

Caso clínico 4

Clinical case 4

Paciente femenino de seis años de edad aparentemente sana sin datos de importancia para el diagnóstico que acude a la Clínica de Pediatría por presentar aumento de volumen en piso de boca de seis meses de evolución. Intraoralmente se observa una lesión nodular en piso de boca de color azulado que mide 1.5cm x 2cm.



Figura 1.



Figura 2.

Diagnósticos diferenciales

- Lipoma.
- Ránula.
- Quiste Dermoide.

Descriptor: Resolución de problemas clínicos
Keyword: Clinical problem solving

Rosales, R.R., Rivera, M.S. Educon Oral. Caso Clínico 4.
Oral Año 15. Núm. 47. 2014. 1097-1098

Recibido: Diciembre, 2013. Aceptado: Enero, 2014
Oral. Año 15 No. 47, Abril, 2014.



Figura 3.



Figura 4.

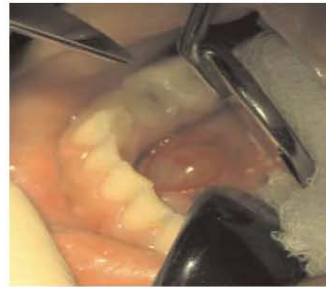


Figura 5.

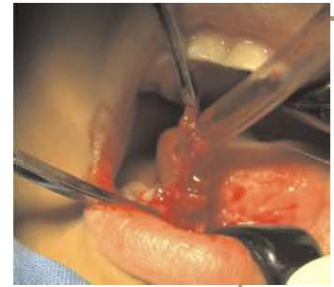
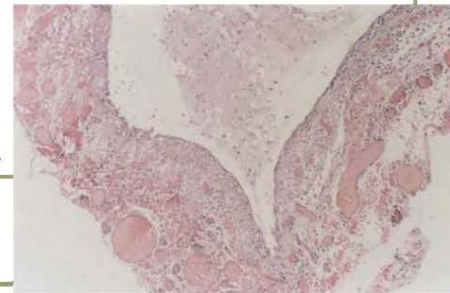


Figura 6.

Figura 7.



La ranula sublingual es un tumor de glándulas salivales accesorias, que aparecen como pseudopodocistitis, resultado de la acumulación de saliva en el tejido conjuntivo, con motivo de la degeneración del tejido salival, según Dechaume.¹³ Clínicamente, la ranula es un quiste, ovalado, situado entre la lengua y el maxilar inferior, puede alcanzar gran volumen, es transparente y violáceo. Según Sontoro Carey,² es de consistencia blanda y puede alcanzar de 2 a 5 cm de diámetro; a la palpación muestra su contenido líquido sin gran presión; puede ser ocasionalmente bilateral; es asimétrico, pero cuando alcanza un tamaño considerable puede interferir en el habla y la alimentación.² Al romperse, deja escapar un líquido seromucoso aunque de ocurrir se forma un nuevo. El diagnóstico clínico resulta siempre evidente y no es necesario realizar técnicas de imágenes. Ciertas formas pueden ser palpaes en la región de la ranula y llegar a ser palpables en la región de la ranula. Constituye un tipo quístico raro, por lo general congénito, que se encuentra topizado por un epitelio cúbico o cilíndrico, que parece tener su origen en restos embrionarios o en la parte más profunda de la glándula sublingual. Al examen histopatológico

impresionan sus paredes por su delgada consistencia; en la superficie están unidades o la mucosa del suelo de la boca, de la cual es muy difícil separar; el examen microscópico demuestra que está formado por una fina pared de tejido conjuntivo fibroso comprimido, con algunos elementos de tejido de granulación; cuando se forma a expensas de un conducto dilatado, pueden observarse restos de este en un topizado epitelial.¹⁶ Se diferencia del angioloma por ser más firme; los quistes dermoides tienen una consistencia pastosa y son más frecuentes en la línea media; los lipomas son más firmes, los quistes del conducto submaxilar, generalmente, provocan hinchazón de la glándula, se desarrollan más rápidamente que la ranula y provocan dolor y tumefacción.¹⁷ Está claro que el tratamiento para la ranula es quirúrgico y a pesar de que se han realizado técnicas de escleroterapia, la experiencia es muy difícil; teniendo en cuenta las delgadas paredes que tiene, no es muy difícil eliminar una mayor cantidad de tejido vecino, y la experiencia histórica indica que el mejor tratamiento es la marsupialización.¹⁷

Respuesta

Bibliografía

- 1.-Zhao, Y.F., Jia, J., Jia, Y. Complications associated with surgical management of ranulas. J Oral Maxillofac Surg. 2005 Jan; 63(1):51-4.
- 2.-Zhao, Y.F., Jia, Y., Chen, X.M., Zhang, W.F. Clinical review of 580 ranulas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004 Sep; 98(3):281-7.
- 3.-Matsuzaka, K., Shibahara, T., Murakami, S., Lee, D.H., Shimano, M., Inoue, T. Acinic cell carcinoma found by recurrence of a mucous cyst in the sublingual gland. Bull Tokyo Dent Coll. 2004 May; 45(2):95-8.
- 4.-W. Niccoli-Filho, A.R. Maresalhi, Surgical treatment of ranula with carbon dioxide radiation, Lasers Med. Sci. 19 (1) (2004) 12-14.
- 5.-Haber, H., Gocmen, E., Samim, Surgical management of pediatric ranula. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 68 (2) (2004) 161-63.
- 6.-Yu, K., Bayram, H., Canakoy, H., Cakcen, A.F., Kiroglu, M. Kirs, Pediatric intraoral ranulas: an analysis of nine cases. J. Exp. Med. 205 (2) (2005) 151-55.
- 7.-Y.F. Zhao, Y. Jia, Y. Jia, Complications associated with surgical management of ranulas, J. Oral Maxillofac. Surg. 63 (1) (2005) 51-54.
- 8.-Y.F. Zhao, Y. Jia, X.M. Chen, W.F. Zhang, Clinical review of 580 ranulas, Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 98 (3) (2004) 281-287.
- 9.-C. Yates. A surgical approach to the sublingual salivary gland, Ann. Royal College Surg. Engl. 76 (1994) 108-109.

- 10.-Moss-Solentijn, L., Hendrick-Klyvert, M.A. Bilateral, superficial location of human sublingual glands: report of a case. J Oral Maxillofac Surg 1987; 45:983-986.
- 11.-Windisch, G., Weiglein, A.H., Kiesler, K. Hernia of the mylohyoid muscle. J Craniofac Surg 2004; 15:566-569.
- 12.-Kiesler, K., Gugatschka, M., Friedrich, G. Incidence and clinical relevance of herniation of the mylohyoid muscle with penetration of the sublingual gland. Eur Arch Otorhinolaryngol 2007; 264: 1071-1074.
- 13.-Harrison, J.D. Minor salivary glands of man: enzyme and mucosubstance histochemical studies. Histochem J 1974; 6:633-647.
- 14.-Berkovitz, B.K.B., Holland, G.R., Moxham, B.J. Salivary glands. In: Oral anatomy, histology and embryology, 4th edition. Oxford, UK: Mosby Elsevier; 2009. pp 260-277.
- 15.-Raediger, W.E.W., Lloyd, P., Lawson, H.H. Mucous extravasation theory as a cause of plunging ranulas. Br J Surg 1973; 60:720-722.
- 16.-Harrison, J.D. Salivary mucoceles. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1975; 39: 268-278.
- 17.-Harrison, J.D., Fouad, H.M.A., Garrett, J.R. Variation in the response to ductal obstruction of feline submandibular and sublingual salivary glands and the importance of the innervation. J Oral Pathol Med 2001; 30:29-34.