





DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v19i47.1189>

Ránula un diagnóstico desafiante, a propósito de un caso pediátrico

Ranula, a challenging diagnosis, regarding a pediatric case

 María Liliana Ríos Antezana¹  Rodríguez Chambi Teddy Ernesto^{2a}  Teixeira Romero D'iago Gabriel^{2b}
 Heidy Gutiérrez Mamani^{2c}

RESUMEN

La ránula es una lesión de extravasación (pseudoquiste) o de retención, benigno, congénito o adquirido y poco frecuente; suele localizarse en la región situada por encima del músculo milohioideo o en el espacio submandibular; está relacionada con una malformación congénita, que provoca un drenaje inadecuado de las glándulas sublinguales, o con acontecimientos traumáticos y obstructivos que afectan a las glándulas o a sus conductos excretores. Se presenta una paciente femenina de 10 años presentando una lesión a nivel de piso de boca, siendo esta una lesión elevada, eritematosa, de base sésil de 8 mm de diámetro de superficie blanco-azulada, en el lado izquierdo del piso de la boca indolora a la palpación, se piden exámenes complementarios para la toma de decisión del plan de tratamiento. La micromarsupialización modificada, es hoy la técnica quirúrgica de elección en el tratamiento.

Palabras clave: Exámenes complementarios, micromarsupialización, quiste, ránula, tratamiento.

ABSTRACT

Ranula is an extravasation (pseudocyst) or retention lesion, benign, congenital or acquired and rare; it is usually located in the region above the mylohyoid muscle or in the submandibular space; it is related to a congenital malformation, which causes inadequate drainage of the sublingual glands, or to traumatic and obstructive events that affect the glands or their excretory ducts. A 10-year-old female patient is presented with a lesion at the level of the floor of the mouth, this being a raised, erythematous lesion, with a sessile base, 8 mm in diameter, with a bluish-white surface, on the left side of the floor of the mouth, painless to palpation, complementary tests are requested to make a decision on the treatment plan. Modified micromarsupialization is today the surgical technique of choice for treatment.

Keywords: Complementary examinations, cyst, micromarsupialization, ranula, treatment

Filiación y grado académico

¹Docente de Semiología General y Estomatológica. Universidad Privada del Valle. La Paz, Bolivia. mriosa@univalle.edu

²Estudiante de cuarto año de la carrera de odontología de la Universidad Privada del Valle. La Paz, Bolivia.

^arc2024021@est.univalle.edu

^btrd2024259@est.univalle.edu

^cgmh2019346@est.univalle.edu

Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés y se responsabilizan de contenido vertido.

Recibido: 18/09/2023

Revisado: 09/10/2023

Aceptado: 28/10/2024

Citar como

Ríos Antezana, M. L., Rodríguez Chambi, T. E., Teixeira Romero, D. G., & Gutiérrez Mamani, H. Ranula, Un diagnóstico desafiante. *Revista De Investigación E Información En Salud*, 19(47). <https://doi.org/10.52428/20756208.v19i47.1189>

Correspondencia

María Liliana Ríos Antezana
mriosa@univalle.edu
Telf. y celular: +59172001171

INTRODUCCIÓN

La ránula es una lesión de retención y extravasación (pseudoquistes) benigno, congénito o adquirido, poco frecuente; es la patología más común de la glándula sublingual que se subdivide en simple, donde el aumento de volumen ocurre solamente en el piso de boca y en plunging (muy bajo), en la cual se da una extravasación hacia el cuello, acumulándose saliva por debajo del músculo milohioideo (1). El término proviene del latín, ran derivado de rana, y ula de pequeña; la ránula fue descrita por primera vez por Hipócrates, quien creía que se trataba de un proceso inflamatorio crónico local, a finales del siglo XIX, Suzanne y von Hippel describieron el origen glandular de las ránulas; sin embargo, en 1920, Thompson negó el papel de la glándula sublingual en la formación de las ránulas en favor de una etiología embriológica, en su opinión, las ránulas surgen de los restos de los arcos braquiales, de forma similar a los quistes braquiales (2).

La ránula suele localizarse en la región situada por encima del músculo milohioideo (ránula sublingual) o en el espacio submandibular (ránula hundida); la prevalencia de la ránula sublingual es del 0,02 %, mientras que la ránula hundida tiene una incidencia bruta anual global de 2,4 por 100 000 personas al año. La ránula sublingual se produce con frecuencia en la primera y segunda décadas de la vida y es más común en mujeres (relación M/F 1:1,4); la ránula de sumersión tiene una incidencia máxima durante la tercera década de la vida, siendo rara en la infancia, y es más prevalente en mujeres (1).

La etiología de la ránula está relacionada con una malformación congénita (anomalías anatómicas del músculo milohioideo), que provoca un drenaje inadecuado de las glándulas sublinguales, o con acontecimientos traumáticos y obstructivos que afectan las glándulas o a sus conductos excretores; la patogénesis está relacionada con la extravasación de saliva de la glándula sublingual a los tejidos circundantes, como los tejidos peri glandular y periductal; la ránula aparece como una masa fluctuante azul, en forma de cúpula, en el suelo de la boca; sin embargo, las lesiones más profundas pueden ocultarse bajo la mucosa intacta suprayacente, como mucocèle de tipo extravasación; las ránulas carecen de una verdadera pared quística,

ya que están revestidas de tejido de granulación en lugar de epitelio (1). En función a su extensión, las ránulas se dividen en orales (simples) y puntiformes (cervicales) (2).

El tratamiento de la ránula sigue siendo controvertido e incluye métodos conservadores y quirúrgicos; las terapias menos invasivas incluyen la formación de una vía de drenaje a través de la pared del pseudoquiste mediante micromarsupialización o marsupialización; sin embargo, en el caso de la ránula hundida, los métodos conservadores tienen altas tasas de recurrencia (3). La micromarsupialización fue introducida el 2007 y hoy en día es la técnica quirúrgica más utilizada; esto dado a su baja invasividad en el abordaje quirúrgico y su baja tasa de llegar a crear una recidiva, este tratamiento está fuertemente indicado en pacientes pediátricos; consiste en colocar una sutura larga de seda 4.0 pasando a través de la parte interna de la lesión a lo ancho y se remueve a los 7 días; en la modificación de la misma se llega a realizar un mayor número de suturas consecutivas teniendo una distancia menor entre la salida y entrada de la aguja y así tener mayores puntos de drenaje de la misma; esta técnica debe durar un aproximado de 30 días. Se recomienda tener en cuenta la compresión de los puntos en la membrana de la lesión, ya que se podría dar una pérdida de irrigación sanguínea posteriormente produciendo una necrosis (4).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 10 años, que asistió acompañada de su padre a la clínica odontológica de la Universidad Privada del Valle sede La Paz. Al realizar la historia clínica como protocolo de atención; durante el examen estomatológico se detectó en el lado izquierdo de piso de boca una lesión elevada de base sésil de 8 mm de diámetro; esta era de color rojo eritematosa, transparente, azulada, la cual era indolora a la palpación. Según la anamnesis dada por el padre de la paciente, la presencia de esta lesión fue desde aproximadamente un mes atrás, en la cual fue aumentando de volumen y en el momento presentaba una disminución de este (Figura 1).



Figura 1. Lesión elevada a nivel de piso de boca, elevada roja eritematosa de base sésil de 8 mm de diámetro de superficie blanco-azulada en el lado izquierdo

De esta manera se tomó la decisión de no realizar ningún tratamiento en la ránula, dado a la alta invasividad en el tratamiento y lo traumático que será este para la paciente. Como alternativa se estableció dejar la ránula hasta que la paciente tenga edad suficiente para realizar la micromarsupialización o esperar a que esta reduzca de volumen con el tiempo. Es así que se procede a realizar tratamientos restaurativos en las diferentes piezas dentarias que lo requerían y simultáneamente dando seguimiento a la lesión quística. Hasta ese momento la paciente

no presentaba ninguna molestia en la zona; pero en los siguientes meses se volvió a presentar sintomatología que al realizar el examen físico del piso de boca se evidenció la salida de líquido inodoro e incoloro; más refería la paciente un sabor diferente; sin embargo, había disminuido de tamaño; es por esta razón que se sugiere la cirugía previa realización de exámenes complementarios, radiografía panorámica (Figura 2) en la que no existe ninguna evidencia.



Figura 2. Radiografía panorámica.

Posteriormente se pidió una tomografía (Figura 3a, b, c) para detectar alguna alteración y si hay

la presencia de cálculos salivales para tomar una decisión.

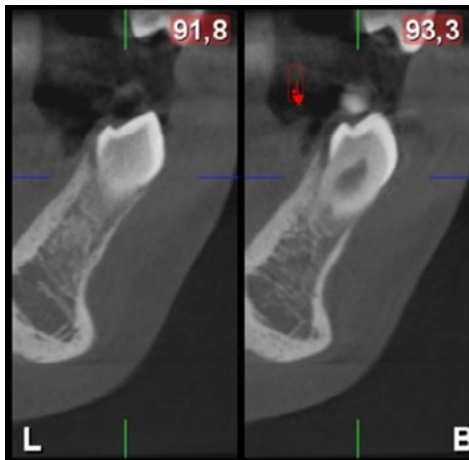


Figura 3a. Tomografía corte transaxial

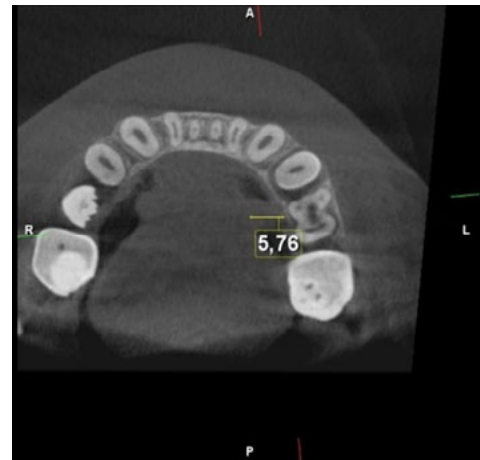


Figura 3b. Tomografía corte axial



Figura 3c. Tomografía corte coronal

Durante el examen físico intraoral a nivel de la lesión se evidencia una zona blanquecina que podría ser compatible con un sialolito, pero a la palpación es de consistencia blanda, lo cual no es coincidente con ello. En las imágenes tomográficas en el corte transaxial (Figura 3a) en la primera imagen es con la lengua descansando sobre piso bucal y no se observa nada, en la segunda imagen es con la lengua dirigida hacia el paladar se evidencia la desembocadura del conducto salival, señalada con la flecha roja; en el corte coronal (Figura 3c) se evidencia la misma imagen con una altura de 2,76 mm y en el corte axial (Figura 3b) se observa la misma imagen vista previamente con un ancho de 5,76 mm donde se evidencia una dilatación de la desembocadura del

conducto excretor comparando con la del lado opuesto; de esta manera es que se descarta la presencia de sialolitos; se podría presumir que es una ránula por extravasación y no de retención; así mismo se pudo presumir la presencia de un tapón mucoso provocando la presencia del quiste por retención de este tejido. Con los resultados obtenidos en los exámenes complementarios se determina que no son los estudios suficientes para determinar que tratamiento se efectivizará, es por eso que se debe solicitar una resonancia magnética para poder observar a la glándula y tal vez una sialografía más; para poder llegar a un diagnóstico de certeza y tomar las decisiones para el tratamiento de la mencionada lesión.

Se decidió esperar un tiempo porque la paciente se encontraba asintomática; además, que estos estudios necesarios tienen un alto costo y este tipo de lesión puede aparecer y desaparecer cada cierto tiempo; por otro lado, al no encontrarse sialolitos, definitivamente se determina esperar. En fecha del 19 de marzo de 2024, se citó a la paciente en compañía de la madre para el control de la lesión y del tratamiento ortodóntico realizado desde el mes de septiembre de 2023; se procedió a la toma de

fotografías intraorales para un control ortodóntico y de la lesión; esta no se encontraba en piso de boca del lado izquierdo y tampoco refería sintomatología (Figura 4). Se realizó la anamnesis, tanto a la madre como a la paciente, refiriendo que no se percataron de la disminución de volumen de la ránula; de esta manera, se decidió no realizar ningún tipo de intervención quirúrgica, lo cual estaba estipulado si el quiste no tenía una disminución de volumen en el transcurso del tiempo.



Figura 6. Fotografía intraoral evidenciando ausencia de la lesión quística (ránula) en marzo 2024.

DISCUSIÓN

La mayoría de los casos de ránula son de tipo simple, mayor que la del tipo hundido (1). La ránula simple suele ocurrir en la primera o segunda década de la vida, coincidiendo con el caso donde la paciente tenía 10 años; se encuentra con mayor frecuencia en el sexo femenino, en una proporción de 1:1,4; así como en la paciente presentada (1).

Es así como, la ránula es la patología más frecuente de la glándula sublingual, que suele observarse en adolescentes y adultos jóvenes (1). Una ránula es un quiste de retención de moco que se forma en el espacio sublingual cuando uno de los pequeños conductos de la glándula sublingual está obstruido; con el tiempo, se acumulan más secreciones en el espacio sublingual para dar lugar a una extensión a lo largo de ese espacio anterior y posterior (4, 5). Aunque tradicionalmente se piensa que un traumatismo es tradicionalmente la causa del desarrollo de la ránula, sólo el 2,8 % de los pacientes presentaban de traumatismo en el estudio de Zhao et al, mismo que no se corrobora en el caso presentado; en otro estudio se propuso un origen ductal y la malformación congénita como posibles etiologías (6).

Se utilizan varios métodos de tratamiento de la ránula oral (RO) y la plunging ránula/ ránula hendida (RH), lo que puede resultar confuso para los cirujanos. La micromarsupialización debe considerarse el tratamiento primario de la RO; en los casos de RO recurrente y RH primaria o recurrente, los mejores resultados pueden obtenerse mediante la escisión radical de la glándula sublingual, que puede realizarse sin resección del saco ranular por abordaje intraoral (1, 4). El tratamiento de las ránulas es variable; sin embargo, está demostrado que los métodos conservadores tienen mayores tasas de recurrencia; La micromarsupialización modificada, es hoy la técnica quirúrgica de elección en el tratamiento de la ránula; debido a su escasa invasividad y a su baja tasa de recidiva, este abordaje quirúrgico está fuertemente indicado y recomendado, especialmente en pacientes pediátricos, más frecuentemente afectados por esta lesión (3).

Pero para tomar la decisión, primero se debe llegar al diagnóstico definitivo a través del examen físico y anamnesis, solicitar exámenes complementarios como radiografía, tomografía computarizada, resonancia magnética, sialografía u otros para llegar a un diagnóstico de certeza; y de esta manera llegar

a planificar el tratamiento adecuado para la paciente, quirúrgico o no (5, 6).

Tomando en cuenta la evidencia clínica en la última visita de la paciente, para un control del tratamiento de ortodoncia y de la lesión en la paciente; se observó la disminución de volumen de la ránula (desaparición por completo), se determinó que la intervención quirúrgica no sería necesaria para el tratamiento y abordaje de la patología

en la paciente; es por eso que es muy importante realizar un adecuado y certero diagnóstico para llegar a un plan de tratamiento satisfactorio y resolutive. Es así, que diagnosticar esta lesión lleva a un camino desafiante, pues si no tomamos en cuenta las características clínicas como evolutivas podríamos tomar decisiones no adecuadas y realizar tratamientos innecesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fiorino A, Staderini E, Diana R, Rengo C, Gallenzi P. New Conservative Approach for the Management of Recurrent Sublingual Ranula-A Case Report. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 29;20(3):2398. [doi: 10.3390/ijerph20032398](https://doi.org/10.3390/ijerph20032398).
2. Gontarz M, Bargiel J, Gąsiorowski K, Marecik T, Szczurowski P, Zapala J, Gałazka K, Wyszyńska-Pawelec G. Surgical Treatment of Sublingual - Gland Ranulas. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2022 Dec 19;27(2):e296-e301. [doi: 10.1055/s-0042-1744166](https://doi.org/10.1055/s-0042-1744166).
3. Bachesk AB, Bin LR, Iwaki IV, Iwaki Filho L. Ranula in children: Retrospective study of 25 years and literature review of the plunging variable. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2021 Sep; 148:110810. [doi: 10.1016/j.ijporl.2021.110810](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.110810). Epub 2021 Jun 23.
4. Verro B, Mauceri R, Campisi G, Saraniti C. Ranula: Modified Micro-Marsupialization: Case Report and Review of Literature. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2023 Mar;35(127):113-117. [doi: 10.22038/IJORL.2023.61890.3131](https://doi.org/10.22038/IJORL.2023.61890.3131).
5. AlHayek AR, Almulhem MA, Alhashim MA, Aljazan NA. Recurrent extensive plunging ranula: A rare case. *J Family Community Med*. 2018 Sep-Dec;25(3):217-219. [doi: 10.4103/jfcm.JFCM_24_18](https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_24_18).
6. Choi MG. Case report of the management of the ranula. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2019 Dec;45(6):357-363. [doi: 10.5125/jkaoms.2019.45.6.357](https://doi.org/10.5125/jkaoms.2019.45.6.357). Epub 2019 Dec 26.