



# **REMOÇÃO DE RÂNULA PELA TÉCNICA DE ENUCLEAÇÃO EM PACIENTE PEDIÁTRICO – RELATO DE CASO CLÍNICO**

## **RANULA REMOVAL BY THE ENUCLEATION TECHNIQUE IN A PAEDIATRIC PATIENTE – CLINICAL CASE REPORT**

**Alex Queiroz FIGUEIRA**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: [figueiraaalex@gmail.com](mailto:figueiraaalex@gmail.com)**

**ORCID: <http://orcid.org/0009-0006-7081-1011>**

**Emanuelle Ferreira SILVA**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: [emanuellefsilva7@gmail.com](mailto:emanuellefsilva7@gmail.com)**

**ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-2370-0135>**

**Ana Lúcia Ribeiro ROSELINO**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: [ana.roselino@unitpac.edu.br](mailto:ana.roselino@unitpac.edu.br)**

**ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2229-0718>**

**Alline Jesuino de OLIVEIRA**

**Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)**

**E-mail: [allinej@uol.com.br](mailto:allinej@uol.com.br)**

**ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2917-1730>**

### **RESUMO**

A rânula é uma lesão mucosa causada pela ruptura de glândulas salivares menores, resultando no acúmulo de saliva sob o revestimento da cavidade oral, formando um cisto. Este relato de caso descreve a remoção cirúrgica de uma rânula em um paciente pediátrico, detalhando o diagnóstico, a abordagem terapêutica e o resultado pós-operatório. O paciente, uma criança de 11 anos de idade, apresentava uma tumefação indolor e flutuante no soalho bucal, o que não interferia na alimentação e na fala. Após avaliação clínica e exames de imagem, o diagnóstico de rânula foi confirmado. A equipe odontológica optou por realizar a excisão cirúrgica da lesão sob anestesia local, abordando cuidadosamente para evitar danos às estruturas adjacentes, especialmente o ducto sublingual e o nervo lingual. A técnica escolhida foi a enucleação total da lesão. O acompanhamento pós-operatório mostrou recuperação completa e ausência de recidivas. O caso destaca a importância do diagnóstico precoce e de uma abordagem

cirúrgica apropriada, especialmente em pacientes pediátricos, considerando o impacto potencial na qualidade de vida. A intervenção foi eficaz, e foi previsto que a criança terá um bom prognóstico sem complicações a longo prazo.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bucal. Glândula salivar. Rânula. Sublingual.

### ABSTRACT

The ranula is a mucous lesion caused by the rupture of smaller salivary glands, resulting in the accumulation of saliva under the lining of the oral cavity, forming a cyst. This case report describes the surgical removal of a ranula in a pediatric patient, detailing the diagnosis, therapeutic approach and postoperative outcome. The patient, an 11-year-old child, had a painless and floating swelling in the oral floor, which did not interfere with feeding and speech. After clinical evaluation and imaging tests, the diagnosis of ranula was confirmed. The dental team chose to perform the surgical excision of the lesion under local anesthesia, carefully addressing to avoid damage to adjacent structures, especially the sublingual duct and the lingual nerve. The technique involved was the total enucleation of the lesion. Postoperative follow-up showed complete recovery and absence of relapses. The case highlights the importance of early diagnosis and an appropriate surgical approach, especially in pediatric patients, considering the potential impact on quality of life. The intervention was effective, and it was predicted that the child will have a good prognosis without long-term complications.

**Keywords:** Oral Surgery. Salivary gland. Rânula. Sublingual.

### INTRODUÇÃO

A rânula é uma lesão cística benigna que se forma no assoalho da boca, decorrente do acúmulo de saliva extravasada devido à ruptura ou obstrução dos ductos das glândulas sublinguais. Esta condição é relativamente comum em odontopediatria e embora geralmente indolor, pode causar dificuldades na alimentação, fala e gerar desconforto estético. Nos casos mais graves, a lesão pode aumentar de tamanho, comprometendo a função oral e causando desconforto ao paciente.

O diagnóstico da rânula baseia-se principalmente no exame clínico, sendo a massa cística flutuante no assoalho da boca um sinal característico. Quando necessário, exames complementares de imagem podem ser utilizados para confirmar a extensão da lesão e se há a presença de sialólito ou não. O tratamento pode variar dependendo da gravidade e do tamanho da rânula, mas em muitos casos, a remoção cirúrgica é a abordagem preferida, principalmente quando a lesão se apresenta de forma persistente ou com tendência a recorrências.

O objetivo deste trabalho foi realizar o diagnóstico preciso da rânula e identificar o tratamento mais adequado para o paciente odontopediátrico. A intervenção cirúrgica escolhida foi a remoção da rânula por meio da técnica de enucleação, que consiste na remoção total da lesão. Essa abordagem foi selecionada por ser um procedimento que resulta em uma resolução mais rápida do caso, reduzindo o risco de complicações e promovendo uma cicatrização eficaz, especialmente em crianças, onde o manejo cuidadoso das estruturas anatômicas é essencial (Henry-Neto *et al*, 2007).

A remoção cirúrgica, acompanhada de um cuidadoso pós-operatório, é fundamental para garantir a resolução completa da lesão e evitar recidivas, proporcionando ao paciente um retorno à normalidade funcional e estética da cavidade oral.

## RELATO DE CASO

Paciente D. S. C., 11 anos, gênero masculino, melanodermo, compareceu a clínica odontológica do UNITPAC, acompanhado do pai. A queixa era que havia uma tumefação na região submandibular esquerda, com surgimento há aproximadamente 5 anos, indolor e com edema extra oral que promovia a assimetria facial ao deglutir. O pai já havia observado o aumento de volume na região e queria investigar para saber do que se tratava. O filho, por sua vez não apresentava queixa alguma seja ela estética ou de função, pois a tumefação só aparecia quando o paciente deglutia. O paciente não apresentava histórico de problemas sistêmicos ou antecedentes familiares.

Ao exame físico extrabucal, notou-se a presença de assimetria facial, decorrente de aumento volumétrico assintomático na região submandibular do lado esquerdo,

sem alteração na coloração do tecido cutâneo circunjacente, quando o paciente deglutia, notava-se o aumento região (Figura 1).

**Figura 1:** região submandibular, quando o paciente está deglutindo mostrando um aumento de volume – imagem A; região submandibular, quando o paciente está em estado de repouso – imagem B.



**Fonte:** autoria própria.

Ao exame intrabucal, revelou tumefação na região de assoalho bucal esquerdo, de coloração azulada, translúcida, indolor, de textura lisa, flutuante, com aproximadamente 6 cm de diâmetro (Figura 2). A mobilidade da língua estava preservada.

**Figura 2:** Aspecto intra bucal. Tumefação na região de assoalho bucal do lado esquerdo.



**Fonte:** autoria própria.

Observou-se ainda que, quando o paciente fazia a movimentação da língua a tumefação aumentava, mostrando que havia associação entre as regiões extra e intra bucal.

A primeira conduta realizada foi o exame radiográfico oclusal para a identificação da presença ou não de sialolito na região de glândula submandibular (Figura 3). Na radiografia realizada, observou-se que não havia existência de sialolito no local. Segundo Azenha et al. (2013) A sialolitíase é caracterizada pela formação de cálculos (sialolitos) no sistema de ductos das glândulas salivares, provocando estase salivar e podendo acarretar a subsequente dilatação da glândula salivar envolvida.

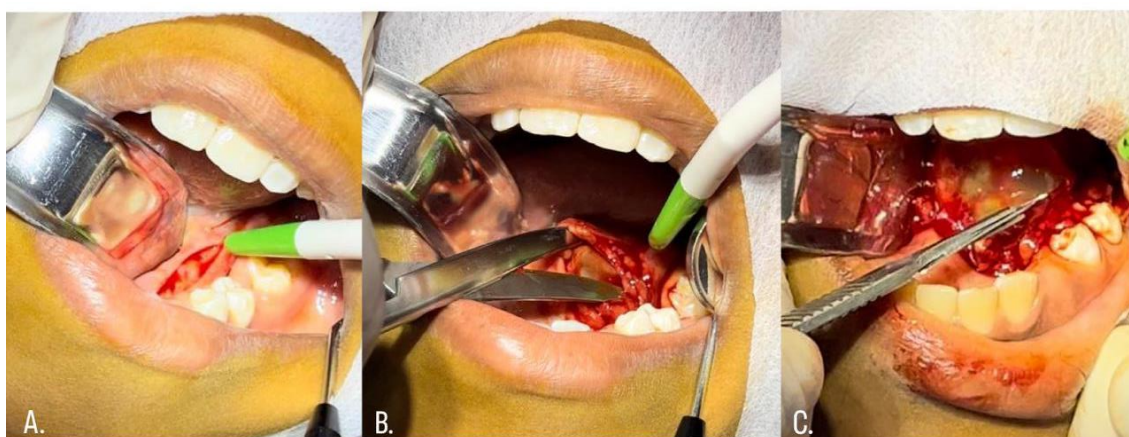
**Figura 3:** Exame radiográfico oclusal sem a presença de sialolito.



**Fonte:** autoria própria.

Após anamnese e exames radiográficos iniciais, realizou-se todo o protocolo pré-operatório, iniciando a cirurgia com uma incisão intrabucal sublingual (Figura 4 - A). Em seguida, foi realizada a divulsão dos tecidos moles com uma tesoura de matzembraum, cuja ponta não é ativa, para evitar lesionar os tecidos adjacentes (Figura 4 - B). O primeiro plano cirúrgico era fazer a exérese da rânula sem irromper sua estrutura, entretanto, como o tecido era instável, na técnica de divulsão o mesmo irrompeu, liberando o líquido salivar, de coloração transparente, que estava contido em seu interior (Figura 4 - C).

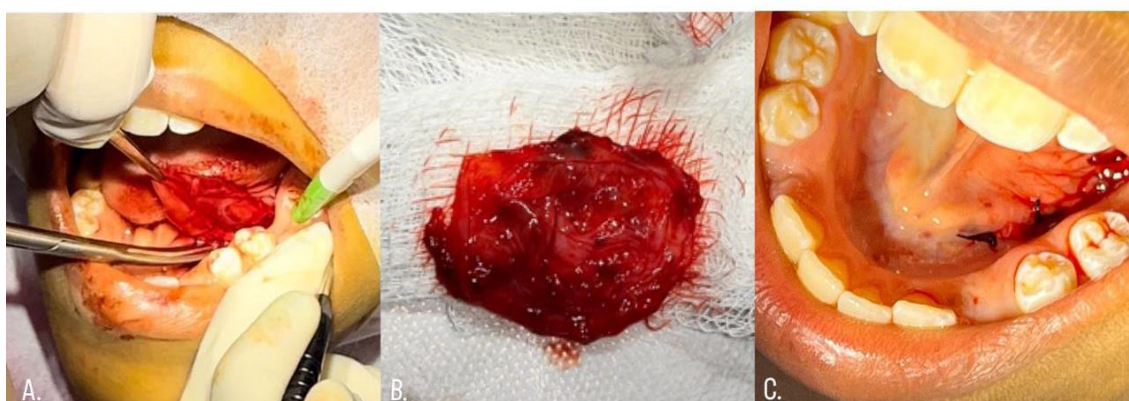
**Figura 4:** incisão intrabucal sublingual -imagem A; divulsão tecidual - imagem B; irrompimento da rânula – imagem C.



**Fonte:** autoria própria.

Em seguida, realizou-se a sucção do líquido salivar transparente que estava contido dentro da membrana para posterior enucleação completa da rânula e suturas que foram realizada com fio de algodão, para promover maior conforto no pós operatório até a remoção da sutura (Figura 5).

**Figura 5:** enucleação da rânula - imagem A; rânula - imagem B; aspecto final do assoalho e suturas - imagem C.



**Fonte:** autoria própria.

Após 7 dias, foi realizada a remoção da sutura e notou-se que o assoalho se encontrava cicatrizado. Depois de 2 meses de cirurgia o paciente pediátrico retornou ao UNITPAC e foi notado que o assoalho bucal estava completamente cicatrizado e o paciente relatou que não sentiu nada após a cirurgia.

**Figura 6:** Assoalho já cicatrizado após 2 meses de cirurgia.



**Fonte:** autoria própria.

## DISCUSSÃO

O termo rânula é derivado do Latim rana, que significa “rã” e descreve uma tumefação azulada translúcida e localizada no assoalho bucal, dita como tendo aspecto de rã, são pseudônimos resultantes de extravasamento de mucina para os tecidos moles circundantes, após um trauma, principal fator, causando ruptura ou obstrução de um ou mais ductos excretores da glândula sublingual, podendo também se originar do ducto da glândula submandibular ou das glândulas salivares menores presentes no assoalho bucal (Barboni et. Al, 2018).

A rânula é um cisto de retenção salivar da glândula salivar maior. É a lesão que mais acomete a glândula salivar submandibular. Sua característica clínica é de um fluido salivar claro em seu interior, localizado em região de assoalho bucal, podendo romper facilmente. São caracteristicamente grandes e aparecem como uma vesícula tensa, flutuante e em forma de cúpula, as vezes com tonalidade azulada ou rosada semelhante à da mucosa. As lesões localizadas mais profundamente apresentam coloração rosada enquanto as lesões superficiais apresentam coloração translúcida ou azulada. O local mais comum é o assoalho lateral da cavidade oral (FERRARESSO et al., 2023). Em alguns casos, pode afetar as funções fonéticas e de deglutição e em outros casos não, sendo uma lesão geralmente indolor.

Embora a dissecação total do cisto seja uma alternativa, a enucleação total da lesão é preferida em muitos casos pediátricos por resultar em uma resolução mais rápida do caso, resultando em melhor aceitação por parte dos pacientes e menores complicações pós-operatórias. De acordo com Oliveira et al. (2013), a marsupialização



também é uma técnica indicada para lesões maiores e de fácil acesso, que proporciona uma boa taxa de sucesso e minimiza o risco de lesão ao nervo lingual ou ao ducto submandibular. Portanto, a técnica de marsupialização não foi utilizada devido à demora do tempo de tratamento, escolhendo assim a técnica de enucleação total da lesão. Contudo, segundo Haberal (2004), o rompimento do cisto durante a cirurgia não aumenta o risco de recidiva. A marsupialização ou excisão não apresentam diferenças entre os termos de sucesso de cirurgia.

Em suma, a remoção de rânula em pacientes odontopediátricos pela técnica da enucleação é uma abordagem válida e eficaz, com potencial para proporcionar alívio rápido e reduzir a ansiedade em crianças. Mais pesquisas e relatos de caso são necessários para estabelecer diretrizes claras para essa prática, mas os resultados preliminares são promissores.

## REFERÊNCIAS

AZENHA, M. R. et al. Sialolitíase: uma revisão da literatura com relato de caso clínico. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 1, p. 73-78, 2013

BARBONI, G. R.; BATISTA, F. R. S.; LIMA, V. S. et al. **Técnica de marsupiação para tratamento de rânula: relato de caso**. Archives of Health Investigation, v. 7, 2018. Anais do 8º Congresso da FOA - UNESP. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4559>. Acesso em: 26 set. 2024.

FERRARESSO, Lucas Fernando Oliveira Tomáz et al. Técnica de micromarsupialização em rânula oral: relato de dois casos clínicos em paciente infantil. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, v. 13, n. 1, p. 1-6, 2023. Disponível em: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/600>. Acesso em: 12 nov. 2024.

HABERALI, Göcmen H, Samim E. **Surgical management of pediatric ranula**. Int J Pediatr Otorhino-laryngol; 2004 Feb; 68(2): 161-3.

HENRY-NETO, M.D.E., ZANETTA, B.D., SILVA, C.J., PARREIRA S.M.C. Marsupialização e enucleação de cisto radicular apical. **Rev. INPEO**, p. 1-64, 2007.  
OLIVEIRA, R. L. M. et al. Marsupialização: técnica cirúrgica conservadora no tratamento de rânula. Journal of Oral Health, v. 11, n. 2, p. 58-63, 2013.