

ATLAS LIVRE DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO



TRATAMENTO DA RÂNULA E EXÉRESE DA GLÂNDULA SALIVAR SUBLINGUAL

Johan Fagan

A colecção extraglandular e extraductal de saliva ao nível do pavimento da cavidade bucal com origem na glândula sublingual é denominada **Rânula**. Excepcionalmente poderá resultar da lesão do ducto da glândula submandibular (GSM). Trata-se de um pseudoquisto, pois não possui verdadeiro revestimento epitelial. Classicamente apresenta-se como uma tumefacção mole no pavimento da boca (*Figura 1*). O termo *rânula* deriva da palavra latina para “rã” (*rana*) porque o quisto assemelha-se ao ventre de uma rã.

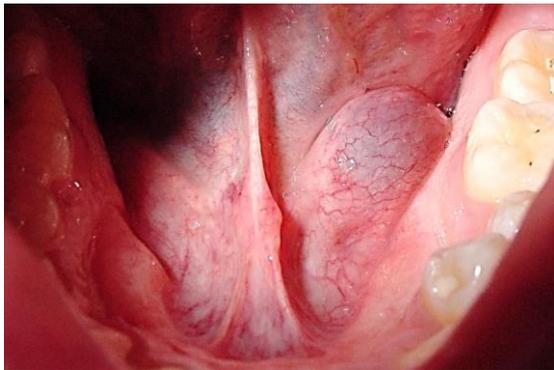


Figura 1: Rânula no pavimento da boca

Uma **rânula mergulhante** estende-se ao triângulo submandibular do pescoço através de um ponto fraco no músculo milo-hioideu ou, mais raramente, por trás do bordo posterior deste músculo (*Figura 2*).

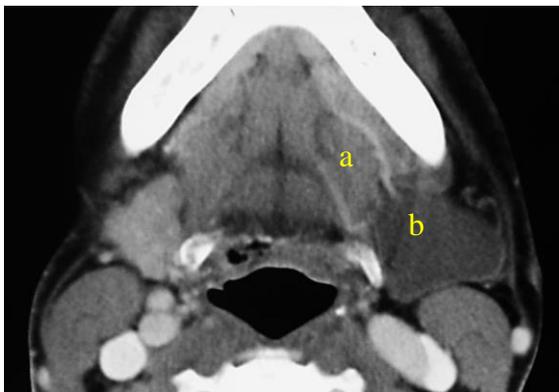


Figura 2: Rânula mergulhante: componentes oral (a) e cervical (b)

A rânula poderá ainda ter um trajecto posterior ao longo dos planos para o espaço parafaríngeo (*Figura 3*).

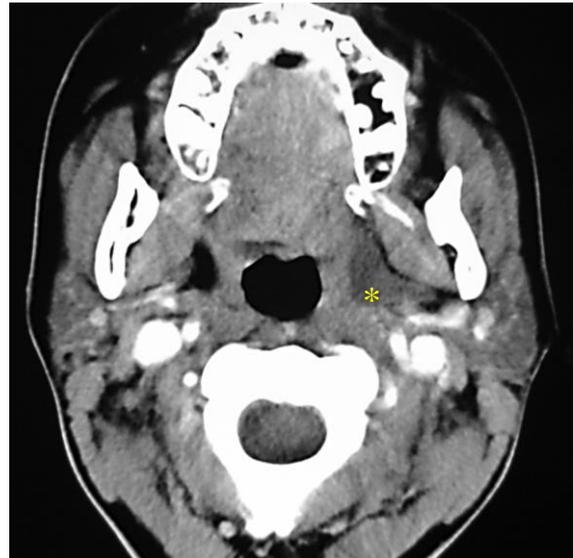


Figura 3: Extensão da rânula ao espaço parafaríngeo, adjacente ao músculo pterigoideu interno*

O tratamento de uma rânula é controverso e poderá incluir a sua marsupialização, exérese da glândula sublingual, exérese da rânula com ou sem exérese da glândula sublingual, ou ainda escleroterapia. A exérese da glândula sublingual é a “chave” para minimizar a recorrência desta patologia.

Anatomia cirúrgica

As **glândulas sublinguais** são glândulas salivares pares de localização submucosa na porção anterior do pavimento da boca, anteriormente aos ductos submandibulares e sobre os músculos milo-hioideu e geni-hioideu (*Figuras 4,5,6*). As glândulas fazem a sua drenagem através de 8 a 20 ductos excretores de Rivinus para o ducto da GSM e também de forma directa para a boca, numa elevação mucosa em forma de

crista denominada carúncula, formada pela própria glândula e que se encontra de cada lado do freio da língua (*Figuras 5 & 6*).

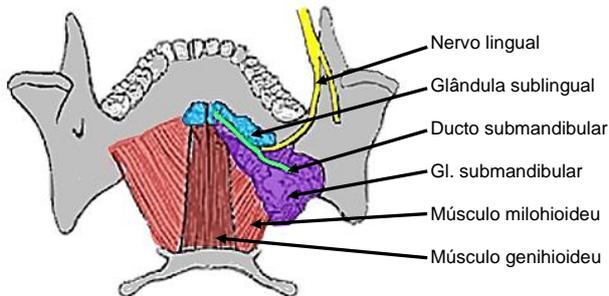


Figura 4: Vista superior, intraoral da GSM, ducto, nervo lingual e músculos milohioideu e genihoideu

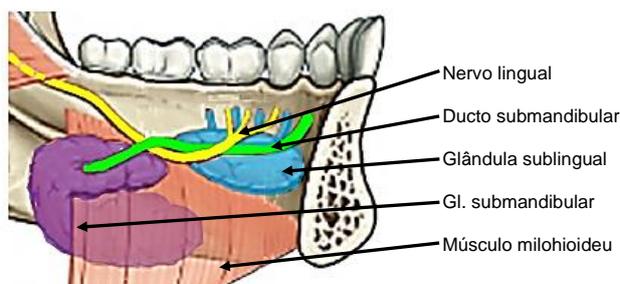


Figura 5: Vista intraoral da glândula sublingual esquerda com os ductos de Rivinus, GSM e o seu ducto, nervo lingual e músculo milohioideu

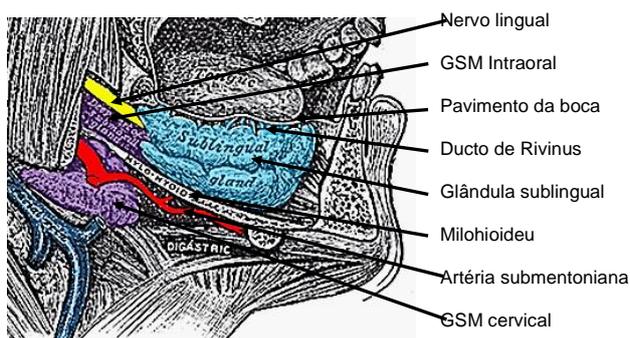


Figura 6: Vista da glândula sublingual direita

O **nervo lingual** atravessa a região lateral do pavimento da boca profundamente ao ducto submandibular. Na região anterior do pavimento bucal o nervo encontra-se posterior ao ducto (*Figuras 4 & 5*).

O **ducto submandibular** está localizado imediatamente abaixo da mucosa das regiões anterior e lateral do pavimento bucal e abre na cavidade oral de cada lado do freio lingual (*Figuras 4 & 5*).

As **veias raninas** são visíveis na superfície ventral da língua e acompanham o nervo hipoglosso (*Figura 7*).

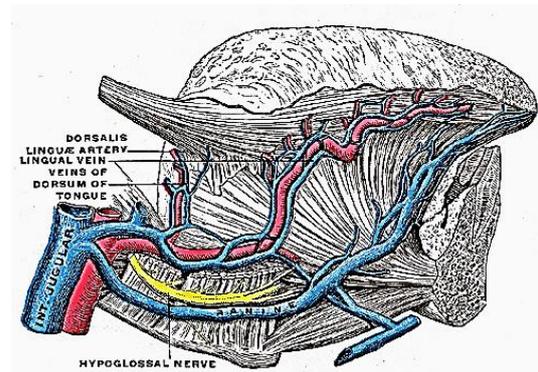


Figura 7: XII par craniano rodeado pelas veias raninas

A **anatomia cirúrgica da GSM e do triângulo submandibular** serão descritas em pormenor no capítulo “Exérese da glândula submandibular”.

Protocolo cirúrgico

A descrição que se segue aplica-se à exérese de uma rânula simples e da glândula sublingual, ou de uma rânula mergulhante.

Anestesia

É administrado um antibiótico de largo espectro durante 24 horas. Durante a exérese de uma rânula mergulhante o anestesiológista deverá evitar o relaxamento muscular, uma vez que os movimentos do lábio inferior permitem monitorizar a estimulação cirúrgica do ramo marginal do facial.

Posicionamento e preparação do campo operatório

O doente é colocado em posição supina com o pescoço em extensão. Procede-se à desinfecção da pele da região anterior do pescoço e parte inferior da face. Os panos são colocados de modo a que a boca e região superior do pescoço permaneçam expostos. Procede-se à abertura da boca com um afastador autoestático. A extremidade anterior da língua é traccionada com uma sutura de seda de modo a ex-
por a região anterior do pavimento bucal.

Exérese da rânula não complicada (Figura 1)

Efectua-se uma incisão na mucosa sobre a rânula com o cuidado de não atingir a sua parede. Identifica-se o plano de dissecção submucoso ao longo da parede da rânula. Utilizando dissecção romba e cortante procede-se à remoção do quisto com o cuidado de não lesar o ducto submandibular ou o nervo lingual. Se ocorrer lesão do ducto submandibular este deverá ser mobilizado e translocado para a região lateral do pavimento bucal, atravessando uma incisão realizada na mucosa desta região. É fixado nesta posição através da sutura da parede do ducto à mucosa oral (Figura 8).

Exérese da glândula sublingual

A glândula sublingual é surpreendentemente longa e encontra-se anterior ao ducto submandibular, subjacente à mucosa na região anterior do pavimento da boca. Pode ser removida através de electrocauterização ou dissecção romba (Figura 9). O ducto submandibular e o nervo lingual são as estruturas em risco durante este procedimento (Figura 10).

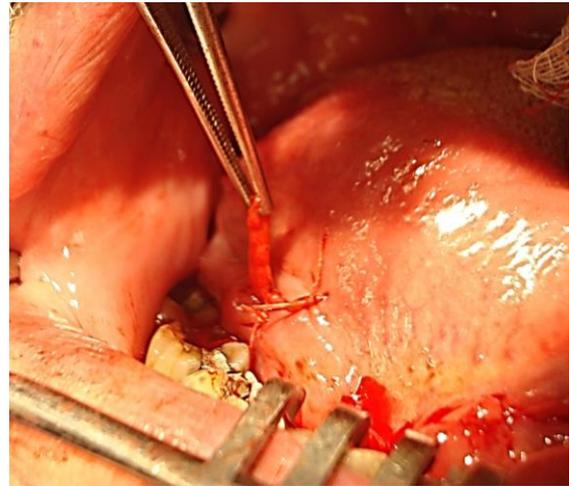


Figura 8: Transposição do ducto submandibular para a região lateral do pavimento bucal e sutura do mesmo à mucosa com fio absorvível

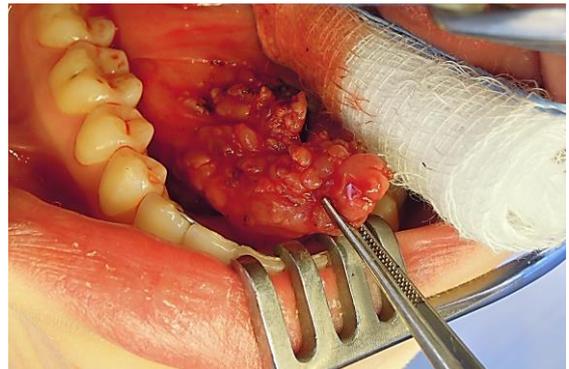


Figura 9: Glândula sublingual

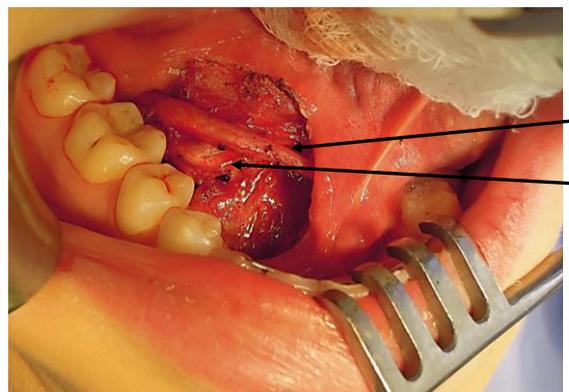


Figura 10: Ducto submandibular e o nervo lingual

Exérese de rânula mergulhante

Enquanto um ranula mergulhando pode resolver simplesmente extirpar a glândula salivar sublingual, alguns cirurgiões preferem também para extirpar o ranula.

Os leitores deverão consultar a anatomia cirúrgica no [capítulo exérese da glandula submandibular](#), uma vez que a maior parte da dissecação é idêntica. Efectua-se uma incisão horizontal sobre uma prega cutânea, pelo menos 3 cm abaixo da mandíbula ou ao nível do osso hióide, prolongando-se anteriormente desde bordo anterior do músculo esternocleidomastoideu. Esta incisão deve atravessar pele, tecido celular subcutâneo e platisma. A veia facial comum e as veias faciais anteriores são posteriormente identificadas e se necessário laqueadas para permitir o acesso à glândula. A rânula pode ser identificada na região anterior do triângulo submandibular (*Figura 11*).



Figura 11: Rânula mergulhante na região cervical direita

O ventre anterior do músculo digástrico é indentificado e tracionado anteriormente. O músculo milohioideu é identificado profundamente e atrás do ventre anterior do digástrico (*Figura 12*).

O cirurgião poderá necessitar de mobilizar e ressecar a GSM para obter um melhor acesso (*Figura 13*).

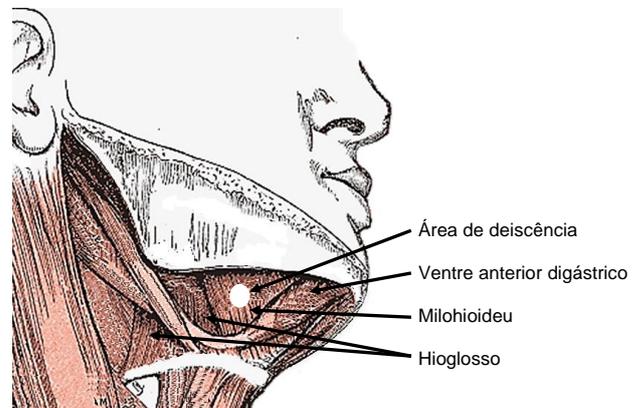


Figura 12: Músculos observados após exérese da GSM e área de deiscência no músculo milohioideu que é atravessada por uma rânula mergulhante no seu trajecto para o pescoço

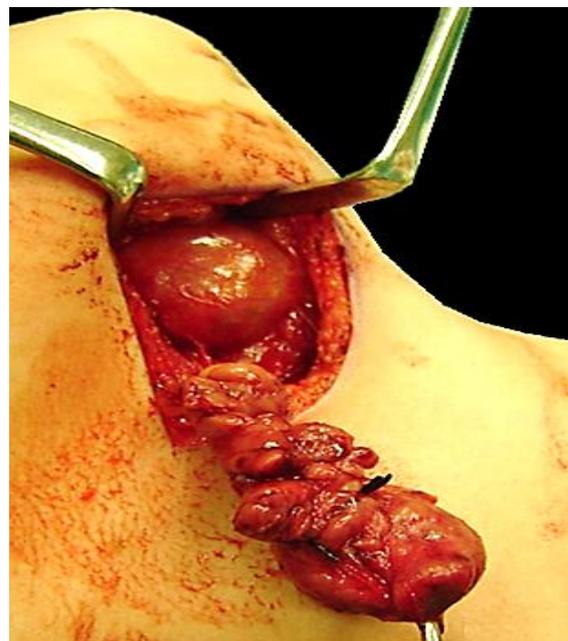


Figura 13: GSM mobilizada para melhor exposição da rânula mergulhante

A rânula é separada por dissecação cortante ou romba dos músculos circundantes e da GSM posteriormente. É dissecada até ao seu orifício de deiscência no músculo milohioideu, podendo, mais raramente, atravessar o pavimento da boca por trás

deste músculo. O cirurgião completa o procedimento por via transoral, incluindo a exérese da glândula sublingual.

No caso da GSM poder ser preservada, deverá testar-se o ducto submandibular para avaliar a necessidade de fazer a sua translocação.

A solução de continuidade criada na mucosa do pavimento bucal é encerrada com sutura absorvível e a região cervical é encerrada por camadas após colocação de um dreno de vácuo.

Comente

O autor não marsupializa ou elimina ranulas, mas simplesmente excisa a glândula salivar sublingual. Com a ranúnica, ele também aspira a bolsa na cirurgia para acelerar sua resolução e evitar que ela se infeccione. ([Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and plunging ranulas: What is the most effective treatment? *Laryngoscope*. 2009;119\(8\):1501–9\)](#))

Autor e Editor

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed
Professor e Director
Departamento de Otolaringologia
Universidade da Cidade do Cabo
África do Sul
johannes.fagan@uct.ac.za

Tradução para Português

João Subtil
Teresa Matos
Assistentes do Departamento de
Otorrinolaringologia do Hospital Cuf
Descobertas
R. Mário Botas (Parque das Nações)
1998-018 Lisboa
dr.joao.subtil@gmail.com

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](#)

