3, p. 217–220, 2001.

BEZERRA, Adriana; SAMPAIO, Renato; CÂMARA, K. Rânula: aspectos clínicos e histopatológicos de 15 casos. **Rev Bras Odontol**, v. 56, n. 6, p. 298-302, 1999.

CHIDZONGA, Midion; MAHOMVA, Leonard. Ranula: Experience With 83 Cases in Zimbabwe. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 65, n. 1, p. 79–82, 2007.

**Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v.15, n.2, p.27-32, 2015.

DEDIVITIS, Rogério; AKAKI, Luiz. Tratamento cirúrgico da rânula. **Aq Med ABC**,v.30, n.2, p. 87-89, 2005.

DELBEM, Alberto *et al.* **Treatment of mucus retention phenomena in children by the micro-marsupialization technique: Case reports. *Pediatric Dentistry*. v. 22, n.2, p.155-8, 2000.**

EFFAT Kamal. Acute presentation of a plunging ranula causing respiratory distress: case report. **J Laryngol Otol**, v.12, n. 6, p.861-863, 2012.

FERNANDES, Tamara *et al.* A ultrassonografia como ferramenta no diagnóstico do lipoma em região maxilofacial: relato de caso. **Uningá Journal**, v. 56, n. 3, p. 11–17, 2019.

FILHO, Nary *et al.* Tratamento cirúrgico de rânula – Considerações de interesse clínico e relato de caso. **BCI**. v. 8, n.29, p.31-4, 2001.

FREITAS, Suzy *et al.* Rânula: técnica de marsupialização. Relato de caso clínico. **Revista Odontológica de Araçatuba**. v. 25, n. 1, p. 53–56, 2004.

GALLOWAY, Robert *et al.* Pathogenesis and treatment of ranula: Report of three cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 47, n. 3, p. 299–302, 1989.

GERALDINI, Robiany *et al.* Tratamento de rânula com marsuapilização: relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. v. 18, n. 1, p. 83–86, 2006.

GERALDINI, Robiany. *et. al.*, Tratamento de rânula com marsupialização: Relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.18, n. 1, p. 83-86, 2006.

GIL, Nazareno *et al.* Marsupialização de Rânula-apresentação de caso clínico. **Rev Portuguesa de Estomatologia medicina-dentária e cirurgia maxilo-facial**, v.42, n.2, p. [s. I], 2001.

GONZALEZ, Andre *et al.* O uso da técnica de micromarsupialização modificada no tratamento de rânula bilateral: Relato de caso clínico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. [s. I], 2021.

Guzmán-Letelier, Marcelo *et al.* Marsupialización modificada de ranula gigante intraoral: reporte de caso. **Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral**, v. 9, n.3, p.217-221, 2016.

HABERAL, Ilknur *et al.* Surgical management of pediatric ranula. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 68, n.2, p. 161-163, 2004.

HABERAL, İlknur; GÖÇMEN, Hakan ; SAMIM, Erdal. Surgical management of pediatric ranula. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 68, n. 2, p. 161–163, 2004.

HALLUR, Neelakamal et al. Management of Ranula. **International Journal of Dental Clinics**, v. 3, n.3, p. 79-80,2011.

HEGDE, Sapna; BUBNA, Ketan ; RAO, Dinesh. Management of Ranula in a Child by Modified Micro-Marsupialization Technique: A Case Report. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 41, n. 4, p. 305–307, 2017.

JAISHANKAR, Sobha. et. al. Ranula – A case report. **JIADS**, v.1, n.3, p. [S.I], 2010.

Kokong, Daniel et al. Ranula: current concept of pathophysiologic basis and surgical management options. **World Journal of Surgery**, v.41, n.6, p. 1476-1481, 2017.

LAWAL, Ahmed et al. A review of 413 salivary gland tumours in the head and neck region. **J Clin Exp Dent**, v.5, n.5, p.218-222, 2013.

LEAL, Maria; BRAULIO, Izabella. Marsupialização em rânula: relato de caso clínico. **Arq Brasileiro de Odontologia**, v.12,n.1, p.15-20, 2014.

MALAQUIAS, Alves et. al. Técnica de micromarsupialização para o tratamento de rânula – Relato de casos. **Revista Odontológica (ATO)**. v.13, n.11, p.1008-16, 2013.

MARTINEZ Ignácio et al. Clinical Characteristics, Treatment, and Evolution of 89 Mucoceles in Children. **Oral Surgery and Implantology**, v. 68, n. 10, p. 2468-2471, 2010.

MORTON, Ryan; BARTLEY, James. Simple sublingual ranulas: pathogenesis and management. **J Otolaryngol**, v. 24, n. 11, p.253-254, 1995.

NASCIMENTO, Juliana et al. Mucoceles da cavidade oral: análise das características histopatológicas de 42 casos. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 23, n. 66, 2014.

NEVILLE, Brad et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NOLETO, José et al. Rânula mergulhante tratada por meio de marsupialização: relato de caso. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 67, n. 1, p. 60, 2016.

Oliveira, Julio et al. Rânula mergulhante recidivante: relato de caso. **Revista de**

PETERSON, Laura et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2000.

REGEZI, Joseph et al. **Patologia bucal: correlações clinicopatológicas**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

REGEZI, Joseph; SCIUBBA, James; JORDAN, Richard. **Patologia oral: correlações clinicopatológicas**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008.

ROCHA, Amanda et al. Tratamento da mucocele com a técnica da micromarsupialização modificada. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v.67, n.3, p.216-221, 2013.

ROJAS, Diego; PORRAS, Ithsamar; ZAMORA, Daniela. Ranula. Surgical Versus Nonsurgical Treatment Alternatives. **Odovtos - International Journal of Dental Sciences**, v. 18, n. 1.1, p. 15–28, 2015.

SHEHATA, Ehab; HASSAN, Hussam. Surgical Treatment of Ranula: Comparison between Marsupialization and Sublingual Sialadenectomy in Pediatric Patients. **Annals of Pediatric Surgery**, v.4, n. 3-4, p. 89-93, 2008.

STUANI, Adriana et al. Tratamento de rânula bucal por meio da técnica de micromarsupialização: relato de caso. **Rev UNINGÁ**, v. [s. I], n.15, p. 69-75, 2008.

TOLENTINO, Elen et al. Rânula mergulhante: relato de caso clínico. **Odontol. Clín.-Cient**, v.9, n.3, p. 267-269, 2010.

TOMMASI, Maria. **Diagnóstico em patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VERMA, Gaurav. Ranula: A review of literature. **Archives of CraniOroFacial Sciences**, v. 1, n.3. p.44-49, 2013

WANDERLEY, Flávia et al. Retrospective study on the prevalence of mucus retention and extravasation phenomena – clinical and histopatological correlation. **RFO**, v. 18, n. 3, p. 307-311, 2013.

YAGUE, Garcia et al. Treatment of oral mucocele-scalpel versus CO2 laser. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 1, n. 4, p. 469-474, 2009.

ZHI, KeQian; WEN, YuMing ; ZHOU, Hong. Management of the pediatric plunging ranula: results of 15 years' clinical experience. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 107, n. 4, p. 499–502, 2009.