



Presentación de caso

Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado"

Pinar del Río

Ránula del neonato en el suelo de la boca. Reporte de un caso

Ranula of the infant on the floor of the mouth, a case report

Sergio Luis Piloña Domínguez¹, Ana María Ramos Pérez¹, Geidi Cordero Martín², Sergio German Piloña Ruiz³

¹Estudiante de cuarto año de estomatología. Alumno ayudante de Estomatología General Integral.

²Estudiante de cuarto año de estomatología

³Especialista de segundo grado en neonatología. Máster en Atención integral al niño. Instructor UCM-Pinar del Río.

RESUMEN

Introducción: el mucocele y la ránula son quistes de retención mucosa, localizados en la cavidad oral donde se localizan glándulas salivales menores.

Presentación del caso: recién nacido a término de buen peso, masculino, segundo gemelar producto de una cesárea. En el examen físico del nacimiento se observa una tumoración azulada en el piso de la boca, que dificultaba la alimentación del bebé, pero no ocasionaba dificultad respiratoria. Según evolución clínica, a los 5 días de vida la madre notó disminución espontánea del aumento de volumen de la base de la lengua, aunque aún persistían los problemas en la alimentación. Se diagnostica ránula sublingual congénita que evoluciona favorablemente. Después de una valoración multidisciplinaria es egresado con seguimiento por su condición de alto riesgo. Actualmente saludable, con buen desarrollo psicomotor y sin recidivas.

Conclusiones: la importancia del tema que se presenta es que se describe una presentación rara de ránula sublingual congénita del suelo de la boca en un recién nacido que evolucionó espontáneamente sin comprometer la salud del niño ni requerir intervención quirúrgica.

DeCS: Mucocele; Ránula, Recién nacido; Quistes.

ABSTRACT

Introduction: ranula and mucocele are mucous retention cysts that are localized in the oral cavity where minor salivary glands are located.

Case presentation: term newborn, good weight, male, second twin from a caesarean section. On physical examination at birth a bluish lump on the floor of the mouth was observed, which diffculted the feeding of the baby, but did not cause respiratory distress. According to the clinical evolution, at 5 days of life the mother noticed spontaneous decrease

of volume on the base of the tongue, even though the feeding problems persisted. Congenital sublingual ranula was diagnosed evolving favorably. After a multidisciplinary assessment the infant is discharged with a follow up because of the high-risk condition. Currently the infant is healthy with good psychomotor development and without relapses.

Conclusions: the importance of the case stems from the rare presentation of the sublingual congenital ranula in the floor of the mouth in a newborn that evolved spontaneously without compromising the health of the child or surgery.

DeCS: Mucocele; Ranula; Newborn infant; Cysts.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones benignas de tejidos blandos que se encuentran con mayor frecuencia en la cavidad bucal son los quistes de retención mucosa, llamados ránulas o mucocelos, los cuales representan un 45% de todas las lesiones de las glándulas salivales. Cuando su localización es en el piso de boca son llamados ránulas (ranu: rana; ula: pequeña) debido a que el aumento de volumen simula la zona submandibular o vientre de un rana, por su distensión y su aspecto finamente vascularizado; en ambos casos se originan por la retención de moco en el interior de la glándula salival (sialoquistes), o por extravasación hacia los tejidos vecinos. La mayoría ocurren en el labio inferior, el resto en otro sitio, como el piso de boca, cara ventral de la lengua y paladar, aunque aparecen en cualquier lugar donde existan glándulas salivales, sin embargo, en el labio superior son raros. La glándula parótida y submandibular raramente presentan esta lesión. Dos tercios de los mucocelos se dan en las tres primeras décadas de la vida, en niños y adultos jóvenes, afectando por igual a hombres y mujeres.^{1, 2}

El aspecto clínico depende de su localización. Los superficiales suelen ser masas fluctuantes de aspecto azulado translúcido, rosa o amarillentos por su contenido salival y rojizo por congestión vascular y cianosis; cuando se mezcla con eritrocitos por hemorragia, son de color azul oscuro o morado rojizo. A mayor profundidad, se manifiestan como nódulos submucosos blandos o fluctuantes de color normal a la mucosa que los recubre. El tamaño de los mucocelos varía entre 0.2-1cm sin ser mayores de 1.5cm, no así en el caso del piso de boca (ránula) donde suelen ser de mayor tamaño como "plunging", donde ésta perfora el músculo milohioideo con riesgo de obstruir la vía aérea del paciente.^{3, 4}

El médico neonatólogo es quien hace una valoración inicial de la salud bucal del recién nacido, en aras de establecer un diagnóstico de anomalías bucales, siendo necesario identificar en la cavidad bucal del bebé su anatomía normal y conocer las principales patologías bucales benignas que existan para un mejor tratamiento y asesoría de los padres, así como el asesoramiento del estomatólogo en el manejo interdisciplinario.

Considerando que la ránula sublingual congénita del suelo de la boca se observa de forma inusual en el período neonatal se presenta un caso clínicamente excepcional que evolucionó

espontáneamente sin complicaciones ni requerir intervencionismo, y como resulta importante el conocimiento de este tipo de patología, sobre todo para el profesional odontólogo así como el médico a la hora de realizar el diagnóstico de forma temprana y brindar seguimiento individualizado, es que presentamos el siguiente caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacido del sexo masculino, segundo gemelar con peso corporal de 3 290 g, puntaje de Apgar 9/9 puntos, raza negra, producto de un parto distócico cesárea por gemelares a las 38 semanas de gestación, hijo de una madre de 28 años, con antecedentes de hipertensión arterial inducida por el embarazo. Al nacer, en el examen físico realizado como parte de los cuidados inmediatos se observa una tumoración azulada, no adherida a planos profundos, transparente, suave y fluctuante de aproximadamente 3 cm de diámetro a la izquierda en el piso de la boca, con superficie resbalosa, poco pulsátil, no sangra en el examen y exterioriza a la transiluminación, que en ocasiones dificultaba la alimentación del bebé, pero no ocasionaba dificultad respiratoria (Figura 1).



Figura 1. Ránula en el suelo de la boca al nacimiento.

Durante la evolución clínica de este recién nacido, a los 5 días de vida la madre nota que el aumento de volumen de la base de la lengua había disminuido de forma espontánea, aunque aún le dificultaba la lactancia materna exclusiva (Figura 2).



Figura 2. Ránula en el suelo de la boca al quinto día de nacido.

A los 15 días, con resolución total del proceso, se egresa con alimentación natural, sin requerir tratamiento quirúrgico y después de haber sido evaluado multidisciplinariamente por neonatología, genética clínica, estomatología, maxilofacial, genética clínica y el médico de la familia para un seguimiento posterior en su área de salud, conservándose la interrelación entre el nivel secundario y la Atención Primaria de Salud.

DISCUSIÓN

Al caso presentado, según examen físico del recién nacido al nacer, se le diagnosticó una ránula sublingual congénita del suelo de la boca que resulta rara en la etapa neonatal.

En la patogénesis pueden estar involucradas la disrupción ductal y la obstrucción total o parcial excretoria. El desarrollo de los mucocelos y ránulas depende de la suspensión del flujo salival desde el aparato secretor de las glándulas salivales. Estas lesiones incluyen las

de tipo compresivo o antecedente de ruptura del conducto secretor de la glándula salival menor y resultan en la extravasación de saliva en los tejidos vecinos. Por otro lado, la ruptura de una estructura acinar causada por hipertensión de la obstrucción ductal es otro posible mecanismo para la formación de estas lesiones. El conducto puede ser obstruido por un sialolito, malformación congénita, estenosis, fibrosis o cicatriz periductal por trauma previo agenesis del conducto excretor, incluso por un tumor. Si bien muchas ránulas se originan de la secreción de la glándula sublingual, éstas pueden desarrollarse de las secreciones del conducto submandibular o de las glándulas salivales menores en el piso de la boca. La extravasación mucosa de la glándula sublingual que perfora el músculo milohioideo forma ránulas tipo cervical (plunging). El moco escapa a través del piso de boca por dehiscencia o aperturas subyacentes del músculo milohioideo, pudiendo interferir en la deglución, la masticación o la fonación, incluso dificultar la respiración. Estas secreciones mucosas que escapan hacia el cuello se extienden a través de los planos fasciales, causando una inflamación difusa de la región submentoniana y lateral del cuello. Las continuas secreciones desde la glándula sublingual permiten la acumulación rápida de moco en el cuello y formar una masa cervical constantemente. El quiste de retención mucosa puede también formarse por una obstrucción ductal, sin embargo, muchas de estas lesiones actualmente representan una entidad quística distinta de origen desconocido.⁵

El diagnóstico diferencial se realiza de acuerdo a las características del mucocele o ránula y a su localización, color, tamaño, forma, consistencia, asociación a tejidos. Dentro de los diagnósticos para el mucocele se encontrarán neoplasias benignas y malignas de las glándulas salivales, hemangioma, linfangioma, várices, lipoma, fibroma por irritación, quiste linfoepitelial oral, absceso de tejidos blandos, penfigoide cicatrizal, liquen plano buloso, úlceras aftosas menores. Para lesiones del vientre anterior de la lengua (mucocele de Blandin-Nuhn): hemangioma, granuloma piógeno, papiloma escamoso, pólipo fibroepitelial. Cuando se presenta una ránula podrá ser diferenciada de: neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales, quiste dermoide, absceso de tejido blando, hemangioma, linfangioma, lipoma, neurofibroma. En el diagnóstico diferencial de ránula cervical (plunging): quiste branquial, quiste dermoide, lipoma, linfangioma, hemangioma, granuloma piógeno, malformación venosa, quiste del conducto tiroideo, quiste branquial, higroma quístico, sialoadenitis submandibular, hemangioma intramuscular, quistes o neoplasia tiroidea, linfadenopatía infecciosa cervical (por virus Epstein-Barr, enfermedad por arañazo de gato, tuberculosis) hematoma, lipoma, laringocele, quiste dermoide.^{6, 7}

Se ha citado el tratamiento quirúrgico cuando un mucocele o ránula no se resuelve por sí mismo. Existen tres posibles abordajes para el manejo de los mucocelos del labio inferior sin

ser aplicables para el paladar: escisión, marsupialización o una combinación de éstas, permitiendo la cicatrización y formación del conducto salival.^{8, 9}

CONCLUSIONES

La rânula sublingual resulta una patología bucal benigna infrecuente en la etapa neonatal. Su resolución puede ser espontánea o quirúrgica y para ello se requiere individualización de los casos y valoración colegiada multidisciplinaria, porque el tratamiento interdisciplinario entre estomatólogos y médicos encargados de la salud del niño permite garantizar el crecimiento y desarrollo maxilofacial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rios Livia TM, Araujo JE, Nardoza LM, Moron AF, MartinsMG. Rânula congênita: diagnóstico ultrasonográfico antenatal. Radiol Bras [Internet]. 2012 [citado 14 September 2013]; 45(5): [aprox. 1p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010039842012000500015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842012000500015>.
2. Angulo-Espinoza MA, Ángeles ET, Gutiérrez AD. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatr Mex. 2013;34(4): 196-204
3. Arvind S, Pooja S, Amit S. Congenital Ranula in a Newborn: A Rare Presentation. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2005 [citado 14 September 2013]; 64(3): [aprox. 2p.]. Disponible en: http://download.springer.com/static/pdf/466/art%253A10.1007%252Fs12070-011-0371y.pdf?auth66=1379532772_e726724af734df167950eeded958f2df&ext=.pdf
4. Rioboo Crespo MR, Planells del Pozo P, Rioboo García R. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. Medicina y Patología Oral [Internet]. 2011 [citado 14 September 2013]; 10(5): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n5/01.pdf>
5. Portelles AM, Torres AT. Quiste dermoide del suelo de la boca. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 [citado 14 September 2013]; 47(4): [aprox. 3p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400008&script=sci_arttext
6. Gul A, Gungorduk K, Yildirim G, Gedikbasi A, Ceylan Y. Prenatal diagnosis and management of a ranula. J Obstet Gynaecol [Internet]. 2008 [citado 14 September 2013]; 34(2): [aprox. 3p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0756.2008.00767.x/full>
7. Seong-Ha K, Kyung-Hoe H, Chang-Hyeon A, Jin-Woo P, Won-Jin Y. Giant plunging ranula: a case report. Imaging Sci Dent. [Internet]. 2013 [citado 14 Mar 2013]; 43(1): [aprox. 3p.]. Disponible en: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.5624/isd.2013.43.1.55>
8. Samant S, Morton R, Ahmad Z. Surgery for plunging rânula: the lesson not yet learned? Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological [Internet]. 2011 [citado 14 September 2013]; 268(10): [aprox. 5p.]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/49842587_Surgery_for_plunging_ranula_The_less_on_not_yet_learned
9. Mihir R, Patel MD, Allison M, Deal MS, William W, Shockley MD. Oral and plunging ranulas: What is the most effective treatment?. General Otolaryngology [Internet]. 2009 [citado 14 September 2013]; 119(8): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/lary.20291/>

Datos para la correspondencia:

Sergio Luis Piloña Domínguez. Estudiante de cuarto año de estomatología. Alumno ayudante de Estomatología General Integral.

Correo electrónico: sheila@princesa.pri.sld.cu
