



FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE  
CURSO DE ODONTOPEDIATRIA

**VANESSA CAVALCANTE SALGADO ECEIZA NUNES**

**MANEJO TERAPÊUTICO DE RÂNULA:** relato de caso clínico

São Luís

2018

**VANESSA CAVALCANTE SALGADO ECEIZA NUNES**

**MANEJO TERAPÊUTICO DE RÂNULA:** relato de caso clínico

Artigo científico apresentado ao curso de especialização Lato Sensu do Instituto Pós Saúde. Como requisito parcial para conclusão do Curso de Odontopediatria.  
Área de Concentração: Cirurgia Oral Menor

Orientadora: Profa Dra Clarrisa Lopes Vieira

Co-orientador: Prof. Ms Alberto Sabin Moura Borba

São Luís

2018

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Monografia intitulada “**MANEJO TERAPÊUTICO DE RÂNULA: relato de caso clínico**”, de autoria da aluna Vanessa Cavalcante Salgado Eceiza Nunes, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

*Clarissa Lopes Vieira*

---

Orientador

*Alberto Sabim Moura Barbosa*

---

Titular

*Gaudia de Castro Rizzo*

---

Titular

São Luís, 10 de Outubro de 2018

## RESUMO

A rânula é uma lesão benigna, que se desenvolve por um extravasamento de saliva após algum trauma na glândula salivar ou por obstrução do ducto. Clinicamente, apresenta-se como uma elevação arredondada ou alongada, de superfície lisa, consistência flácida ou fluida, coloração azulada ou rósea, dependendo da profundidade da lesão, de evolução lenta e assintomática, pode ser classificada em dois tipos: simples e mergulhante. Não há consenso entre os autores acerca do melhor método de tratamento, abordagens minimamente invasivas se tornaram comuns e mais indicadas em crianças. O objetivo deste trabalho é relatar o manejo terapêutico de um caso clínico de rânula simples. A primeira escolha foi a técnica da Micromarsupialização, porém frente à recidiva da lesão, optou-se pela Marsupialização. Essa escolha foi pautada na sua simplicidade e rapidez dessa técnica, além de ter menores chances de lesionar as estruturas adjacentes e a função da glândula sublingual. Além disso, é indicada para o manejo odontopediátrico por seu bom prognóstico, baixa morbidade e por ser menos traumática.

Palavras-chave: Rânula. Micromarsupialização. Marsupialização.

## **ABSTRACT**

The term ranula is derived from the Latin word 'rana' which means frog, due to its bluish appearance, compared to the belly of this animal. The ranula develops by extravasation of saliva after some trauma in the salivary gland or by obstruction of the duct. Clinically, presented as a rounded or long elevation, with a smooth surface, flaccid or fluid consistency, bluish or pinky color depending on the lesion depth, asymptomatic, slowly growth, can be classified in two types: simple and plunging. There is few consensus among the authors on the method of treatment, minimally invasive approaches become common and more indicated in children. This work aim to report the therapeutic management of a clinical case of simple ranula. The first option was a Micromarsupialization technique, however in front of the recurrence of the lesion, Marsupialization was choosen. Based on its simplicity and speed of technique, besides of less risks for the adjacent techniques and a function of the sublingual gland. In addition, it is indicated for pediatric dentistry because of good prognosis, low morbidity and being less traumatic.

**Keywords:** Ranula. Micromarsupialization. Marsupialization.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 Etiologia e diagnóstico

A rânula é uma lesão benigna conhecida há mais de 1000 anos, desde a era bizantina. Até o início do século 20, sua origem estava relacionada aos remanescentes dos arcos branquiais, da mesma forma que os cistos branquiais. A partir de 1956, por meio de estudos experimentais em camundongos e excisão de mucocelos humanos, sugeriu-se que as rânulas eram cistos de extravasamento salivar revestidos por tecido conectivo e não epitélio (O'CONNOR; MCGURK, 2013). Em 1972, Harrison e Garrett demonstraram que a saliva extravasada induzia à uma reação fibroblástica que a mantinha retida em um saco de tecido conjuntivo (HARRISON, 2010; HARRISON; GARRETT, 1972).

Desenvolve-se por extravasamento após algum trauma na glândula salivar (pseudocisto) ou por obstrução do ducto (cisto verdadeiro) (FELSTEAD *et al*, 2012; HARRISON, 2010; LEAL; BRAULIO, 2014; PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017; STUANI *et al*, 2008; ZHI; GAO; REN, 2014). O termo rânula é derivado da palavra latina 'rana' que significa sapo, pois a lesão possui uma aparência azulada, comparada à barriga desse animal (PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017; YUCA *et al*, 2005; ZHAO *et al*, 2004). A rânula está associada com mais frequência à glândula sublingual, sendo rara a sua ocorrência na glândula submandibular (NOLETO *et al.*, 2010; YUCA *et al.*, 2005).

O diagnóstico se fundamenta principalmente no exame clínico, utilizando-se também exames complementares, tais como a técnica de aspiração (o líquido aspirado aparenta ser altamente viscoso, com conteúdo salivar), ressonância magnética, ultrassonografia ou tomografia computadorizada (PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017; SIGISMUND *et al.*, 2013; ZHAO *et al.*, 2004). O diagnóstico diferencial inclui cisto da fenda branquial, cisto dermóide lateral, cisto epidermóide, higroma cístico, laringocele, malformação arteriovenosa, lipoma e neoplasias (SIGISMUND *et al.*, 2013; TOLENTINO *et al.*, 2010).

### 1.2 Características clínicas

A maior ocorrência da rânula se dá entre na primeira e segunda décadas de vida, sendo o gênero feminino discretamente mais acometido (ZHAO *et al.*, 2004). A prevalência de rânula pediátrica foi de 1,15 meninas para a cada 1 menino (PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017). Localizam-se mais unilateralmente no assoalho bucal, contudo podem ocasionar um aumento de volume que afeta o lado oposto, ocasionando uma falsa impressão de bilateralidade. Com o deslocamento da língua, o paciente pode apresentar dificuldades de fonação, mastigação e deglutição (NOLETO *et al.*, 2010; STUANI *et al.*, 2008).

Clinicamente, a rânula se manifesta como uma tumefação arredondada ou alongada, de superfície lisa, consistência flácida ou fluida, coloração azulada ou rósea, dependendo da profundidade da lesão (CHIDZONGA; MAHOMVA, 2007; PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017; STUANI *et al.*, 2008). Geralmente de evolução lenta e assintomática, embora possa surgir de forma rápida e apresentar períodos de exacerbação (LEAL; BRAULIO, 2014). Pode variar de poucos centímetros até lesões que ocupam todo o assoalho bucal (O'CONNOR; MCGURK, 2013; PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017; TOLENTINO *et al.*, 2010).

Classificada em dois tipos: simples e mergulhante. A forma simples pode ser um cisto de retenção de muco ou um pseudocisto de extravasamento, confinado à área ocupada pela glândula sublingual, quando a lesão é limitada inferiormente pelo músculo milohióideo, manifestando-se como um aumento de volume no assoalho da cavidade oral. No caso de rânula mergulhante, o aumento de volume gerado ultrapassa as fibras do músculo milohióideo, invadindo o espaço submandibular. Nestes casos, a rânula pode manifestar-se não só como um aumento de volume no assoalho da boca, mas também como uma tumefação na região cervical (HABERAL; GÖÇMEN; SAMIM, 2004; LEAL; BRAULIO, 2014; NOLETO *et al.*, 2010; ZHI; GAO; REN, 2014).

### **1.3 Tratamento**

Não há consenso entre os autores acerca do melhor método de tratamento (HARRISON, 2010; PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017). Dentre eles, estão a excisão da lesão e/ou da glândula envolvida por via intraoral ou cervical, crioterapia e drenagem (HABERAL; GÖÇMEN; SAMIM, 2004; NOLETO *et al.*, 2010; SANDRINI; SANT'ANA-FILHO; RADOS, 2007; ZHAO *et al.*, 2004). Abordagens

minimamente invasivas se tornaram comuns, como a técnica de sutura modificada, marsupialização, laser e substâncias esclerosantes (GAROFALO *et al.*, 2014; PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017; SANDRINI; SANT'ANA-FILHO; RADOS, 2007; ZHAO *et al.*, 2018).

Incisão e drenagem simples não apresentaram sucesso clínico, com exceção para rânulas perinatais, das quais 27% foram tratadas com sucesso. A razão para tal se deve possivelmente ao fato do epitélio da mucosa estar mais proliferativo nesta fase, estabelecendo um trato epitelial antes que a ferida se feche (HARRISON, 2010).

A marsupialização tem sido sugerida como terapia de primeira escolha no tratamento das rânulas, por ser uma opção de tratamento mais conservador em relação aos tratamentos convencionais, e apresentar diversas vantagens, como ser uma técnica rápida, de fácil execução, e bem aceita por crianças pequenas (LEITE SEGUNDO; FARIA; LEÃO, 2006). O manejo ideal em casos pediátricos deve buscar evitar o trauma tanto quanto possível (ZHI; GAO; REN, 2014).

A técnica consiste na enucleação da lesão, sendo as margens suturadas com fio de sutura de seda, preenchendo ou não a cavidade com gaze embebida em antibiótica (BERTI *et al.*, 2006; NOLETO *et al.*, 2010; STUANI *et al.*, 2008; YUCA *et al.*, 2005). Dessa forma, permitindo a passagem do fluxo de saliva da rânula, aliviando a pressão no local, e o tecido de granulação se reduziria ao tamanho do lúmen, até que o trato epitelial se fundisse com a extremidade glandular do ductos submandibulares menores (HARRISON, 2010).

Estudos (PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017; ZHAO *et al.*, 2004) demonstram uma taxa de recorrências variando entre 61% a 89% após a marsupialização, esse elevado percentual parece estar relacionado principalmente aos métodos de procedimentos cirúrgicos (NOLETO *et al.*, 2010; ZHAO *et al.*, 2004). As taxas de recorrência de marsupialização sozinhas foram 61-66,7% relatadas anteriormente em pacientes pediátricos (ZHI; GAO; REN, 2014). O acondicionamento de gaze na cavidade da rânula após a marsupialização mostrou ser eficaz na redução da taxa de recorrência (HARRISON, 2010; PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017). Apesar da alta taxa de recidiva desta lesão, vários autores preferem como tratamento inicial a marsupialização, talvez devido pelo potencial de lesar o nervo lingual e o ducto da glândula submandibular ao remover a glândula sublingual (CHIDZONGA; MAHOMVA, 2007).



Após a remoção da rânula, o extravasamento de saliva ocasiona um acúmulo de macrófagos envolvidos na sua remoção e o desenvolvimento de um tecido de fibroso e de granulação restringe, podendo até mesmo, obstruir completamente o extravasamento

(HARRISON; GARRETT, 1972). Dessa forma, o preenchimento da cavidade com a gaze impediria o vazamento e a reação de corpo estranho levaria à fibrose e a um fechamento permanente (BAURMASH, 1992; ZHI; GAO; REN, 2014).

SANDRINI; SANT'ANA-FILHO; RADOS, 2007 propuseram uma modificação nessa técnica visando reduzir a taxa de recidivas, para tal aumentaram o número de suturas, diminuíram a distância entre a entrada e a saída da agulha e prolongaram o período de permanências das suturas. A diminuição da distância entre a entrada e a saída da agulha destina-se a facilitar a epitelização das novas vias formadas pelas suturas, reduzindo o comprimento das vias de drenagem. O maior número possível de suturas busca aumentar a quantidade de novas vias de drenagem epitelializadas, sendo que o número exato varia de acordo com o tamanho da lesão. A manutenção das suturas por um período de 30 dias permite a formação de um novo trato epitelial permanente ao longo do trajeto da sutura (SANDRINI; SANT'ANA-FILHO; RADOS, 2007).

## **2 OBJETIVO**

Relatar o caso clínico de rânula mergulhante e as técnicas utilizadas durante o manejo clínico.

## **3 RELATO DO CASO**

Paciente C.B.C, 11 anos, compareceu a clínica de Odontopediatria do Instituto Pós-Saúde, acompanhado de sua mãe, com a queixa principal de “*um caroço na língua*”. Após a anamnese, constatou-se que o paciente apresentava boas condições de saúde sistêmica. No exame intra-bucal, observou-se um grande aumento de volume na região sublingual, de superfície lisa, consistência flácida, assintomática, e de coloração azulada. Segundo o relato da responsável, a lesão havia surgido há quinze dias aproximadamente, o paciente apresentava apenas uma leve dificuldade na fala (Figura 1). Ao diagnóstico, conclui-se que o caso se tratava de

um rânula simples (Figura 2). Ademais, notou-se presença de microcavidade ativa em esmalte na oclusal dos dentes 65 e 36, além de grande acúmulo de biofilme e cálculo supragengival dental nos dentes presentes, sem lesões de cárie ativa.

Devido as péssimas condições de higiene bucal e a fim de remover possíveis focos de infecção, primeiramente foi feita uma terapia periodontal básica, para remoção de todo cálculo dental presente, seguido de uma profilaxia dental. Apesar da idade do paciente, este apresentava um comportamento ansioso, dessa forma optou-se por uma abordagem menos invasiva, por isso foi eleita a técnica da Micromarsupialização.

Com o anestésico Articaina 4% com Epinefrina 1:100.000, puncionou-se o local ao redor da lesão, em seguida com uma seringa luer de 10 ml e agulha de grosso calibre realizou a aspiração do líquido presente na rânula (Figura 3). O material recolhido apresentava-se fluido, com presença de sangue, ao todo foi drenado 14ml (Figura 4 e 5). Após remoção de todo exsudato da região afetada, procedeu-se com a sutura da região, com fio de seda suturou-se quatro pontos individualmente e em paralelo (Figura 6), objetivando manter a drenagem de saliva. Orientou-se o paciente acerca dos cuidados com a higienização, e se prescreveu medicação analgésica (Paracetamol 100mg/5L) para dor posterior.

Manteve-se as suturas por um período de vinte dias, sem recidiva da tumefação. Contudo, mesmo com as orientações de higiene bucal, o paciente retornou com presença de cálculo e biofilme, principalmente na região lingual dos incisivos inferiores, local próximo as suturas. Desse modo, após a retirada das suturas, procedeu-se com nova terapia periodontal básica e profilaxia dental e com a restaurações em resina compostas das lesões de cárie.

Dois meses após o procedimento, o paciente retornou a clínica com a queixa de reaparecimento da lesão. Ao exame clínico, confirmou-se a recidiva da rânula, com as mesmas características clínicas da primeira vez (Figura 7). Por conta disso, conclui-se que a melhor opção seria a realização de uma marsupialização da rânula com a interposição de gaze embebida em Clorexidina a 0,12%, a fim de evitar novas recidivas. Considerando a idade do paciente, não se optou por remover a glândula salivar associada, devido as consequências que poderiam impactar sua vida futuramente.

As condições de higiene bucal do paciente apresentaram melhora, contudo ainda haviam alguns focos de cálculo e biofilme nos dentes. Por isso, na mesma

sessão foi feita mais uma sessão de terapia periodontal básica, enquanto que a marsupialização foi agendada para a sessão seguinte.

Iniciou-se o procedimento cirúrgico com anestesia local, utilizando-se o anestésico Mepivacaína 2% com Epinefrina 1:100.000, em toda a região circundante a lesão (Figura 8). Em seguida, com um bisturi seccionou-se o tecido que recobria a lesão, drenando todo o líquido aprisionado (Figura 9). Foi realizada a curetagem de todo tecido da lesão, incluindo a cápsula (Figura 10 e 11). Após abundante irrigação com soro fisiológico, no local foi inserido uma gaze embebida em Clorexidina 0,12% (Figura 12). Não foi feito nenhum tipo de sutura, pois o objetivo era manter a cavidade e se obter uma cicatrização lenta por segunda intenção (Figura 13).

A responsável pelo paciente foi orientada a trocar a gaze diariamente, repondo com uma nova também embebida em Clorexidina 0,12%. Como medicação pós-operatória, receitou-se antibiótico (Amoxicilina, 250mg/5ml), anti-inflamatório (Ibuprofeno 100mg/5mL) e analgésico (Paracetamol 100mg/5L). Além disso, ressaltou-se a importância da correta e efetiva higienização da boca.

Após sete dias, o paciente retornou para reavaliação, sem relato de sintomatologia dolorosa e com boas condições de higiene bucal. O local onde a rânula fora retirada ainda se apresentava aberto, mas com redução em sua profundidade. No retorno de quinze dias, o local já estava completamente cicatrizado (Figura 14). Trinta dias após o procedimento, o paciente estava sem recidivas e com saúde bucal.

#### **4 DISCUSSÃO**

A rânula é descrita como uma lesão localizada no assoalho bucal, bem delimitada, na maioria das vezes assintomática, de evolução rápida, arredondada ou alongada, de superfície lisa, consistência flácida ou fluida, coloração azulada ou rósea, dependendo da profundidade da lesão (CHIDZONGA; MAHOMVA, 2007; PACKIRI; GURUNATHAN; SELVARASU, 2017; STUANI *et al.*, 2008). Dependendo do seu tamanho, pode interferir nas funções de mastigação, deglutição e fonação.

Resultante de um extravasamento de muco no tecido conjuntivo adjacente, após algum trauma ou por obstrução do ducto excreto, ocasionando uma transecção ou ruptura, seguida de uma reação inflamatória de granulação classificado como um pseudocisto ou um cisto de retenção resultante da obstrução do fluxo salivar, ou da

contração do tecido conjuntivo cicatricial à volta de um ducto (LEITE SEGUNDO; FARIA; LEÃO, 2006).

Os casos de rânula devem ser conduzidos, à priori, com técnicas conservadoras, reservando as técnicas cirúrgicas mais invasivas e remoção da glândula salivar para os casos recorrentes e de rânula mergulhante pois os riscos de tratamentos mais invasivos incluem a lesão do nervo lingual e do ducto da glândula submandibular ao remover a glândula sublingual (CHIDZONGA; MAHOMVA, 2007).

A micromarsupialização foi a primeira escolha pois apresentava bons resultados na literatura relacionada ao manejo de casos pediátricos (SANDRINI; SANT'ANA-FILHO; RADOS, 2007; ZHAO et al., 2018; ZHI; GAO; REN, 2014), sendo uma técnica de fácil execução, pouco invasiva e com menos desconforto pós-operatório. O insucesso do procedimento pode estar associado ao período de permanência da sutura na cavidade bucal, e não somente a sua quantidade, pois na literatura casos que obtiveram sucesso com essa técnica permaneceram com as suturas por volta de 30 dias, tempo necessário para formação de passagens epitelizadas ao longo das suturas (SANDRINI; SANT'ANA-FILHO; RADOS, 2007).

Considerando a idade do paciente, além de seu comportamento ansioso e pouco colaborativo, após a recidiva da rânula, optou-se pela técnica da marsupialização associada da manutenção de gaze no local, com solução antimicrobiana. A escolha dessa técnica justifica-se por ser mais conservadora, rápida, com menos riscos de complicações pós-operatórias e bem-aceita por crianças (LEITE SEGUNDO; FARIA; LEÃO, 2006; ZHI; GAO; REN, 2014). Após a enucleação da lesão, o preenchimento da cavidade com a gaze impediria extravasamento de saliva e a reação de corpo estranho levaria à fibrose e a um fechamento permanente (BAURMASH, 1992; HARRISON; GARRETT, 1972; ZHI; GAO; REN, 2014).

## **5 CONCLUSÃO**

A seleção da marsupialização como tratamento de rânulas simples é fundamentada na sua característica conservadora, pois preserva as estruturas adjacentes e a função da glândula sublingual. Além disso, é indicada para o manejo odontopediátrico por sua simplicidade, bom prognóstico, baixa morbidade e por ser menos traumática. Bons resultados observados em caso descritos na literatura também reforçaram a adoção desta forma de tratamento. Após trinta dias de

acompanhamento, o paciente não apresenta sinais de recidiva, porém recomenda-se um acompanhamento à longo prazo para acompanhar sua evolução.

## REFERÊNCIAS

- BAURMASH, Harold D. Marsupialization for treatment of oral ranula: A second look at the procedure. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, [s. l.], v. 50, n. 12, p. 1274–1279, 1992.
- BERTI, Soraya de Azambuja et al. Micromarsupialização : Relato de Dois Casos Clínicos. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, [s. l.], v. 47, p. 151–155, 2006.
- CHIDZONGA, Midion Mapfumo; MAHOMVA, Leonard. Ranula: Experience With 83 Cases in Zimbabwe. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, [s. l.], v. 65, n. 1, p. 79–82, 2007.
- FELSTEAD, A. M. et al. Submandibular gland mucocele presenting as a lateral neck swelling. **JSCR**, [s. l.], n. 1, p. 3–5, 2012. Disponível em: <<http://jscr.co.uk>>. Acesso em:
- GAROFALO, Salvatore et al. Successful medical treatment for ranula in children. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, [s. l.], v. 117, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2012.07.430>>. Acesso em:
- HABERAL, Ilknur; GÖÇMEN, Hakan; SAMIM, Erdal. Surgical management of pediatric ranula. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, [s. l.], v. 68, n. 2, p. 161–163, 2004.
- HARRISON, J. D.; GARRETT, J. R. Mucocele formation in cats by glandular duct ligation. **Archives of Oral Biology**, [s. l.], v. 17, n. 10, p. 1403–1414, 1972.
- HARRISON, John D. Modern management and pathophysiology of ranula: literature review. **Head and Neck**, [s. l.], v. 32, p. 1310–1320, 2010.
- LEAL, Rosana Maria; BRAULIO, Izabella Torres. Marsupialização em rânula : relato de caso clínico. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 15–20, 2014.
- LEITE SEGUNDO, Airton Vieira; FARIA, Daniele Lago Bruno de; LEÃO, Jair Carneiro. Tratamento de rânula pela marsupialização: relato de caso. **Revista Odonto Ciência**, [s. l.], v. 21, n. 53, p. 289–291, 2006.
- NOLETO, J. W. et al. Rânula mergulhante tratada por meio de marsupialização: relato de caso. **Rev. bras. odontol**, [s. l.], v. 67, n. 1, p. 60–2, 2010. Disponível em: <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewArticle/149>>. Acesso em:
- O'CONNOR, R.; MCGURK, M. The plunging ranula: Diagnostic difficulties and a less invasive approach to treatment. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, [s. l.], v. 42, n. 11, p. 1469–1474, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2013.03.019>>. Acesso em:

PACKIRI, Saraniya; GURUNATHAN, Deepa; SELVARASU, Kathiravan. Management of paediatric oral ranula: A systematic review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, [s. l.], v. 11, n. 9, p. ZE06-ZE09, 2017.

SANDRINI, Francisco Aurelio Lucchesi; SANT'ANA-FILHO, Manoel; RADOS, Pantelis Varvaki. Ranula Management: Suggested Modifications in the Micro-Marsupialization Technique. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, [s. l.], v. 65, n. 7, p. 1436–1438, 2007.

SIGISMUND, Paolo Enrico et al. Management of Ranula: 9 years' clinical experience in pediatric and adult patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, [s. l.], v. 71, n. 3, p. 538–544, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2012.07.042>>

STUANI, Adriana Sasso et al. Tratamento de rânula bucal por meio da técnica de micromarsupialização : relato de caso Management of oral ranula using micro-marsupialization technique : case report. *Revista UNINGÁ*, [s. l.], p. 69–75, 2008.

TOLENTINO, Elen De Souza et al. Rânula mergulhante : relato de caso clínico Plunging ranula : case report. *Odontol. Clín.-Cient.*, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 267–269, 2010.

YUCA, Köksal et al. Pediatric intraoral ranulas: an analysis of nine cases. *The Tohoku journal of experimental medicine*, [s. l.], v. 205, n. 2, p. 151–155, 2005. Disponível em: <<http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=15673973&retmode=ref&cmd=prlinks%5Cnpapers3://publication/uuid/4300BA03-56FA-4932-A4B7-49A18A20AC75>>

ZHAO, Qingtong et al. Treatment of intraoral ranulas with a two-incision fistula technique: the management of recurrence. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, [s. l.], v. 56, n. 2, p. 129–133, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.12.013>>

ZHAO, Yi Fang et al. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, [s. l.], v. 98, n. 3, p. 281–287, 2004.

ZHI, Keqian; GAO, Ling; REN, Wenhao. What is new in management of pediatric ranula? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, [s. l.], v. 22, p. 525–9, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25211709>>

## APÊNDICE A – ILUSTRAÇÕES

**Figura 1 - Características clínicas da Rânula**



**Figura 2 - Rânula Simples**



**Figura 3 - Drenagem de líquido presente na Rânula**





Figura 4 - 14 ml de líquido aspirado, com característica fluida e sanguinolenta



Figura 5 - Região sublingual após a drenagem de todo líquido presente



Figura 6 - (Micromarsupialização) 4 suturas individuais em fio de seda



**Figura 7** - Recidiva da Rânula, dois meses após a micromarsupialização



**Figura 8** - Início do procedimento de marsupialização, com anestesia local (Mepivacaína 2%, com epinefrina 1:100.000)



**Figura 9** - Incisão sobre a Rânula e drenagem de saliva retida em seu interior



**Figura 10** - Aspiração da cavidade da rânula



**Figura 11** - Curetagem da cavidade e remoção da cápsula



**Figura 12** - Limpeza da região da cavidade





**Figura 13** - Acomodação de gaze estéril embebida em solução de Clorexidina 0,12%



**Figura 14** - Aspecto clínico 15 dias após a Marsupialização

