

Ránula cervical gigante: a propósito de un caso

Huge plunging ranula: about a case

Felipe Domínguez C.¹, Noelia Ortega B.¹, Miguel Martín A.¹, Fernando Guallart D.¹, José Dalmau G.¹.

¹Servicio de

Otorrinolaringología, Hospital
Universitario Doctor Peset.
Valencia, España.

Los autores declaran no tener
conflictos de interés.

Recibido el 10 de mayo de
2021. Aceptado el 25 de abril
de 2022.

Correspondencia:

Felipe Domínguez C.

Calle Oriente 28, CP 46006

Valencia, España.

Email: FelipeDominguez.celis@
gmail.com

Resumen

La ránula es una lesión pseudoquística causada por la retención de contenido salival de la glándula sublingual en el tejido conjuntivo subyacente, siendo la patología más frecuente de esta glándula. Su localización es a nivel del suelo de la boca, pudiendo en ocasiones extenderse a través del músculo milohioideo hacia la región submaxilar o cervical (ránula *plunging* o cervical), presentándose clínicamente como una tumoración laterocervical de crecimiento lento. El apoyo de imágenes mediante ecografía, tomografía computarizada, o RM (resonancia magnética) es fundamental para un correcto diagnóstico. Respecto al tratamiento, el procedimiento más aceptado y con menos tasas de recurrencia es la escisión de la ránula cervical por abordaje laterocervical, asociada a la extirpación de la glándula sublingual implicada vía transoral. Aquí presentamos el caso clínico de un varón de 25 años quien presenta una masa laterocervical derecha de seis meses de evolución de crecimiento progresivo e indoloro. La ecografía y RM confirman una ránula cervical gigante de 62x45x101 mm, que se localiza en espacio submandibular derecho, alcanzando el espacio parafaríngeo en su vertiente más craneal. Debido a las características de la lesión y su anatomía se decide tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Ránula, glándula sublingual, suelo de boca, tumoración laterocervical, exéresis.

Abstract

The ranula is a pseudocystic lesion caused by the retention of salivary content of the sublingual gland in the underlying connective tissue, being the most frequent pathology of this gland. Its location is at the level of the floor of the mouth and can sometimes extend through the mylohyoid muscle towards the submaxillary or cervical region (*plunging* or cervical ranula), clinically presenting as a slow-growing laterocervical tumor. The support of images by ultrasound, computed tomography or MRI (magnetic resonance imaging) is essential for a correct diagnosis. Regarding treatment, the most accepted procedure, and with the lowest recurrence rates is excision of the cervical ranula by the laterocervical approach, associated with the transoral removal of the involved sublingual gland. Here, we present the clinical case of a 25-year-old man who presented a six-month-old right laterocervical mass of progressive and painless growth. Ultrasound and MRI confirmed a giant cervical ranula measuring approximately 62x45x101 mm, located in the right submandibular space, reaching the parapharyngeal space in its most cranial aspect. Due to the characteristics of the injury and its anatomy, surgical treatment was decided.

Keywords: Ranula, sublingual gland, floor of the mouth, laterocervical tumor, excision.

Caso Clínico

Paciente de 25 años de edad, de nacionalidad colombiana que no presenta antecedentes médicos relevantes. Acude al servicio de urgencias por aparición de una tumoración laterocervical derecha de seis meses de evolución, de crecimiento progresivo e indoloro. No

refiere otra sintomatología asociada. Se deriva al Servicio de Otorrinolaringología donde se evidencia el aumento de volumen antes descrito de consistencia blanda a la palpación, no dolorosa, no adherida a planos profundos, sin presencia de adenopatías cervicales.

En la exploración física de la cavidad oral, se aprecia en el suelo de boca un leve aumento

de volumen de predominio derecho, blando a la palpación, no doloroso. La imagen de ecografía cervical solicitada confirma la presencia de una masa quística de contenido heterogéneo con paredes finas de 75 x 27 mm de diámetro máximo, a nivel del espacio submandibular derecho, con extensión a espacios cervicales profundos.

Para una mejor caracterización de la lesión se solicitó una resonancia magnética (RM) cérico-facial, que informa como lesión quística de paredes finas de 62x45x101 mm aproximadamente. Se localiza en espacio submandibular derecho, que alcanza el espacio parafaríngeo en su vertiente más craneal; sin presencia de trabéculas en su interior, imagen compatible con ránkula. Se agrega otra lesión de similares características en espacio submandibular izquierdo de 15x8 mm, sin aparente comunicación (Figura 1).

Dado el diagnóstico clínico e imagenológico de ránkula cervical, se decidió exéresis de la lesión derecha junto con la glándula sublingual implicada, dejando para un segundo tiempo el tratamiento de la lesión izquierda. La cirugía se realizó por vía combinada cervical y transoral. Se realizó una disección con bisturí de los límites de la cápsula, visualizando y conservando el músculo esternocleidomastoideo, musculatura prelaríngea, músculo digástrico, nervio hipogloso, músculo milohioideo y glándula

submandibular derecha. Se visualizó el nervio lingual derecho, muy adherido a la pared del pseudoquiste, que se consigue separar manteniendo su integridad. Se completa disección roma con rotura de pared del pseudoquiste, con salida de material amarillento y denso (Figura 1B). El abordaje transoral se realizó con una incisión de 3 cm en el suelo de la boca. Disección y exéresis de glándula sublingual derecha. Se visualiza y conserva nervio lingual derecho. Sutura por planos de suelo de boca y del cuello (previa instalación de drenaje tipo Redón del número 12). El estudio anatomopatológico de la pieza extirpada se informa como quiste mucoso de retención, concordante con ránkula, descartándose patología neoplásica en dicha muestra. El posoperatorio inmediato cursó sin incidencias siendo dado de alta a las 48 horas de la cirugía.

Discusión

La ránkula constituye la patología más frecuente de la glándula salival sublingual. Su origen debe a la extravasación de contenido salival de dicha glándula hacia el tejido conjuntivo subyacente, correspondiendo a un bajo porcentaje de los tumores de cabeza y cuello, siendo más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes¹.

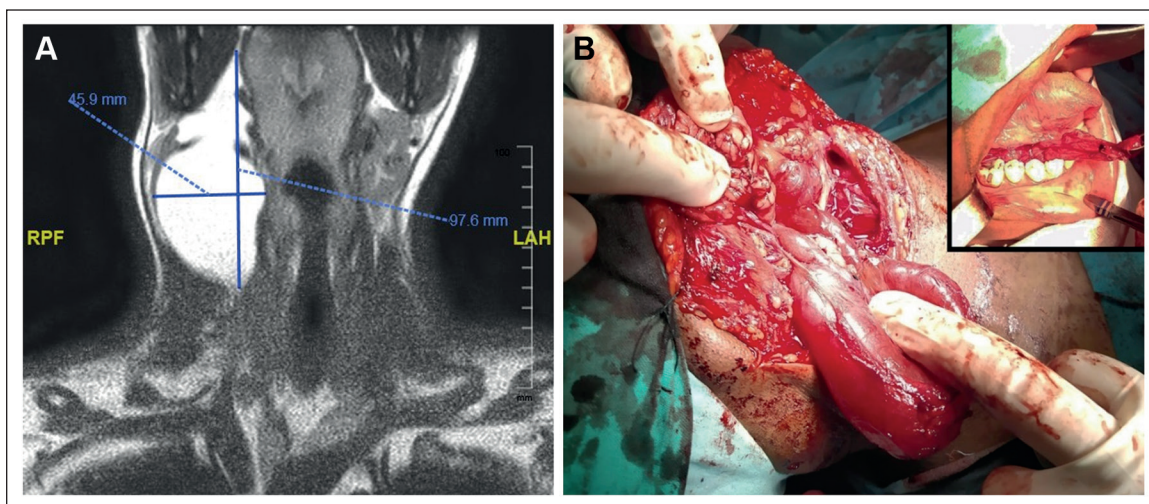


Figura 1. (A) Corte coronal de resonancia magnética que muestra lesión quística de paredes finas de 62 x 45 x 101 mm aproximadamente, localizada en espacio submandibular derecho. **(B)** Imagen intraoperatoria: abordaje laterocervical derecho de la ránkula y transoral de la glándula sublingual ipsilateral.

Con respecto a su etiología, la teoría más extendida es que se debe a un traumatismo del sistema ductal con extravasación de saliva hacia el tejido conjuntivo circundante², por lo que carece de revestimiento epitelial, tratándose, por lo tanto, de un pseudoquistes.

Su localización es a nivel del suelo de boca, pudiendo en ocasiones extenderse a través del borde posterior del músculo milohioideo o por una dehiscencia de éste hacia la región submaxilar o cervical. De esta forma, cuando se limita al suelo de boca hablamos de ránula simple, y en caso de extensión, la llamaremos ránula cervical o *plunging*². Clínicamente, la ránula simple cursa como una tumoración en el suelo de la boca, móvil, de crecimiento lento, no adherida a planos profundos. En la ránula cervical, se presenta además, una tumoración cervical de extensión variable.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico-radiológico. La tomografía computada y la RM son especialmente útiles para diferenciarla del higroma quístico que, por lo general, contiene septos fácilmente identificables mientras que la ránula suele ser una cavidad única³. Además, el higroma quístico suele ser una lesión congénita que se diagnostica en la infancia³. El primer estudio suele ser mediante ecografía de partes blandas por accesibilidad y ausencia de radiación. Así mismo, está descrito el llamado signo de la cola o *Tail-sign* que es la comunicación del pseudoquistes entre el espacio sublingual y submandibular por detrás del borde libre posterior del músculo milohioideo (o una dehiscencia de este)⁴.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico. Si bien se han descrito otras opciones de tratamiento, como la escleroterapia con OK-432 con resultados dispares y sin evidencia científica clara que lo respalde⁵. El procedimiento más aceptado y con menor tasa de recurrencia es la disección de la ránula por abordaje laterocervical, asociada a la exéresis de la glándula sublingual implicada vía transoral^{6,7}, sin que sea necesaria la resección completa de la pared del pseudoquistes ya que el tejido de granulación se resolverá una vez detenido el flujo de saliva⁸.

En este caso, se realizó una incisión laterocervical derecha sobre la tumoración, con colgajo dermoplastismal, observándose pared de pseudoquistes inmediatamente profundo a

platismo, que continúa hacia espacio submandibular derecho a través de la dehiscencia del músculo milohioideo. Las posibles complicaciones de la intervención son la lesión de los nervios lingual, hipogloso y rama labiomentoniana del facial, así como del conducto de Warthon⁸.

Conclusión

La ránula cervical o *plunging* es un subtipo de ránula que consiste en una tumoración pseudoquistica que se extiende desde el suelo de boca hasta espacios cervicales profundos. Es una causa poco frecuente de tumoración benigna de cabeza y cuello, de diagnóstico clínico y mediante pruebas de imágenes como la ecografía, TC o RM. El tratamiento es quirúrgico mediante exéresis tanto del pseudoquistes como de la glándula sublingual implicada.

Bibliografía

1. Cialzeta, Domingo. Ránula: Tumor cervical de causa infrecuente en un adolescente. Revisión bibliográfica. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2016;58(263):213-217 / 213.
2. Suresh BV, Vora SK. Huge plunging ranula. *J Maxillofac Oral Surg.* 2012;11(4):487-490. doi:10.1007/s12663-010-0154-0.
3. Macdonald AJ, Salzman KL, Harnsberger HR. Giant ranula of the neck: differentiation from cystic hygroma. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2003;24(4):757-761.
4. Liman ARUA, Tuang GJ, Mansor M. Plunging Ranula. *Ear Nose Throat J.* 2021;100(10 suppl):1004S-1005S. doi:10.1177/0145561320927828.
5. Kamalakaran A, Jayaraman B, Balasubramaniam S, Thirunavukkarasu R, Ramakrishnan B. Plunging Ranula in a 78- year- old Male - a Rare Case Report. *J Clin Exp Dent.* 2018;10(1):e92-e95. doi:10.4317/jced.54114.
6. Chen JX, Zenga J, Emerick K, Deschler D. Sublingual gland excision for the surgical management of plunging ranula. *Am J Otolaryngol.* 2018;39(5):497-500. doi:10.1016/j.amjoto.2018.05.011.
7. Lomas J, Chandran D, Whitfield BCS. Surgical management of plunging ranulas: a 10-year case series in South East Queensland. *ANZ J Surg.* 2018;88(10):1043-1046. doi:10.1111/ans.14356.
8. Lesperance MM. When do ranulas require a cervical approach? *Laryngoscope.* 2013;123(8):1826-1827. doi:10.1002/lary.23937.