

ATLAS DE ACCESO ABIERTO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO



EXERESIS DE RANULA Y GLANDULA SUBLINGUAL

Johan Fagan

Ránula se refiere a una colección de saliva extraglandular y extraductal en el suelo de boca, con origen en la glándula salival sublingual. En raras ocasiones se puede originar por lesión en el conducto de la glándula submandibular (GSM). Es un pseudoquistes ya que carece de revestimiento epitelial.

Se presenta clásicamente como una tumefacción submucosa blanda en el suelo de boca (*Figura 1*). El término ránula proviene de la palabra latina *rana*, debido a la similitud con el vientre de dicho animal.

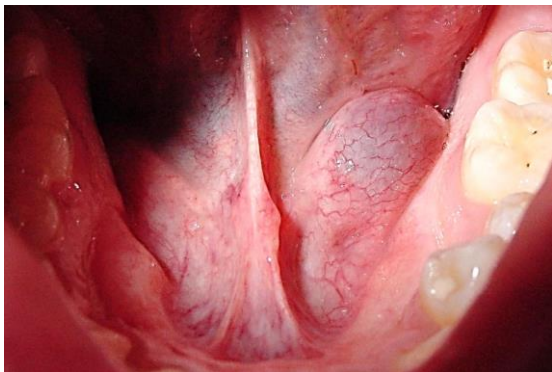


Figura 1: Ránula en el suelo de boca

La **ránula cervical** se extiende al triángulo submandibular del cuello a través de un defecto en el músculo milohioideo o, menos frecuentemente, pasando por el extremo posterior del mismo (*Figura 2*).

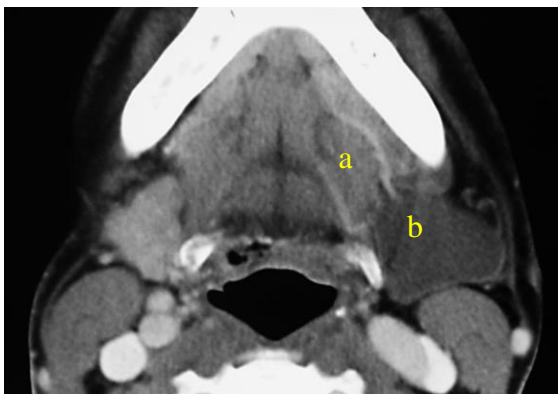
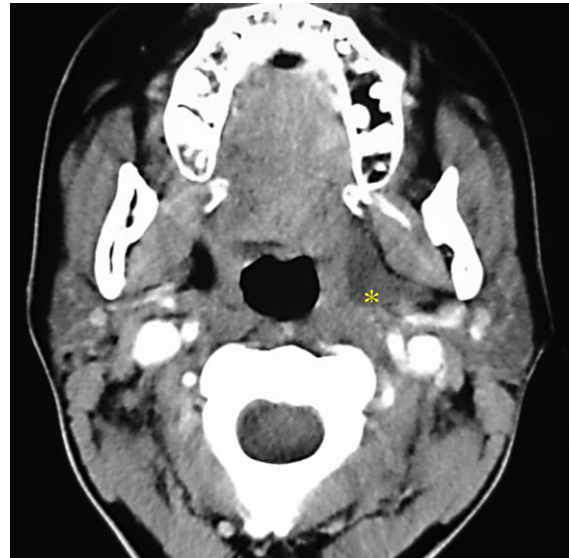


Figura 2: Ránula cervical: porción oral (a) y cervical (b)

La ránula puede además extenderse posteriormente a través de los planos cervicales al espacio parafaríngeo (*Figura 3*).



*Figura 3: Ránula con extensión al espacio parafaríngeo *, localizado adyacente al músculo pterigoideo medial*

La forma más sencilla de llegar al diagnóstico se basa en la punción y aspiración de saliva típicamente espesa y amarillenta (*Figura 4*).



Figure 4: Aspiración con aguja de saliva espesa, color amarillento

El tratamiento de la ránula es controvertido, incluye la marsupialización, exéresis de la glándula sublingual, exéresis de la ránula +/- exéresis de la glándula sublingual, y la escleroterapia. La exéresis de la glándula sublingual es clave para minimizar la recurrencia y es la elección del autor.

Anatomía quirúrgica

Las dos **glándulas salivares sublinguales** se localizan subyacentes a la mucosa en suelo de la boca, anteriores al conducto submaxilar y superiores a los músculos milohioideo y geniioideo (*Figuras 5, 6, 7*). Las glándulas drenan a través de 8-20 conductos excretores de Rivinus hacia el conducto de la GSM y también directamente hacia la boca por un pliegue de mucosa membranosa sobreelevado denominado plica fimbriata, que está formado por la glándula y localizado a ambos lados del frenillo lingual (*Figuras 6 & 7*).

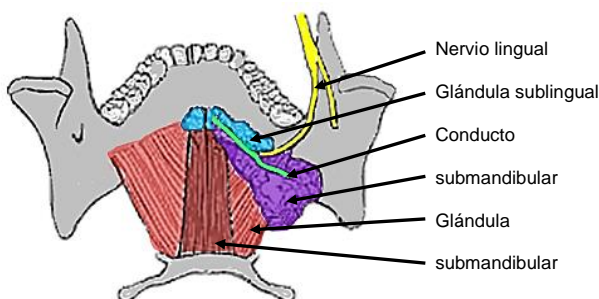


Figura 5: Vista superior intraoral de la GSM, conducto, nervio lingual y músculos milohioideo y geniioideo

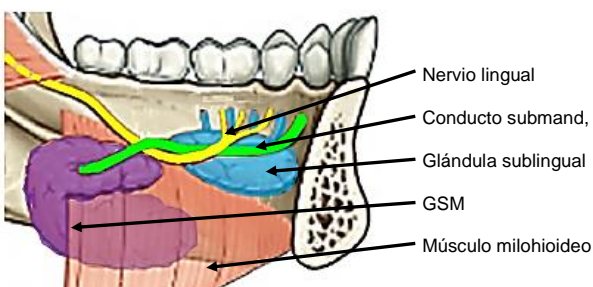


Figura 6: Vista intraoral de la glándula sublingual izquierda con los conductos de Rivinus, GSM y su conducto, nervio lingual y músculos milohioideos

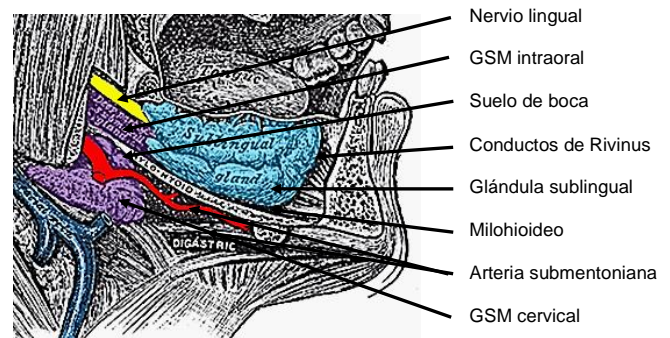


Figura 7: Vista de la glándula sublingual derecha

El **nervio lingual** cruza en profundidad al conducto submandibular en el suelo de boca lateral. Se localiza posterior al conducto en la región anterior del suelo de boca (*Figuras 5 & 6*).

El **conducto submandibular** se encuentra inmediatamente en profundidad a la mucosa del suelo de boca anterior y lateral, y se abre hacia la cavidad oral a ambos lados del frenillo (*Figuras 5 & 6*).

Las **venas raninas** son visibles en la cara inferior de la lengua y acompañan al nervio hipoglosos (*Figura 8*).

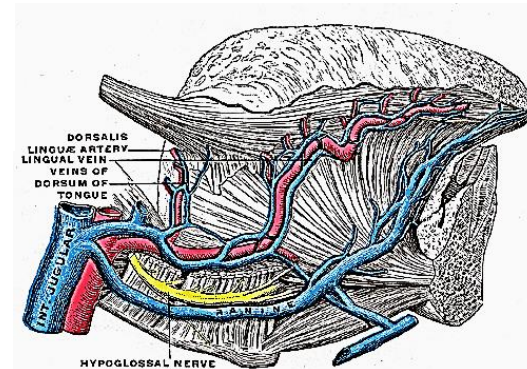


Figura 8: XII par craneal acompañado de venas raninas

La **anatomía quirúrgica detallada de la GSM y triángulo submandibular** es abordada en el capítulo referente a la exéresis de la glándula submandibular.

Técnica quirúrgica

La siguiente descripción se aplica a la cirugía de exéresis de ránula simple, glándula sublingual y ránula cervical.

Anestesia

Se pauta un antibiótico de amplio espectro durante 24 horas. En la exéresis de la ránula cervical el anestesista debe evitar la relajación muscular ya que es útil monitorizar el movimiento del labio inferior para evitar manipular el nervio mandibular marginal.

Preparación y colocación

Se posiciona el paciente en decúbito supino con el cuello extendido. Asepsia cutánea de la región cervical anterior y tercio inferior de cara. Se cubre al paciente de modo que la boca y cuello queden expuestos. Se usa un separador autoestático para abrir la boca. Se realiza una sutura con un punto de seda a tracción en la punta de la lengua para mejorar la exposición del suelo de boca en su vertiente anterior.

Exéresis de ránula simple (Figura 1)

Se realiza una incisión en la mucosa sobre la ránula con cuidado para no penetrar el saco. Se realiza la disección creando un plano submucoso sobre la pared de la ránula. Mediante disección fría, se realiza exéresis del quiste, con precaución para no lesionar el conducto submandibular ni el nervio lingual. En el caso de lesión del conducto submandibular, se realiza una recolocación movilizándolo hacia la región lateral del suelo de boca y pasándolo a través de una incisión en la mucosa del suelo de boca lateral. Se sujeta a la mucosa oral con una sutura a través del lado del conducto (Figura 9).

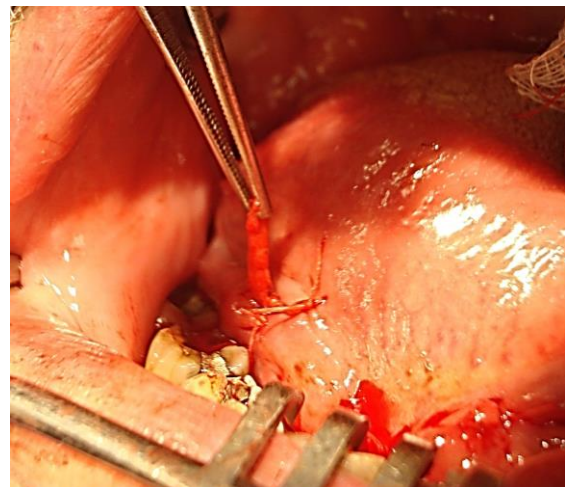


Figura 9: Conducto submandibular transpuesto hacia el región lateral derecha del suelo de boca, y suturado a la mucosa con una sutura de vycril

Exéresis de la glándula salivar sublingual

La glándula sublingual es sorprendentemente grande y está localizada inmediatamente bajo la mucosa anterior al conducto submandibular en la parte anterior del suelo de boca. Se puede extraer utilizando el electrocauterio o disección fría (Figura 10). Las estructuras con riesgo de lesión son el conducto submandibular y el nervio lingual (Figura 11).

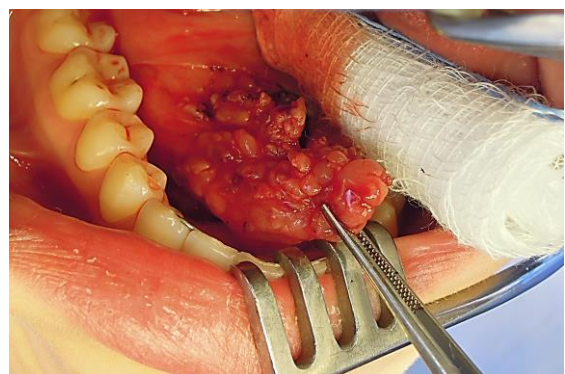


Figura 10: Glándula sublingual derecha

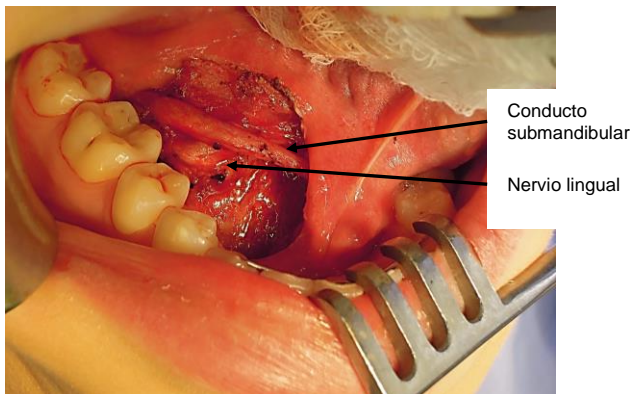


Figura 11: Nervio lingual y conducto submandibular

Exéresis de ránula cervical

Mientras la ránula cervical se puede solucionar con la escisión simple de la glándula salivar sublingual, algunos cirujanos prefieren también la exéresis de la ránula.

Se remite los lectores al capítulo exéresis glándula submandibular para la anatomía quirúrgica, siendo que gran parte de la disección es similar. Se realiza una incisión horizontal en un pliegue cutáneo al menos a 3cm de la mandíbula o a la altura del hueso hioides; se extiende anteriormente desde el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo atravesando piel, tejido subcutáneo y platisma. Se identifican y disecan las venas facial común y facial anterior, se ligan si fuera necesario. La ránula es identificada en la parte anterior del triángulo submandibular (*Figura 12*).

El vientre anterior del digástrico se identifica y se retrae hacia delante. El músculo milohioideo se identifica en profundidad y posterior al vientre anterior del digástrico (*Figura 13*).

Puede ser necesario movilizar y disecar la GSM para lograr un mejor acceso (*Figura 14*). Con disección fría se moviliza de ránula de los planos musculares adyacentes y de la GSM posteriormente. Se sigue su

trayecto hasta donde habitualmente pasa por dehiscencia del músculo milohioideo, o menos frecuentemente por detrás del músculo milohioideo hacia el suelo de boca.



Figura 12: Ránula cervical lateral derecha

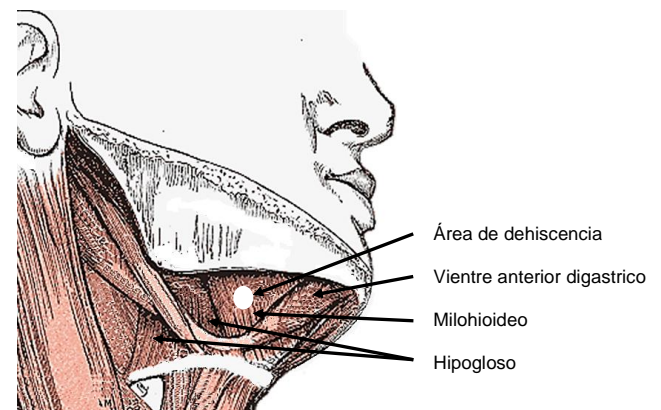


Figura 13: Músculos identificados durante escisión de GSM y área dehiscente del músculo milohioideo, a través de la cual habitualmente la ránula atraviesa hacia el espacio cervical

El cirujano completa entonces la resección de forma transoral, incluyendo la resección de la glándula salivar sublingual. En el caso de que la GSM se haya preservado, se verifica el estado del conducto submandibular para valorar si necesita que se reposicione. El defecto en la mucosa del suelo de boca es reparado con suturas reabsorbibles, y se cierra el cuello por planos tras colocación de un drenaje con aspiración.

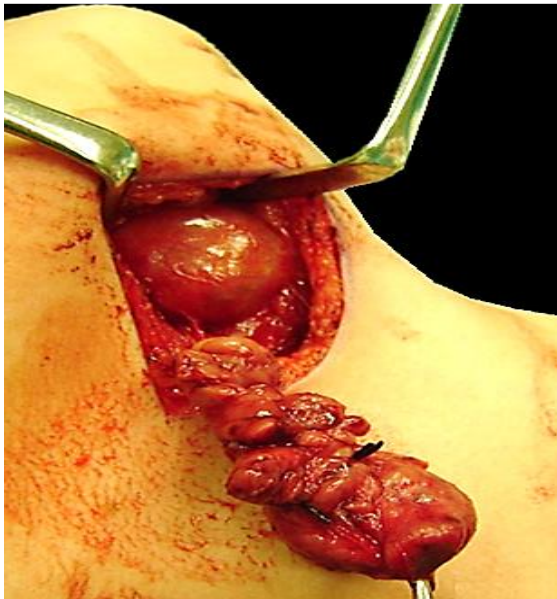


Figure 14: GSM movilizada para mejorar la exposición de la ránula cervical

Traductores

Ana Sofia Araújo da Costa
Hospital Universitario Son Espases
Palma, Illes Balears, España
anaaraujocosta@hotmail.com

Coordinador de las traducciones al castellano

Dr J. Alexander Sistiaga Suárez MD
FEBEORL-HNS, GOLF IFHNOS Unidad
de Oncología de Cabeza y Cuello –
Servicio de Otorrinolaringología Hospital
Universitario Donostia
San Sebastian, España
jasistiaga@osakidetza.eus

Autor y Editor

Johan Fagan MBChB, FCS (ORL), MMed
Professor and Chairman
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD & NECK
OPERATIVE SURGERY**
www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](#) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

