

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA
CIRÚRGICA DE ENUCLEAÇÃO TOTAL DE RÂNULAS, EM INDI-
VÍDUOS DE AMBOS OS SEXOS, RESIDENTES EM SANTA CATARINA.

A CONTRIBUTION TO THE STUDY OF SURGICAL
TECHNIC FOR RANULA COMPLETE ENUCLEATION
ON MALE AND FEMALE SUBJECTS RESIDENTS
OF SANTA CATARINA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA

TESE SUBMETIDA A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
CIÊNCIAS.

ADEMAR AMÉRICO MADEIRA

AGOSTO - 1974

ESTA TESE FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE "MESTRE EM CIÊNCIAS" - ESPECIALIDADE ODONTOPEDIATRIA E APROVADA EM SUA FORMA FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. MYAKI ISSÃO - Orientador

Prof. ROGÉRIO H. H. DA SILVA
Integrador do Curso.

APRESENTADA PERANTE A BANCA EXAMINADORA COMPOSTA DOS PROFESSORES:

Minha esposa e companheira inseparável:

MARIA DE LOURDES

Meus adorados filhos:

BETY CONCEIÇÃO

ANE TEREZINHA

SÉRGIO LUIZ

ADEMAR

A G R A D E C I M E N T O S

PROF. DR. MYAKI ISSÃO

Pela sua simplicidade e cordialidade,
bem como, pela sua sábia e segura ori-
entação ao presente trabalho.

PROF. SAMUEL FONSECA

Por nos ter iniciado no Magistério Su-
perior e pelo constante e marcante in-
centivo e apoio.

PROF. ROGÉRIO H. H. DA SILVA

Pelo muito que nos prestigiou e nos
entusiasmou a ingressar no Curso de
Pós-Graduação em Odontopediatria.

S U M Á R I O

1 - RESUMO.....	2
2 - INTRODUÇÃO.....	5
3 - REVISTA DA LITERATURA.....	13
4 - PROPOSIÇÃO.....	28
5 - MATERIAL E MÉTODO.....	30
6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
7 - CONCLUSÕES.....	54
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

1 - R E S U M O

1 - R E S U M O

Foi realizado um estudo sobre o tratamento cirúrgico das rânulas, com o intento de demonstrar e comprovar as indiscutíveis viabilidade e vantagens do emprego do método da exérese total do processo patológico.

O material empregado constou de 16 pacientes de ambos os sexos e de várias idades, que recorreram ou foram encaminhados ao Serviço de Cirurgia Oral do Curso de Graduação em Odontologia, do Centro Bio-Médico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Pela análise da discussão e dos resultados obtidos verificou-se que:

- a) Apesar do trans-cirúrgico deste procedimento ser mais laborioso do que os demais métodos, em contra-posição, confere a vantagem de liberar o paciente em prazo significativamente curto.
- b) O problema é solucionado num prazo nitidamente inferior aos outros métodos.
- c) Psicologicamente favorável ao paciente, oferecendo tranquilidade e segurança, por ter sido radicalmente excisado o processo tumoral.
- d) Cura efetiva do mal.

A B S T R A C T

A study about surgical treatment of ranula was made aiming to show and confirm the unquestionable practicability and advantage of complete exeresis of the pathological process.

Subjects were 16 patients of several ages of the Oral Surgery, Under Graduate Course in Dentistry, Bio-Medical Center, Federal University of Santa Catarina.

By analysis of discussion and results it was found that:

- a) Although the trans-surgical of the method is more arduous than other procedures, it allows to discharge the patient in a time significantly short.
- b) The problem is solved in a time markedly inferior to those of other methods.
- c) It is psychologically favorable to the patient, offering ease and confidence, because of the radical excision of the tumor.
- d) It provides effective cure.

2 - I N T R O D U Ç Ã O

2 - INTRODUÇÃO

Nos idos de 1959, após estágio de um ano letivo, na então Cátedra de Cirurgia Odontológica do Curso de Odontologia, quando ainda neófitos na carreira do magistério superior, tivemos a oportunidade de depararmos com o primeiro caso de rânula, naquela ocasião, não só uma experiência totalmente nova pelo aspecto clínico, mas também, pelo seu enorme volume.

Na ocasião, principiantes que éramos na escalada para arregimentar nossa bagagem científica, entretanto, em que pese termos sido apanhados tão surpreendentemente, por outro lado, contribuiu de maneira determinante, motivando-nos suficientemente no sentido de redobramos nosso entusiasmo para poder vasculhar tudo o que se referisse a tal entidade patológica. E na verdade, fortalecidos por esta dose de estímulo, lançamo-nos a uma investigação sem tréguas, catalogando muitos escritos com vistas ao assunto, o que nos propiciou os conhecimentos de que carecíamos, para nos conduzir a admitir que os vários autores que se preocuparam seriamente com o tema, jamais chegaram a um denominador comum, em relação ao tratamento preconizado, informações que serão descritas no capítulo reservado à Revista da Literatura.

Já àquela época antevíamos, então, o início de uma longa e penosa andança pelos intrincados caminhos da metodologia científica, visto que, esposando um dos métodos indicados, porque nos parecia pela lógica e pelo bom senso, ser o mais inequívoco, ou seja, o método da "enucleação total", muito embora seja ele objeto de severas críticas, das quais, antecipamos e citamos abaixo a de dois renomados e respeitados autores:

HITCHIN ³⁷ 1946, citando MAUREL ^o 1939, assevera que

^o MAUREL apud HITCHIN, A. D. - Ranula. Brit.dent.J., 80(10):325-9, May 1946.

no método da excisão total, a camada profunda da rânula é uma tarefa "sempre impossível" e que as recidivas são demasiado comuns; diz ainda que tais dificuldades não tenham sido experimentadas por aqueles autores que advogam o método radical, pois, talvez nunca o tenham realizado.

MAUREL ⁵² 1959 cita que certos livros clássicos recomendam para o tratamento da rânula a extirpação completa, contudo, revela que os especialistas que se têm ocupado do tratamento destes tumores císticos, têm encontrado no referido método, certas dificuldades que talvez não tenham sido suficientemente consideradas pelos autores dos livros clássicos, que nem sempre possuem uma experiência pessoal das técnicas que descrevem.

Desde então nos mantivemos avidamente preocupados com o assunto e os casos foram se sucedendo no desfilar dos anos, nos entusiasmando a ponto de prepararmos um primeiro trabalho no qual defendemos o método radical, apresentando-o em julho de 1965, no II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DA GUANABARA, e posteriormente na II JORNADA ODONTOLÓGICA DE BLUMENAU, em agosto do mesmo ano para, finalmente, enriquecido com mais três casos, no I CONGRESSO FLUMINENSE DE ODONTOLOGIA, em NITEROI, em julho de 1966, onde defendemos mais uma vez nosso ponto de vista, já firmado e confirmado por uma casuística regular.

A rânula é um processo patológico da ordem dos cistos, constituindo-se em um cisto de retenção, elegendo a região sublingual para o seu assentamento, cuja frequência não é rara. Clinicamente o processo apresenta-se sob a forma de um abaulamento, geralmente a um dos lados do frênulo lingual, ocorrendo casos em que podem abranger os dois lados (tivemos um em nossa casuística), unilocular, embora possa assumir aspecto multilocular. É tumoração benígna, de superfície lisa, às vezes brilhante, indolor, mole e flutuante, mas não se deixa marcar ou formar massa à pressão digital. Morfologicamente tem aspecto arredondado ou ligeiramente ovalado, sendo de tamanhos os mais variados, de

pendendo do tempo de evolução, a não ser quando o processo agudiza, cujo crescimento é rápido. Em sua evolução tende a adelgaçar a mucosa de recobrimento, conferindo uma coloração translúcida cinzento-azulada, salientando por vezes um relevo vascular marcante. A denominação decorre da palavra latina "rana = rã", cujo diminutivo rânula, motiva pela semelhança do processo, com o ventre translúcido do batráquio. Sua evolução tende a projetar a língua para o lado oposto e para cima e se muito volumosa determina a distensão do freio. Pode invadir o lado oposto por erniação e às vezes o assoalho bucal abaulado e comprimido-pelo fechamento bucal, pode refletir esse abaulamento na região submentoneana ou ainda estender-se à região cervical. Ainda quando volumosa, pode causar perturbações fisiológicas sobre a mastigação e fonação, havendo autores que chegam a admitir dificuldades respiratórias. Em decorrência de traumatismo pode romper-se, eliminando um líquido amarelo citrino viscoso, tornando-se o cisto imediatamente flácido, todavia, tão prontamente ocorra a cicatrização do rompimento, o processo se refaz.

Com referência ao conceito e etiologia da rânula, os autores dizem o que segue imediatamente.

BOOKMAN¹² 1917 revela que são tumores encontrados no assoalho bucal, a um lado da linha mediana, sendo, patologicamente falando, cistos de retenção de glândulas mucosas sublinguais ou salivares - submandibular e sublingual e seus ductos.

HOWARD³⁸ 1927, diz que são sintomas crônicos de crescimento lento ou rápido, geralmente na parte anterior do assoalho da boca. É cinzento-azulado ou até mesmo cinzento-avermelhado. Normalmente é tenso, não marcando ou formando massa à pressão.

BOISSON¹¹ 1933 estabelece que o processo se situa na cavidade bucal, entre a parte média da mandíbula e a língua e raramente na linha mediana, sendo lisa, arredondada, azulada, opalescente e indolor. À palpação é flutuante mas tensa, não formando marca ou massa. Po

de romper-se por traumatismo mínimo, até mesmo com um espirro. Aparece em todas as idades, até mesmo na vida fetal. Admite que quando volumosa causa distúrbios fonéticos, mastigatórios e até mesmo respiratórios.

McNEALY⁴⁵ 1942 simplesmente registra que se trata de um cisto sublingual, transparente, geralmente desviando o órgão lingual, confinado comumente por uma bolsa na intimidade do tecido frouxo da boca.

BHASKAR & cols.¹⁰ 1956, comparando rânula e mucocele, admitem que são poucos os trabalhos de patogenia e histopatologia sobre tais processos. Asseveram que a rânula é um cisto com uma camada epitelial que resulta da retenção da sua secreção. Dizem mais que a morfologia da rânula e mucocele é variável.

GUTIERREZ³³ 1959 enuncia que a rânula sublingual é frequente nos jovens, mais na mulher do que no homem, porém, não se conhece a causa definida. Sua evolução é lenta, indolor, até que alcança volume considerável, perturbando a dicção e a deglutição. O tumor é sempre lateral, ainda que possa alcançar o lado oposto, quando muito volumoso. Não adere à mucosa, contém um líquido denso, porém, claro, flutuante, sem aumentar de volume durante a mastigação. As complicações infecciosas são raras.

GRAZIANI³² 1960 diz que na rânula aguda pode ocorrer uma evolução rápida.

BERNIER⁸ 1962 menciona que dentre as tumefações com assentamento no assoalho bucal, a rânula se apresenta como um processo patológico de diagnóstico relativamente fácil, pelo seu aspecto muito característico.

WHITLOCK & SUMMERSGILL⁷⁵ 1962 sugerem que o termo rânula seja usado em relação ao aumento cístico no assoalho da boca, de origem da glândula sublingual ou uma glândula mucosa acessória.

BRAUER & cols.¹³ 1964 consideram cisto de retenção a

uma projeção recoberta por uma fina membrana mucosa e preenchida com um fluido cristalino.

ROBINSON & HJØRTING-HANSEN⁶⁶ 1964 acham que a rânula é um cisto bem definido com somente uma camada epitelial parcial e que a perda de porções desta camada pode ser devida à atrofia resultante do aumento da pressão intraluminal. Afirmam ainda que este ponto de vista é expresso por HIPPEL^o 1897, que observou num estudo histológico - de rânulas, que uma camada completa de tecido epitelial poderia sempre ser demonstrada em determinado período da evolução desta.

VAN WIK⁷⁴ 1964 conceitua a rânula como uma saliência - cística transparente localizada no assoalho da boca, geralmente unila_{teral}, e é o resultado de uma troca patológica associada com um ducto ou uma glândula salivar maior ou menor situada na mesma região. Refere-se que clinicamente apresentam dois tipos: A simples ou sublin_{gual} que se situa por cima do músculo miloídeo e a profunda ou supra_{ioídea}, que ultrapassa o referido músculo.

FORTES & PACHECO²⁶ 1968 conceituam o processo como sendo um tumor cístico sob a língua, ocasionado por obstrução e dilatação da glândula sublingual ou glândula mucosa.

HALL³⁴ 1969 caracteriza a rânula por um aumento azulado em forma de cúpula localizado no assoalho_{bucal}. O inchaço é flutuante e não marcando à pressão; está confinado ao assoalho bucal, ainda que às vezes possa extender-se para o pescoço. A causa do aumento de volu_{me}

^o VON HIPPEL, R. - Über Bau und Wesen der Ranula. Arch. Klin. Chir., 55: 164-93, 1897 apud ROBINSON & HJØRTING-HANSEN, E. - Pathologic changes associated with mucous retention cysts or minor salivary glands. Oral Surg., 18(2): 191-205, Aug. 1964.

me é desconhecido, embora, aparentemente seja devido ao bloqueio do fluxo da saliva sublingual. A aspiração do conteúdo cístico revela um líquido denso, viscoso, claro para amarelo-castanho. Radiograficamente pode-se demonstrar a extensão do processo, injetando-se substâncias radiopacas.

MCDONALD⁴³ 1969 revela que a rânula é um cisto de retenção que ocorre no assoalho bucal, em associação com os ductos das glândulas sublinguais ou submandibulares. A aparência clínica do processo é de um leve aumento de volume indolor ou ligeiramente desconfortante, de uma massa flutuante a um lado do freio lingual.

BOOKMAN¹² 1917, acha que o fator causal parece ser uma inflamação do ducto de uma das glândulas salivares sublingual ou submandibular, ou ainda glândula mucosa, elevando-se pela formação de tampões que causam retenção de secreção salivar e formação secundária de cisto.

COHEN²¹ 1957 opina que a rânula resulta de obstrução de uma das glândulas sublinguais, com formação de um líquido sob pressão, que produz um abaulamento de tamanho variável. Este cisto continua crescendo e pode forçar a língua para o palato, dificultando a dicção e a deglutição.

MAUREL⁵² 1959 assinala que do ponto de vista patogênico, duas teorias compartilham da preferência dos autores. Os clássicos acreditam que sua origem ocorra na glândula sublingual, enquanto outros contestam a teoria, considerando que se trata da transformação de um resto embrionário, isto é, uma inclusão de restos epiteliais ao nível do sulco paralingual externo, que posteriormente daria lugar ao tumor.

ABBEY & REYNOLDS¹ 1961 sugerem que a rânula é causada pela obstrução dos ductos das pequenas glândulas sublinguais e mais raramente das glândulas submandibulares.

CASTELLI & CELLIS¹⁸ 1961 já opinam que o tumor tem sua origem na obstrução dos condutos excretores das glândulas mucosas ou sublinguais e são de crescimento lento.

KARBE & NIELSEN³⁹ 1966 manifestam-se com reserva que etiologicamente pouco se conhece em relação à rânula, ainda que a oclusão por sialólitos ou estruturas inflamatórias têm sido invocada.

HARNDT & WEYERS³⁵ 1967 culpam na etiologia das rânulas os processos inflamatórios obliterantes no parênquima glandular.

CAPERSEN¹⁵ 1968 atribui à glândula salivar sublingual e submandibular a responsabilidade etiológica da rânula, dizendo que de 33 casos, 28 estavam relacionados com a glândula sublingual, 4 com o ducto da submandibular e 1 com a glândula submandibular.

PACIORNIK⁵⁸ 1969 registra que a etiologia da rânula se relaciona com a obstrução de ductos das glândulas salivares ou mucosas dessa região.

ARAUJO & TOMICH³ 1971 realizaram trabalho experimental empregando 80 ratos albinos WISTAR, machos, na tentativa de provocar cistos de retenção pelo uso do isoporterenol. Provaram que a referida droga não provoca semelhante lesão, tendo conseguido, entretanto, tal processo, pela transsecção do ducto principal da glândula submandibular.

FILGUEIRAS²⁴ 1971 afirma que a rânula tem relação com a glândula salivar sublingual; assegura ainda ser de causa ignorada, alegando que alguns autores acreditam que seja devido à obstrução do canal excretor de uma das glândulas sublinguais.

Pelo exaustivo levantamento bibliográfico, constante das Referências Bibliográficas, bem como, o emaranhado das opiniões diversificadas registradas na Revista da Literatura, evidencia-se coherentemente a necessidade de ser realizada uma indagação em profundidade e é precisamente o que pretendemos investigar no presente trabalho.

3 - REVISTA DA LITERATURA

3 - REVISTA DA LITERATURA

Pela simples leitura do Capítulo reservado à Introdução, bem como pelo que diz respeito às Referências Bibliográficas, pode-se aquilatar seguramente que são inúmeros os autores que se têm empenhado com seriedade no estudo do assunto em questão, mas, ao invés de firmarem e estabelecerem um procedimento cirúrgico, tais autores não têm logrado um denominador comum e se divorciam muito em suas opiniões, incorrendo em controvérsias, confundindo grandemente aqueles que se dedicam à cirurgia oral. Tais divergências serão plenamente avaliadas a seguir, no desenrolar da Revista da Literatura que foi exhaustivamente compulsada.

CHATEAU²⁰ 1903 aludindo ao tratamento da rânula, diz que tanto a extirpação total como a parcial é arriscada, devido ao perigo de seccionamento do ducto submandibular ou do nervo lingual, advogando para tratamento do processo a injeção de duas gotas de tintura de iodo ou cloreto de zinco no interior do cisto. Afirma que apesar do processo inicialmente se avolumar, em seguida regride até desaparecer.

BOOKMAN¹² 1917 apresenta vários métodos de tratamento: simples incisão; incisão com destruição da camada limitante pelo ácido carbólico; introdução de um sedenho; aspiração do líquido e injeção de irritantes; ablação da calota superior do saco cístico, com cauterização da parede remanescente ou sutura das margens do cisto com a membrana mucosa.

LEWIS⁴² 1920 cita o caso de uma paciente portadora de rânula que, após quatro intervenções sem resultado positivo, o havia procurado. Usou o método excisional por duas vezes, pois, na primeira não obteve bons resultados recidivando.

CARP¹⁷ 1921 praticando uma incisão concomitantemente -

com dreno, tratou de um paciente, resultando em reincidência. Uma segunda intervenção pelo mesmo processo resultou favoravelmente.

HOWARD³⁸ 1927 sugere que o tratamento realizado por simples incisão e cauterização deve ter indicação parcimoniosa, enquanto que para o método radical recomenda muita cautela, devido à seriedade da sua execução. Com relação à remoção da calota superior (marsupialização), considera excelentes os resultados. Apresenta com detalhes o tratamento idealizado por BROPHY^o 1915, que consiste na passagem de um tubo de prata de aproximadamente 3 mm, com várias perfurações, e atravessa a rânula em dois pontos, adquirindo em seguida a forma de um anel, o qual é girado diariamente com a finalidade de evitar a formação de tecido de granulação, tubo este que pode ser substituído por seda transada e encerada. Recomenda cautela quanto ao método radical.

BAILEY⁶ 1931 já põe em dúvida a técnica de BROPHY^o 1915, não só quanto ao seu resultado, como o fato do paciente ter que suportar e retornar diariamente durante semanas para movimentar o anel aplicado. Acha que a operação de MOULLIN^o que consta de uma incisão triangular e o ápice deste triângulo suturado para baixo do assoalho do cisto para manter uma abertura permanente, recidiva com frequência e raramente é praticado. Diz que a excisão embora viável é um método difícilimo, enquanto a marsupialização é frequentemente empregada em seu país (Inglaterra). Registra 13 casos operados sem ter certeza dos métodos usados, mas confessa ter empregado também o método radical, sendo que alguns pacientes foram operados duas e até três vezes.

^o BROPHY apud HOWARD, M. R. - Treatment of ranula. J. Amer. dent. Ass., 14 (11): 2094-5, Nov. 1927.

^{oo} MOULLIN apud BAILEY, H. - Ranula. Brit. dent. J., 52 (12): 581 - 3, June 1931.

GOODSELL²⁹ 1932 é de opinião que a enucleação total é o procedimento mais satisfatório, desde que seja possível cumprir o ato corretamente. Registra o caso de um menino de 7 anos em que praticou o método em uma rânula muito volumosa, deixando um dreno com gaze iodo-formada.

BOISSON¹¹ 1933 inicialmente já contra-indica dois métodos: 1) abertura pura e simples da bolsa cística com cauterização pelo cloreto de zinco ou nitrato de prata; 2) colocação de um sedenho na bolsa, para esvaziá-la paulatinamente. Encara o tratamento radical - com reservas, devido à precisão e minúcias que requer, pois acredita - que uma vez rompida a bolsa ao menor descuido, leva ao fracasso. É francamente favorável ao método da marsupialização, indicando-o inclusive, no caso de insucesso de outros métodos.

CARABBA¹⁶ 1934 executa o tratamento da rânula, injetando soluções esclerosantes no seu interior, como também recomenda CHATEAU²⁰ 1903.

GIETZ²⁷ 1946 referindo-se aos cistos insinua que as indicações para a marsupialização são cada vez mais raras.

HITCHIN³⁷ 1946 chega a ser agressivo no que se refere - ao método excisional. Concorda com MAUREL⁵² 1959, asseverando que neste método a camada profunda da rânula é uma tarefa sempre impossível e que as recidivas são demasiado comuns; insinua ainda que tais dificuldades não tenham sido experimentadas por aqueles autores que apregoam o método radical, pois, talvez nunca o tenham realizado. Em dois casos operados, usou incisão e dreno de borracha, sendo que o segundo - resultou em fracasso, reoperando pelo mesmo processo. Este dreno de borracha foi usado sobre uma mola de aço achatada, segundo ROUND⁶⁸ 1936.

BRUNNER¹⁴ 1949 sem chegar a esclarecer o método de sua predileção, afirma que em todos os casos de rânula, a glândula sublingual deverá ser sempre examinada para optar pela sua remoção ou não.

NATHANSON & QUINN⁵⁵ 1952 apesar de fazerem referências a outros métodos, opinam que, embora o tratamento indicado seja a enucleação completa, a qual apresenta algumas dificuldades, dão grande valor a marsupialização. Apresentam três casos nos quais empregaram tanto a enucleação total como a marsupialização.

REDISH⁶³ 1956 afirma que a simples incisão e drenagem, bem como a colocação de um sedenho resultará em fracasso; que a enucleação completa destes cistos é impossível, em virtude da fina parede cística que facilmente sofre ruptura. A marsupialização é o método de sua eleição. Apresenta dois casos submetidos a este método, dos quais um refere-se a uma menina de 12 anos de idade.

ORLEAN⁵⁷ 1956 revela que o tratamento da rânula consiste na excisão completa ou parcial, dizendo que este último método é o preferido pela maioria dos autores. Apresenta dois casos, nos quais praticou a marsupialização.

COHEN²¹ 1957 embora considere que o tratamento consista na excisão, acha-o muito difícil e se a rânula for extensa, estaria propenso à marsupialização.

MANDEL & BAURMASH⁵⁰ 1957 é de opinião que o método excisional é difícilimo, pois a tênue cápsula cística rompendo-se determina um colapso, tornando-se quase impraticável a distinção de tecido patológico e normal, além do que, ocorre o perigo de sacrificar estruturas como o ducto submandibular, nervo e artéria linguais. Acha que a marsupialização, além de oferecer maior sucesso, é um plano de tratamento mais simples, principalmente nas rânulas mais profundas. Contra indica outros métodos como: colocação de sedenho, tubos e anéis, soluções esclerosantes e outros.

TENENBAUM⁷¹ 1957 operando um caso de rânula volumosa em uma menina de 6 anos, optou pela extirpação total do processo, pois acredita ser um método mais compatível com o processo.

GUTIERREZ³³ 1959 é taxativo em dizer que o tratamento da rânula deve ser o da excisão total, não tendo por este método observado recidivas.

MacGREGOR⁴⁴ 1959 não deixa dúvidas quanto sua preferência pelo método da marsupialização para o tratamento da rânula, o qual empregou em um caso que registra.

MAUREL⁵² 1959 diz que certos livros clássicos recomendam para o tratamento da rânula a extirpação completa, contudo, revela que os especialistas que se têm preocupado com o tratamento destas lesões, têm encontrado no referido método, certas dificuldades que talvez não tenham sido suficientemente consideradas pelos autores dos livros clássicos, que nem sempre possuem uma experiência pessoal das técnicas que descrevem. Recomenda e usa o método da marsupialização.

GRAZIANI³² 1960 em sua obra opina que em virtude da bolsa cística ser demasiado tênue, friável e difícil de distinguí-la dos tecidos vizinhos, aos quais adere intimamente, prefere a marsupialização, embora não esconda que a técnica mais acertada seria a excisão total.

ABBEY & REINOLDS¹ 1961 relatam o caso de uma menina indiana de oito anos de idade, portadora de rânula, tendo se submetido a três drenagens em épocas diferentes sem resultados satisfatórios. O procedimento usado foi uma marsupialização modificada, tendo removido uma parte do tecido glandular comprometido, mantendo um curativo de gáze iodoformada.

ARCHER⁴ 1961 registra que a simples incisão e drenagem é recidivante; que a introdução de um dreno para manter uma drenagem permanente geralmente conduz ao fracasso; apresenta o emprego da marsupialização como detentora dos melhores resultados.

CASTELLI & CELLIS¹⁸ 1961 enumeram apenas dois métodos para o tratamento da rânula. A marsupialização que, depois de removi

da a parte superior do cisto, a inferior deve ser cauterizada com nitrato de prata, admitindo ser uma operação que não oferece riscos. Para a enucleação total que reputa como muito difícil, recomenda cuida - dos especiais para a cápsula muito delgada que se encontra intimamente ligada à mucosa adjacente e em planos profundos, razão porque sugere - injetar alginato ou parafina sólida fundida para delimitar o processo e facilitar sua remoção. Lembra ainda que se incorre no grande risco de se lesionar a glândula sublingual, o ducto submandibular, o nervo lingual e os vasos sublinguais.

FLEURY & cols.²⁵ 1961 em quatro pacientes portadores de rânulas, presumindo existir alguma relação entre o processo e a glându la tireóide, resolveram empregar anti-tireoídeos de síntese para o seu tratamento. Foram ministradas cotidianamente durante três semanas a um mês, doses de 0,100 a 0,150 gr de bensiltioracilo ou de 0,40 a 0,60 gr de aminotiazol, doses que foram bem toleradas, sem oferecer nenhuma - consequência endócrina visível. Registram uma cura de 8 anos, duas com apenas alguns meses e um caso recorrente, solucionado com a marsu pialização.

HERLYN & cols.³⁶ 1961 condenam categoricamente a simples incisão por acharem altamente recidivante e preconizam a exérese total.

SHIRA⁷⁰ 1962 é categórico em estabelecer que o tratamen - to radical para este tipo de tumor é impraticável, devido ao tamanho , localização e proximidade com estruturas vitais. Afirma que a marsupi alização é o método eletivo, apresentando resultados excelentes quando bem executada. Sugere, como fazem CASTELLI & CELLIS¹⁸ 1961, que o pro cesso seja preenchido com materiais que mantenham suas paredes disten - didas e evitem seu colapso, o que tornaria a intervenção quase impos sível.

WHITLOCK & SUMMERSGILL⁷⁵ 1962 são irredutíveis no trata - mento da rânula: quando a glândula estiver comprometida, deverá ser ex cisada, asseverando que esta não observância conduzirá ao fracasso.

BEKE & cols.⁷ 1963 citam o caso de uma menina melanoderma de dois dias de idade portadora de uma rânula do lado esquerdo do freio lingual. A cirurgia foi executada dois meses depois, com a criança bem nutrida e com aumento de peso. O procedimento cirúrgico empregado foi a excisão completa.

DELAIRE & cols.²² 1963 pensam da mesma maneira que WHITLOCK & SUMMERSGILL⁷⁵ 1962, pois são de opinião que se o processo é proveniente de uma lesão glandular, necessário se torna destruir ou suprimir o setor da glândula comprometida, único meio de evitar a recidiva tão freqüente após a marsupialização ou exérese da cápsula cística. Assim, quando a formação tumoral se desenvolve às expensas de uma pequena glândula salivar mucosa da face inferior da língua, praticam uma exérese em bloco, englobando o cisto e a pequena glândula. Quando às expensas de pequenas glândulas peri-ostiais do canal submandibular, preferem a marsupialização, com o objetivo de não lesar o esfíncter ostial, sendo que a destruição do setor doente será alcançada pela cauterização com o ácido tricloroacético. Procedendo a tumoração de uma glândula sublingual, é possível limitar a destruição glandular: ressecção ou cauterização após a marsupialização. Mais freqüente e desagradável é o comprometimento de um setor muito extenso ou faces laterais da glândula sublingual, caso em que há necessidade de praticar a ablação completa da mesma, com a devida precaução para as estruturas vitais adjacentes. Finalmente uma rânula mixta situada sob o milioídeo, os autores se contentam com uma limpeza sublingual, por um corte que por vezes possibilita retirar a totalidade da parede do divertículo cístico sub-miloídeo.

OLECH⁵⁶ 1963 embora diga que a rânula possa ser tratada por excisão completa, diz também que o procedimento fica dificultado pela facilidade de ruptura durante a enucleação. Prefere a marsupialização, a qual empregou para o caso de uma jovem melanoderma de 17 anos de idade.

AVELLANAL⁵ 1964 sugere o que MAUREL⁵² 1959 chama de marsupialização, ou seja, o método conservador.

BERTELLI⁹ 1964 para o tratamento dos pequenos processos indica a extirpação superior ovóide do cisto (marsupialização), sendo que a parte inferior deve ser destruída pela eletrocoagulação. Para os mais volumosos indica a extirpação total, inclusive da glândula responsável, considerando entretanto, que na prática este procedimento não é fácil e nem sempre o intento é alcançado. Sem especificar o método usado, registra que de nove casos tratados cirurgicamente, dois recidivaram com três e seis meses de evolução respectivamente e que em tais casos, o tratamento instituído foi o de abertura ampla da parede cística, seguindo-se a sutura da margem do cisto à margem mucosa.

KRUGER⁴⁰ 1964 assevera que a simples incisão e drenagem sempre resulta em recidiva, o mesmo acontecendo com a colocação de um sedenho na esperança de se obter um ducto epitelizado. Alerta que o tratamento pelo radium é conhecido por ser muito ativo. Quanto à enucleação sem ruptura da fina parede cística diz ser praticamente impossível, repleta de complicações, além de que, a permanência de qualquer resto inevitavelmente provoca fracasso. Aceita a marsupialização como o melhor procedimento cirúrgico para a rânula.

MOOSE & SUMMERS⁵⁴ 1964 idealizaram um procedimento que consiste em passar um fio de seda 3-0 bem abaixo do ducto, com o fim de estabilizar a estrutura, para assim obter o máximo de acesso e visibilidade. Uma incisão é efetuada até encontrar o ducto, o qual é isolado e dissecado com instrumento rombo. Em seguida vão sendo experimentadas sondas de vários calibres crescentes, até que possibilitem a introdução de um tubo de polietileno, que permanecerá até que a luz do canal esteja epitelizada. Além de usar este procedimento para a rânula, emprega também para sialólito e leucoplasia.

PETERSON⁶⁰ 1964 apesar de fazer menção ao tratamento pelo radium, apresenta uma modificação da marsupialização de PARTSCH I,

que consiste em praticar a sutura que une a membrana cística à mucosa-oral, contornando o equador da rânula, porém, antes que a sua calota superior seja excisada, e quando procede o corte para excisão da referida calota, o faz por cima do anel de sutura previamente executado, o que facilita enormemente o trabalho.

RIES GENTENO⁶⁵ 1964 enuncia que para os cistos grandes e médios da cavidade oral o tratamento preconizado é o de PARTSCH I, também defendido por WASSMUND Y CAVINA^o. Todavia o autor faz questão de enfatizar que o epitélio cístico é um elemento patológico e o bom senso recomenda que deva ser eliminado por admitir-se que não só pode recidivar como sofrer transformações tumorais de outra ordem.

MEHROTRA⁵³ 1966 faz referência à terapêutica por radiação, mas como KRUGER⁴⁰ 1964, adverte dos grandes perigos. Referindo-se à enucleação total admite que a intervenção sem ruptura da fina parede cística é praticamente impossível, mas é francamente favorável à operação de PARTSCH I, reputando como o melhor procedimento cirúrgico.

TOPAZIAN⁷³ 1966 ressalta que relativamente ao tratamento da rânula o uso de radium e injeções de soluções esclerosantes têm sido advogadas, mas atualmente são tratadas cirurgicamente, pelo sedenho, excisão e marsupialização. Tece críticas aos métodos citados, confirmando os ditos de outros autores, no que concerne à excisão do cisto, que é difícilíssima, em virtude da sua membrana ser extremamente fina, fragil e aderente aos tecidos circunjacentes, rompendo-se com grande facilidade, e a distinção entre tecido são e patológico não é tarefa fácil, devendo ainda ser levado em conta o perigo de serem lesionadas-

^o WASSMUND Y CAVINA apud RIES GENTENO, G. A. - Cirurgia bucal. 6. ed., Buenos Aires, El Ateneo, 1964, p. 738-42.

estruturas delicadas, tais como, o nervo lingual, ducto ^{sub.}mandibular e artéria lingual. Entretanto, não nega que a excisão da cápsula cística associada com a glândula comprometedora, previniria a chance de recidiva, embora a contra-indique em vista das enormes dificuldades da sua execução. Apresenta o caso de um menino melanoderma de 10 anos de idade, para o qual empregou a marsupialização, defendendo os seguintes pontos:

- 1) Eliminação das dificuldades em localizar as margens da parede cística.
- 2) Remoção mínima de tecido normal.
- 3) Risco mínimo de causar dano às estruturas vitais.
- 4) Brevidade cirúrgica e cura efetiva.

GOMEZ²⁸ 1967 é taxativo em afirmar que o método mais indicado para tratamento da rânula seria a extirpação parcial do cisto, uma vez que a tentativa de enucleá-lo completamente é quase impossível sem romper suas delgadas paredes.

HARNDT & WEYERS³⁵ 1967 preconizam para tratamento das rânulas uma manobra diferente que consiste em estabelecer uma fenestração, realizando uma incisão no seu ponto mais alto. Em seguida esvaziam a secreção mucosa e executam uma abertura ovalada, com auxílio de uma tesoura. Suturam a mucosa do piso da boca, com a membrana do cisto, e com um tamponamento suave da cavidade terminam a pequena inter-venção. Se recidivar consideram eventualmente a extirpação da glândula sublingual.

MARTIS⁴⁸ 1967 realizou uma revisão da literatura no que se refere a este tipo de processo, optando pelo método da marsupialização, o qual preconiza e empregou nos seus três pacientes portadores do mencionado processo e que estão apresentados no seu relato.

CAPERSEN¹⁵ 1968 revela que tratou 33 casos de rânulas, sendo que em dois praticou apenas punção, em treze a marsupialização e em dezoito a excisão total, sendo que por este último método procedeu a extirpação da glândula em dois casos. Os casos tratados por punção re

cidivaram, assim como sete dos treze tratados pela marsupialização.

MARZOLA⁵¹ 1968 sem manifestar predileção por determinada técnica, limita-se a discorrer sobre as já existentes, recomendando a sua análise detidamente, com a finalidade de sempre ser instituído - um determinado tratamento: pelo radium de conformidade com PETERSON⁶⁰ 1964, KRUGER⁴⁰ 1964 e MEHROTRA⁵³ 1966; pelas soluções esclerosantes, segundo CARABBA¹⁶ 1934 e TOPAZIAN⁷³ 1966. O autor, entretanto, relata o tratamento cirúrgico como o mais recomendado. Faz referência ao tratamento preconizado por BROPHY⁰ 1915, que consiste na passagem de um fio de algodão ou aço, através da rânula de um lado a outro, suturando as extremidades do fio, devendo permanecer no local durante dias ou semanas, com o objetivo de eliminar o conteúdo cístico e estabelecer um conduto epitelizado; reputa como um método que oferece bem poucas vantagens. É francamente favorável à excisão completa do cisto, bem como da glândula comprometida, medida que previne toda chance de fracasso, ao mesmo tempo que não esconde e enfatiza os perigos advindos de um tal procedimento cirúrgico. Demonstra certa reserva em relação à marsupialização de PARTSCH I, achando mais eficiente a técnica da marsupialização modificada por PETERSON⁶⁰ 1964, que pratica a sutura antes de remover a porção superior da mucosa e do cisto ou de acordo com WHITLOCK & SUMMERSGILL⁷⁵ 1962, que não admitem a conservação da glândula, quando estiver comprometida. Admite que alguns resultados satisfatórios são obtidos com remoção parcial do cisto e da mucosa, com a utilização de obturadores de borracha durante aproximadamente seis semanas, de conformidade com ROUND⁶⁸ 1936, HITCHIN³⁷ 1946. Reputa como interessantíssimo o artifício de SHIRA⁷⁰ 1962, que retirando o líquido

⁰ BROPHY apud HOWARD, M. R. - Treatment of ranula. J. Amer. dent. Ass., 14 (11): 2094-5, Nov. 1927.

cístico, o substitui por alginato ou material borrachoide para delimitar bem a área interessada e facilitar o trans-operatório. Cita BERTELI⁹ 1964 que em determinados casos encontra na excisão extra-oral uma boa indicação. O autor sugere ainda que poderia ser empregada uma manobra cirúrgica que consistiria da associação das técnicas preconizadas por SHIRA⁷⁰ 1962 e PETERSON⁶⁰ 1964; assim feita a inclusão de alginato no interior do cisto, seria suturado o contorno do processo conforme recomenda PETERSON⁶⁰ 1964, eliminando-se a seguir a porção superior do mesmo.

PRESCOTT⁶¹ 1968 realizando uma pesquisa para tratamento de rânulas em cães, preconiza a inserção de um anel de fio de aço, atravessado no cisto mantendo assim uma abertura artificial com a finalidade de permitir seja expelida saliva continuamente. Opina que o monofilamento não absorvível também está indicado por razões de higiene.

RANKOW⁶² 1968 admite que sempre que tais tumores forem excisados por via intra-oral, deve haver excisão total da glândula responsável.

AMENABAR & cols.² 1969 consideram duas alternativas para o tratamento do processo: na rânula supramiloídea, a intervenção é feita intra-oralmente quer pelo método radical, quer pelo conservador; na rânula supraioídea, recomenda as abordagens intra e extra-orais, extirpando-se separadamente as bolsas, pelo estreito ístmo, salientando porém que o mais indicado seria esta tentativa somente por via extra-oral. No método da excisão total, adverte de iminentes perigos: nervo lingual e conduto da glândula submandibular.

CATONE & cols.¹⁹ 1969 apresentam nove casos de rânulas, as quais foram operadas, havendo remoção do processo cístico e excisão da glândula sublingual. Dos casos operados, quatro tinham se submetido anteriormente ao método da marsupialização e um apenas incisão e drenagem, tendo recidivado todos; os demais foram processos operados

pela primeira vez.

ESQUIVEL²³ 1969 relatando um caso diz ter preferido a técnica da marsupialização como recomenda SHIRA⁷⁰ 1962.

MCDONALD⁴³ 1969 é de opinião que o tratamento da rânula seja feito pela marsupialização em vez da excisão total. Diz que a recidiva é observada ocasionalmente.

PATTEE⁵⁹ 1969 referindo-se ao tratamento da rânula revela que na excisão total nem sempre é possível abranger toda a membrana cística, para o que estaria indicada a excisão parcial, com cauterização da membrana cística remanescente. Uma terceira opção recairia na marsupialização. Diz que o tratamento pela incisão e drenagem e tentativa de fistulização não obtém sucesso na maioria dos casos. O autor tratou de dois casos pela marsupialização, ambos fracassados. Na segunda intervenção, nos dois casos, os solucionou com aplicação de um dreno em forma de carretel, para prevenir que o tubo se deslocasse para fora ou para o interior da bolsa cística.

REDPATH⁶⁴ 1969 lembra o caso de uma menina de duas semanas nascida prematuramente, portadora de uma rânula localizada ao lado direito do freio lingual. A intervenção realizada quando a criança completou dois meses foi feita pelo método da marsupialização.

SCOPP⁶⁹ 1969 determina que o tratamento pode ser feito pela excisão total do cisto e tecido glandular, ou somente pela excisão do teto do cisto, suturando a cápsula remanescente com a mucosa do assoalho bucal.

THOMA⁷² 1969 assegura que a marsupialização tem seu emprego, mas que a excisão completa juntamente com a glândula promete melhor resultado.

LACHARD & cols.⁴¹ 1970 preceituam que a rânula tem a particularidade de recidivar quando sua ablação é incompleta, e como tem sua origem a partir das glândulas sublinguais, seu tratamento lógico consistiria na ablação da rânula e da glândula que lhe deu origem. Os autores não registram casos operados.

GRAVES & cols.³¹ 1970 em seu trabalho dizem que várias são as técnicas preconizadas para tratamento da rânula. Insistem que a simples incisão e drenagem resulta em recidiva e que a utilização de um sedenho para estabelecer uma drenagem contínua também falha. Aham que a excisão completa do cisto é difícilima pelas razões já expostas por muitos autores. São francamente favoráveis à marsupialização, quando feita corretamente, pela sua simplicidade de execução, baixa morbidez e mínima remoção de tecido. Apresentam um caso para o qual lançam mão desta última técnica.

MANDEL & BAURMASH⁴⁹ 1970 mencionam o caso de um paciente no qual praticaram uma marsupialização de um processo situado no lado esquerdo do assoalho bucal e que duas semanas após a intervenção, houve o aparecimento de outra rânula, porém, do lado direito, cujo tratamento escolhido foi também a marsupialização.

RONTAL & ADAMS⁶⁷ 1971 embora concordem que a excisão cirúrgica seja bem indicada, por outro lado estão perfeitamente de acordo também e até recomendam o método conservador, como a marsupialização. Apresentam o caso de uma menina de nove anos de idade em que a capsula cística foi removida intata, respeitando a conservação glandular.

GORMLEY³⁰ 1973 declara que as rânulas simples e algumas complexas podem ser tratadas cirurgicamente pela marsupialização, e que numa série de dezoito casos atendidos no KINGS COUNTRY HOSPITAL CENTER IN BROOKLYN, New York, o tratamento preconizado foi a técnica de PARTSCH I, com ligeiras modificações.

4 - PROPOSIÇÃO

4 - PROPOSIÇÃO

Como se pode depreender da pura e simples leitura da revista bibliográfica é claro e notório o importante relevo que os autores dispensam ao tratamento das rânulas, originando uma série de opiniões e estabelecendo vários métodos, alguns defendidos por vezes com entusiasmo, mas nem sempre convincente. Observamos por esta mesma razão que os conceitos emitidos são os mais diversificados possíveis, porém, dois métodos despontam como os mais acatados: A marsupialização com ou sem modificações que desfruta da prerrogativa de acolher a grande maioria dos autores; a excisão - total, aceita por outra parte dos autores, no entanto, considerado por alguns como inviável.

Com vistas a este aspecto é que nos propuzemos a:

- 1 - Verificar a viabilidade de enucleação total da rânula.
- 2 - Verificar o tempo de alta do paciente, após a cirurgia.
- 3 - Acompanhar durante pelo menos um ano, os pacientes operados, para uma comprovação da recidiva ou não, dos casos atendidos.

5 - MATERIAL E MÉTODO

5 - MATERIAL E MÉTODO

5.1 - MATERIAL

5.1.1 - CASUÍSTICA

O material empregado para a realização do presente-trabalho está representado por todos os pacientes da Divisão de Cirurgia Oral, do Departamento de Estomatologia, do Centro Bio-Médico, da Universidade Federal de Santa - Catarina, que procuraram ou foram encaminhados por colegas ao Serviço de Cirurgia da Escola, e ainda por aqueles que executando tratamento odontológico de rotina, foram surpreendidos nos exames clínicos, com os referidos processos, ou sejam, rânulas.

Esta pesquisa, como se pode constatar da Introdução, teve seu início em 1959 com o primeiro caso visto e operado e vem se desenvolvendo até esta data, atentamente , visando a catalogação do maior número de casos possíveis, o que indubitavelmente está comprovado pelos trabalhos - apresentados em dois congressos e uma jornada, referen - ciados também na Introdução.

A casuística do presente trabalho está assim representada:

PACIENTE	IDADE	SEXO	CÔR	LADO	INTERVENÇÃO	CONTRÔLE
01 - A. P. M.	16	F	B	Esquerdo	05/59	18 meses
02 - J. J. A.	12	M	B	Esquerdo	03/60	12 meses
03 - A. B.	13	F	B	Esquerdo	08/61	20 meses
04 - O. S.	13	F	B	Esquerdo	05/62	18 meses
05 - M. D. V.	07	M	B	Direito	09/62	26 meses
06 - A. N.	11	F	B	Direito	11/62	13 meses
07 - D. P.	14	F	B	Direito	10/63	14 meses
08 - P. A. B.	17	M	B	Esquerdo	05/65	24 meses
09 - D. J. O.	10	F	B	Esquerdo	10/65	14 meses
10 - I. L. P.	07	M	P	Esquerdo	04/66	13 meses
11 - B. F. O.	15	M	B	Esquerdo	05/66	36 meses
12 - E. M.	13	F	B	Direito	03/68	74 meses
13 - J. V. M.	14	F	B	Direito	06/68	20 meses
14 - A. A. P.	12	F	P	Esquerdo	04/69	12 meses
15 - M. F.	13	M	B	Direito	05/73	12 meses
16 - M. T. S.	20	F	B	Esquerdo	05/74	03 meses

(1) NOME DO PACIENTE: Iniciais do nome.

(2) IDADE: Em número de anos.

(3) SEXO : F = Feminino; M = Masculino.

(4) CÔR : B = Leucoderma; P = Melanoderma.

(5) INTERVENÇÃO: Mês e ano.

5.1.2 - PRONTUÁRIO

O prontuário de conformidade com MADEIRA⁴⁷ 1965, constou do preenchimento completo de uma ficha do paciente, onde foram registrados:

a) DADOS DE IDENTIDADE

Nome, estado civil, profissão, naturalidade, residência e mais a recomendação, início do tratamento e alta.

b) DADOS FÍSICOS

Idade, sexo, cor, aspecto físico, peso, altura.

c) ANAMNESE

Histórico do caso apresentado pelo paciente ou familiares, antecedentes relativamente à saúde, tais como, tratamentos atuais e remotos, doenças da infância, discrasias sanguíneas, problemas alérgicos, distúrbios - circulatórios, respiratórios, digestivos e outros.

d) EXAME CLÍNICO

Não só do caso, mas do conjunto oro-faringe e maxilo mandibular.

e) EXAME RADIOGRÁFICO

Radiografia oclusal do assoalho bucal sistematicamente além de outras quando julgadas indispensáveis para cada caso.

f) EXAMES LABORATORIAIS

Rotineiramente

Sangue: Hemograma, tempo coagulação e sangramento.

Urina.

Exporádicamente

Outros exames quando julgados convenientes.

Histopatológico

Sistemáticamente após o ato cirúrgico, como norma da disciplina, para qualquer processo de ordem tumoral.

g) PRÉ-OPERATÓRIO

Constante das normas de recomendações e medicação com patíveis com cada caso em particular.

h) DOCUMENTAÇÃO

Representada pelo prontuário completo do paciente, com os exames, radiografias, fotografias, modelos e ou tros. Fig. 5-1.

5.1.3 - AMBIENTE CIRÚRGICO

As intervenções foram sempre realizadas em ambiente - cirúrgico da Escola ou Hospitalar, rigorosamente ob servados os requisitos assépticos.

5.2 - MÉTODO

O método proposto é o da excisão total, isto é, a comple ta remoção da cápsula cística por ser perfeitamente realizá-vel, em que pesem grandes obstáculos, porém, jamais impraticá-vel como querem deixar parecer alguns estudiosos do assunto, pois, tem sido realizado com absoluto sucesso no decorrer de tantos anos dedicados à cirurgia maxilo-facial.

5.2.1 - ANESTESIOLOGIA

Apenas um caso sob anestesia geral com entubamento naso-traqueal, todos os demais foram realizados - sob anestesia local, com o bloqueio do nervo lingual bi-lateralmente, complementada com anestesia infiltrati va terminal, incluindo-se o vértice do órgão lin-gual. Figs. 5-2, 5-3, 5-4.



Fig. 5-1 - Rânula uni-lateral esquerda antes da intervenção



Fig. 5-2 - Procedimento de antissepsia.

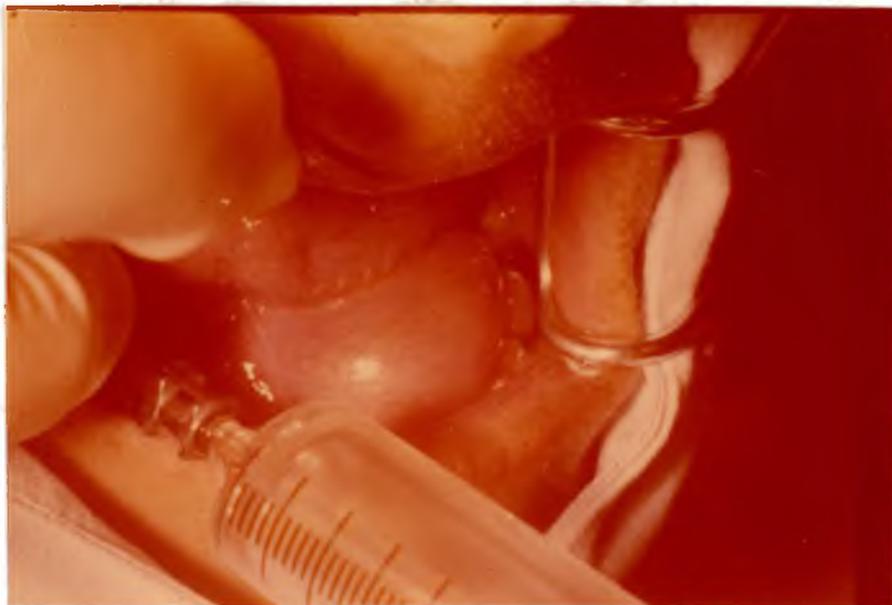


Fig. nr. 5-3 - Anestesia de bloqueio do nervo lingual.



Fig. nr. 5-4 - Anestesia do vértice do órgão lingual.

5.2.2 - IMOBILIZAÇÃO LINGUAL

Constante da passagem de um fio de sutura no vértice da língua, com a finalidade de tracioná-la para o lado oposto ao processo e para cima, expediente que contribui para facilitar o ato operatório. Fig. 5-5.



Fig. 5-5 - Passagem do fio de sutura no vértice da língua para tracione-la para o lado e para cima

5.2.3 - INCISÃO

É um ato que exige muita perícia e cautela, e tanto mais quanto maior o volume da rânula, a fim de se conseguir incisar tão somente a tênue camada de tecido normal de recobrimento da parede cística, uma vez que a sua perfuração e conseqüente esvaziamento, pode acarretar situações imprevisíveis, em virtude do seu colapso ser quase imediato, tornando praticamente impossível a diferenciação do tecido normal do patológico. Esta incisão deve ser realizada longitudinalmente, em sentido ântero-poste

rior, com a ponta do bisturi e o corte voltado para cima. Como implemento, uma tesoura romba auxilia muito esta delicada manobra. Nota-se que o simples corte já provoca uma deiscência nas margens da ferida, pela contração dos tecidos, evidenciando imediatamente a bolsa da entidade patológica. Fig. 5-6.



Fig. 5-6 - Após incisão com bisturi e tesoura romba, descobrimento da bolsa cística.

5.2.4 - ENUCLEAÇÃO

Tão logo obtenha-se uma ampla incisão, principia a delicada e paciente tarefa da enucleação do processo, introduzindo-se com prudência instrumentos rombos, insinuando-os entre as margens da incisão, visando destacar o tecido de recobrimento do tecido patológico. Aliás, na calota superior do processo, esta etapa é favorecida, visto que as duas camadas não estão muito integradas, o que

contribui para facilitar a sua realização, não se podendo contudo atuar intempestivamente. Fig. nr. 5-7.



Fig. 5-7 - Enucleação da calota superior da rânula.

À medida que se aproxima da calota inferior, os obstáculos vão se somando:

- a) Íntima aderência da membrana cística com os tecidos normais.
- b) Proximidade de vasos, nervos e ductos sublinguais.

Após a liberação das partes superior e laterais da cápsula, passa-se a liberar a face anterior, com a finalidade de manter sempre não só uma boa visualização do processo, como também, das delicadas estruturas adjacentes, no sentido de precaver lesioná-las, o que poderia ocasionar sérios inconvenientes e até mesmo determinar insucesso da intervenção. Fig. 5-8.



Fig. 5-8 - Liberação do processo na parte superior, lateral e anterior, sem ruptura da cápsula cística.

A esta altura dos acontecimentos a bolsa cística já se rompeu ou caminha para isto, mas mesmo que tal aconteça, tem-se condições de visualizá-la e distinguí-la com relativa facilidade, podendo ser pinçada sem dificuldade. A enucleação persistirá e nos pontos onde isto não for viável, recorre-se à dissecação prudentemente com bisturi, evitando-se romper a cápsula, mas se isto ocorrer, deve-se retornar ao ponto do rompimento, reiniciar e insistir, até que seja conseguido o intento de refazer o plano correto de dissecação. Jamais deve ser desprezada a hemostasia, para que se possa atuar sempre em área exangue, excelente conduta que proporciona a boa visualização do campo operatório.

Este procedimento exaustivo somente cessará, quando

do houver certeza absoluta da não permanência de nenhum resquício mórbido, detalhe este de primordial importância, dado a possibilidade de recidiva do quadro. Fig. 5-9, 5-10 e 5-12.



Fig. 5-9 - Após o rompimento da cápsula, pinçagem da mesma.



Fig. 5-10 - Apesar do rompimento da cápsula e seu esvaziamento, a visualização é perfeita.

5.2.5 - RÂNULAS PEQUENAS

Para os processos muito pequenos, a conduta mais indicada para a excisão é a remoção em bloco.

5.2.6 - SUTURA E DRENO

As margens da ferida são suturadas cuidadosamente - com fio de algodão preto nr. 4-0, com a precaução de colocar antecipadamente um tubo fino de polietileno que manterá a drenagem, acreditando-se ser este dreno de grande significado no pós-operatório. A extremidade externa do referido dreno é imobilizada nos elementos dentários anteriores. Fig. 5-11.



Fig. 5-11 - Ferida suturada podendo-se observar o dreno de polietileno posicionado.

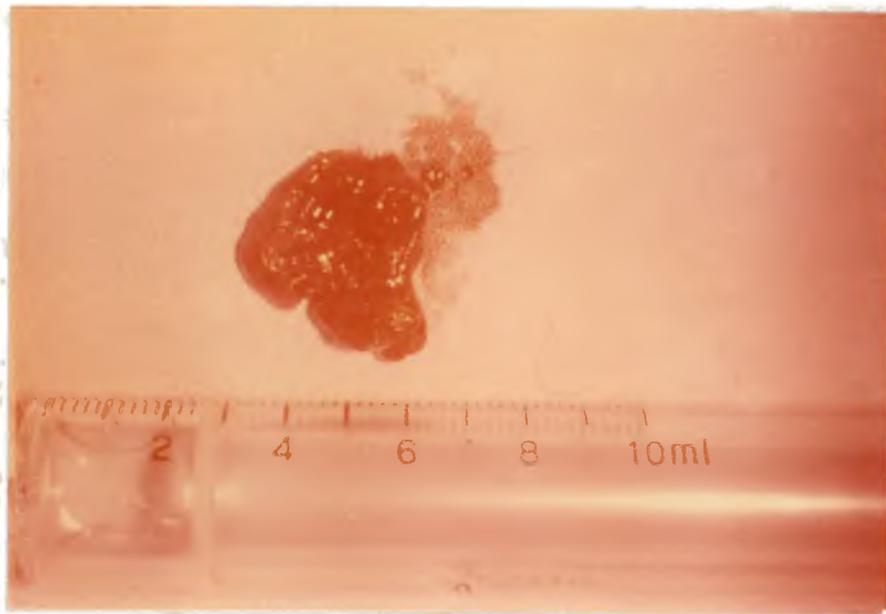


Fig. 5-12 - Processo totalmente excisado.

5.2.7 - PÓS OPERATÓRIO

A medicação recomendada esteve sempre na dependência do caso operado, trans-operatório, estado físico do paciente, resultado dos exames e outros fatores.

Independentemente da medicação administrada foram sempre feitas as recomendações de conformidade com as normas da disciplina extensivas a todos os pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas.

5.2.8 - REMOÇÃO DE PONTOS

A remoção de pontos foi sempre efetuada entre seis a sete dias após o ato cirúrgico, tempo este aceito como ideal para a remoção (MADEIRA ⁴⁶ 1973).

5.2.9 - A L T A

Geralmente com seis a sete dias após a cirurgia, co incidindo justamente com a consulta de remoção de pontos, foi dada alta para o paciente. Entretanto, para efeito de controle, houve sempre a precaução de recomendar no vas consultas para verificação de resultados nos prazos de 30, 90, 180 e 360 dias após a cirurgia, ou em qual-quer época, se observada alguma anormalidade.

6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A simples leitura do capítulo reservado à Revista da Literatura, conduz o consulente a constatar sem maior esforço que, os autores na sua quase totalidade (salvo raríssimas exceções), são irredutíveis em preceituar como norma definitiva que o tratamento da rânula deve ser cirúrgico, embora sejam notoriamente discordantes no que concerne ao método empregado na aludida manobra cirúrgica. Esta mesma leitura leva a depreender mais que estes divergentes métodos, muitas vezes com ligeiras variações, são geralmente advogados por grupos de autores. Todavia, a consulta atenta leva ainda a concluir que apenas dois deles despontam como mais aceitos, induzindo a maioria dos estudiosos do assunto a dividir suas opiniões, estando a maior tendência - voltada para a marsupialização, modificada ou não, ao passo que, um bloco menos representativo evidencia sua motivação em torno da excisão total.

A seguir os autores serão agrupados por preferência dos métodos que defendem, como também procurar-se-á mostrar os que os refutam, dentro de cada tópico.

6.1 - TRATAMENTO GERAL

É um método sugerido por FLEURY & cols.²⁵ 1961, discorrendo sobre quatro casos submetidos a tratamento com "bensiltioracilo", registrando uma cura de 8 anos, duas com apenas alguns meses e um caso reincidente o qual foi marsupializado.

6.2 - TRATAMENTO PELO RADIUM

É um tratamento que tem sido enunciado em trabalhos de PETERSON⁶⁰ 1964, MEHROTRA⁵³ 1966 e TOPAZIAN⁷³ 1966, mas que é tido com a máxima reserva por todos que têm investigado o assun

to, como KRUGER⁴⁰ 1964 e TOPAZIAN⁷³ 1966, como também pelos próprios autores que o registram, ressaltando a máxima cautela com o seu emprego, não tanto pelo resultado favorável ou desfavorável ao processo em si, mas pelas conseqüências malélicas que podem demacarretar, visto ser o radium extremamente ativo.

6.3 - INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIAS CAUTERIZANTES

O procedimento tem despertado repercussão inexpressiva e consiste em injetar substâncias cauterizantes tais como, tintura de iodo, cloreto de zinco e outras no interior do processo após o seu esvaziamento, como recomenda CHATEAU²⁰ 1903, encontrando apologistas como CARABBA¹⁶ 1934 e TOPAZIAN⁷³ 1966, chegando o primeiro a refutar os tratamentos cirúrgicos, quer pela marsupialização, quer pela excisão total. Entretanto rejeitam este tratamento e condenam ao fracasso BAILEY⁶ 1931, BOISSON¹¹ 1933, ORLEAN⁵⁷ 1956, REDISH⁶³ 1956, COHEN²¹ 1957, MANDEL & BAURMASH⁵⁰ 1957, ARCHER⁴ 1961, KRUGER⁴⁰ 1964, TOPAZIAN⁷³ 1966.

6.4 - INSERÇÃO DE ANEIS DE FIO DE AÇO

BROPHY⁰ 1915 insere um anel perfurado que atravessa a rânula em dois pontos, sendo que PRESCOTT⁶¹ 1968 sugere anéis de fio de aço, também atravessando o cisto em dois pontos, ao mesmo tempo que aconselha o uso do monofilamento não absorvível por apresentar melhor indicação. Contudo o tratamento não tem merecido acolhida de autores como BAILEY⁶ 1931, REDISH⁶³ 1956, COHEN²¹

⁰ BROPHY apud HOWARD, M. R. - Treatment of ranula. J. Amer. dent. Ass.,

14 (11): 2094 - 5, Nov. 1927.

1957, MANDEL & BAURMASH⁵⁰ 1957, ARCHER⁴ 1961, BEKE & cols.⁷ 1963,
KRUGER⁴⁰ 1964, TOPAZIAN⁷³ 1966 e outros.

6.5 - INCISÃO E DRENAGEM

Decididamente favoráveis à incisão e drenagem destacam - se
CARP¹⁷ 1921 e MOOSE & SUMMERS⁵⁴ 1964, que executam uma incisão e
mantêm uma drenagem com tubo de polietileno. Outros autores co
mo ROUND⁶⁸ 1936, HITCHIN³⁷ 1946 e PATTEE⁵⁹ 1969 usam tipos de
obturadores após a incisão, sendo que este último o usa em forma
to de carretel. O método sofre descrença total dos autores
BOISSON¹¹ 1933, REDISH⁶³ 1956, MANDEL & BAURMASH⁵⁰ 1957, ARCHER⁴
1961, KRUGER⁴⁰ 1964, TOPAZIAN⁷³ 1966, GRAVES & cols.³¹ 1970 e
outros.

6.6 - INDIFERENTES AO MÉTODO

Pode-se verificar em alguns trabalhos que os autores não se
preocuparam em eleger este ou aquele método, mas descrevê - los.
Assim se manifestam BOOKMAN¹² 1917, MARZOLA⁵¹ 1968, BRUNNER¹⁴
1949 e CAPERSEN¹⁵ 1968, com a ressalva de que estes dois últimos
autores advertem de que em qualquer método empregado, nunca deve
ser olvidado que a glândula responsável pelo processo, deve ser
examinada com precaução, enquanto que, MARZOLA⁵¹ 1968, sugere -
uma inteiração dos métodos de SHIRA⁷⁰ 1962 e PETERSON⁶⁰ 1964, pa
recendo mais acertado substituir SHIRA⁷⁰ 1962 por CASTELLI &
CELLIS¹⁸ 1961, em virtude deste estar^{em} sendo citados por aquele.

Pela discussão até aqui encetada, é fácil inferir que dos
cinco tratamentos propostos e apreciados, nenhum despertou rele
vante interesse dos autores dedicados ao tema, o que faz crer
serem métodos fadados ao insucesso e no caso do radium, os efei
tos colaterais. Isto não se observa com os dois procedimentos -

seguintes, oportunidade em que se constatará, que mesmo aqueles autores mais inclinados para uma determinada conduta, têm a grande preocupação de se referenciar à outra.

6.7 - MARSUPIALIZAÇÃO COM OU SEM MODIFICAÇÕES

Embora GIETZ²⁷ 1946 afirme que as indicações para a marsupialização sejam cada vez mais raras, encontra-se antes e após esta assertiva, uma rica literatura favorável ao método, por vezes com ligeiras alterações, registrando ilustres e respeitáveis autores como HOWARD³⁸ 1927, BAILEY⁶ 1931, BOISSON¹¹ 1933, HITCHIN³⁷ 1946, ORLEAN⁵⁷ 1956, REDISH⁶³ 1956, COHEN²¹ 1957, MacGREGOR⁴⁴ 1959, MAUREL⁵² 1959, GRAZIANI³² 1960, ABBEY & REYNOLDS¹ 1961, ARCHER⁴ 1961, CASTELLI & CELLIS¹⁸ 1961, FLEURY & cols.²⁵ 1961, SHIRA⁷⁰ 1962, OLECH⁵⁶ 1963, AVELANAL⁵ 1964, KRUGER⁴⁰ 1964, MEHROTRA⁵³ 1966, TOPAZIAN⁷³ 1966, GOMEZ²⁸ 1967, MARTIS⁴⁸ 1967, ESQUIVEL²³ 1969, McDONALD⁴³ 1969, PATTEE⁵⁹ 1969, REDPATH⁶⁴ 1969, SCOPP⁶⁹ 1969, MANDEL & BAURMASH⁴⁹ 1970, GRAVES & cols.³¹ 1970. MANDEL & BAURMASH⁵⁰ 1957 defendem o procedimento dizendo tratar-se de um plano de tratamento mais simples do que a ablação total. Propensos ainda ao método, se bem com algumas variações, são surpreendidos os trabalhos de SHIRA⁷⁰ 1962, PETERSON⁶⁰ 1964, HARNDT & WEYERS³⁵ 1967, GORMLEY³⁰ 1973 e ainda MARZOLA⁵¹ 1968 que como foi visto sugere uma inteiração dos procedimentos de SHIRA⁷⁰ 1962 e PETERSON⁶⁰ 1964.

Dos autores acima citados, REDISH⁶³ 1956, MANDEL & BAURMASH⁵⁰ 1957, KRUGER⁴⁰ 1964, TOPAZIAN⁷³ 1966 e GRAVES & cols.³¹ 1970, rejeitam todos os métodos que não sejam a marsupialização, no que é corroborado por HOWARD³⁸ 1927, BAILEY⁶ 1931, COHEN²¹ 1957, MANDEL & BAURMASH⁵⁰ 1957, MacGREGOR⁴⁴ 1959, CASTELLI & CELLIS¹⁸ 1961, SHIRA⁷⁰ 1962, BERTELLI⁹ 1964, MEHROTRA⁵³ 1966, GOMEZ²⁸ 1967, McDONALD⁴³ 1969, PATTEE⁵⁹ 1969 e SCOPP⁶⁹ 1969.

Por outro lado autores como BOISSON¹¹ 1933, ORLEAN⁵⁷ 1956, COHEN²¹ 1957, GRAZIANI³² 1960, OLECH⁵⁶ 1963 e BERTELLI⁹ 1964, concordam que a exérese total pode ser bem sucedida, quando corretamente empregada a conduta cirúrgica.

HITCHIN³⁷ 1946 e MAUREL⁵² 1959, criticando os que defendem a enucleação total da rânula, dizem: "... certas dificuldades que talvez não tenham sido suficientemente consideradas pelos autores dos livros clássicos, que nem sempre possuem uma experiência pessoal das técnicas que descrevem." Tais afirmativas, seja lícito admitir-se, parece conduzir tão ilustres mestres a militarem em julgamentos precipitados, uma vez que para os mesmos argumentos a recíproca também é verdadeira e atinge igualmente - aqueles que preconizam a marsupialização.

6.8 - EXCISÃO TOTAL E MARSUPIALIZAÇÃO

Os resultados ora obtidos são confirmados por este outro grupo, caracterizado por evidenciar que ambos os métodos tão discutidos estão perfeitamente indicados, podendo tanto um como o outro ser utilizado como afirmam NATHANSON & QUINN⁵⁵ 1952 e AMENABAR & cols.² 1969, enquanto DELAIRE & cols.²² 1963 opinam que um ou outro poderá ser usado de conformidade com a exigência de cada caso, condicionando à supressão ou destruição do setor da glândula comprometida. Por outro lado, SCOPP⁶⁹ 1969 e THOMA⁷² 1969, afirmam igualmente que pode ser usada tanto a marsupialização como a excisão total, mas, quando for usada esta última, seja acompanhada da remoção da glândula responsável pelo processo, enquanto RONTAL & ADAMS⁶⁷ 1971 insistem que a glândula deve ser conservada, sempre que possível. CAPERSEN¹⁵ 1968 tratando 18 casos pela excisão total e 13 pela marsupialização, revela que 7 desta última conduta recidivaram, o que não aconteceu com os casos tratados pela ablação total.

6.9 - EXCISÃO TOTAL

Finalmente este último grupo que aplica irredutivelmente o procedimento da ablação total de rânula encontram-se LEWIS⁴² 1920, GOODSELL²⁹ 1932, TENENBAUN⁷¹ 1957, GUTIERREZ³³ 1959, HERLYN e cols.³⁶ 1961, BEKE & cols.⁷ 1963, RIES CENTENO⁶⁵ 1964, CATONE & cols.¹⁹ 1969 e LACHARD & cols.⁴¹ 1970, sendo que, BEKE & cols.⁷ 1963, CATONE & cols.¹⁹ 1969 e LACHARD & cols.⁴¹ 1970 são resolutos na eliminação sistemática da glândula sublingual responsável, incorporadamente com o processo patológico.

6.10 - NOSSOS ACHADOS

Pelo exposto até o momento, ficou nítida a discordância entre os autores no que respeita ao tratamento das rânulas. Enquanto um grupo defende o tratamento através de medicação e outros procedimentos, um outro, mais radical, aceita ser a marsupialização a única técnica indicada, ao passo que um terceiro grupo, já mais eclético dá como válida a marsupialização ou a ablação total. Finalmente um quarto grupo defende a enucleação total como a técnica mais indicada. A consulta à vasta literatura sobre o assunto, fez sentir que dos métodos preconizados, a da enucleação total é o que apresenta menor reincidência.

Apoiados nesta literatura selecionamos uma amostragem de 16 casos e utilizando a técnica da enucleação total é que procuraremos apresentar agora os nossos achados.

Assim, dos 16 casos operados, encontramos um sucesso clínico de 100% , após um ano de controle efetivo. No entanto, em dos casos, quer nos parecer, por um problema de trauma cirúrgico, constatamos alterações na glândula sublingual, que posteriormente achamos por bem removê-la.

Em todos os casos a anestesia empregada foi a de bloqueio bi-lateral do nervo lingual, complementada com infiltrativa terminal, excetuando-se um caso em que tivemos que recorrer à anestesia geral, devido as particularidades do mesmo.

Cumpre-nos esclarecer que nos casos por nós operados, a anestesia de bloqueio bi-lateral do nervo lingual, complementada com anestesia infiltrativa terminal é suficiente, assim como chamamos a atenção para o fato de que a anestesia deve ser sempre bilateral, mesmo que a rânula se localize em um dos lados, pois, se tal não for observado, a dor se fará presente durante todo o ato operatório, o que cremos ser contra-indicado.

O pós-operatório apesar dos cuidados pré e pós-operatório, foi sempre acompanhado com algum edema, em todos os casos.

É interessante ressaltar o aspecto de comportamento do paciente antes e depois da cirurgia. Geralmente, sentindo aquele abaulamento no interior da cavidade bucal, com dificuldade na deglutição e na fala, assim como a preocupação com o volume que muitas vezes a rânula chega a alcançar, o paciente é em geral um indivíduo tenso, de comportamento psicológico que deixa algo a desejar. Após a cirurgia e posterior regressão do processo, o seu comportamento sofre uma transformação não só em relação ao profissional, como principalmente em relação à família. As informações deste aspecto que obtivemos com o próprio paciente e com os seus familiares, nos permite tirar uma ilação que após a remoção do mal, o comportamento do paciente sofre influências positivas.

Constatamos também que ha uma maior frequência unilateral de acordo com os achados de 16 casos, sendo que constatamos 10 casos do lado esquerdo contra 6 do lado direito.

De acordo com GUTIERREZ³³ 1959 há uma predominância de rânulas em indivíduos do sexo feminino e os nossos achados corrobora

ram aos do referido autor, pois, dos 16 casos, 10 foram do sexo feminino.

Como foi descrito em MATERIAIS E MÉTODOS, a técnica de enucleação total em rânula deve ser seguida à risca, pois, quando assim é executada, a margem de sucesso é realmente significativa. Em verdade é uma técnica que demanda muito tempo, no entanto, viável, para qualquer profissional qualificado no campo da cirurgia oral.

7 - CONCLUSÕES

7 - C O N C L U S Õ E S

Com base nos nossos achados e na literatura, nos é lícito concluir que:

7.1 - O trans-cirúrgico pelo método da excisão to tal é um ato mais laborioso do que os demais procedimentos cirúrgicos, mas, em contra-po sição, lhe confere a grande vantagem do pa ciente ser liberado dentro de seis a sete di as definitivamente.

7.2 - Soluciona o problema a prazo significativa-
mente curto, nitidamente inferior aos demais métodos.

7.3 - Psicologicamente favorável ao paciente, ofe-
recendo tranquilidade e segurança, por ter sido o processo radicalmente excisado.

7.4 - Cura efetiva, de conformidade com os resulta-
dos comprovadamente obtidos.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ^o

- 1 - ABBEY, F. S. & REYNOLDS, G. E. - Sublingual cist. Report of a case. Oral Surg., 14: 1155-60, Oct. 1961
- 2 - AMENABAR, I. et alii - Ranula. Rev. Esc. Odont. Tucuman, 3: 27 - 32, 1969.
- 3 - ARAUJO, N. S. & TOMICH, C. E. - Experimental production of mucus retention phenomenon in animals treated with isoproterenol. Oral Surg., 31 (6): 849-60, June 1971.
- 4 - ARCHER, W. H. - Oral Surgery. 3. ed. Philadelphia, Saunders, 1961, p. 370-3.
- 5 - AVELLANAL, C. D. - Diccionario Odontológico. 2. ed., Buenos Aires, Mundi, 1964, p. 639-40.
- 6 - BAILEY, H. - Ranula. Brit. dent. J., 52 (12): 581-3, June 1931.
- 7 - BEKE, A. L. et alii - Congenital atresia or sublingual duct with ranula: report of case. J. oral Surg., 21: 427-8, Sept. 1963.
- 8 - BERNIER, J. L. - Tratamiento de las enfermedades orales. 2. ed. Buenos Aires, Omeba, 1962, p. 544.
- 9 - BERTELLI, A. P. - Rânulas. Rev. bras. Cirurg., 48: 236-8, set. 1964.
- 10 - BASKAR, S. N. et alii - Pathogenesis of mucoceles. J. dent. Res., 35 (6): 863-74, Dec. 1956.

^o De acordo com PNB/66 - ABNT - 1964.

Abreviaturas de Periódicos - World Medical Periodicals.

- 11 - BOISSON, R. - Técnica corrente das operações cirúrgicas da boca.
Porto Alegre, Globo, 1933, p. 84-93.
- 12 - BOOKMAN, M. R. - Chronic ranula. Dent. Cosmos, 59: 309-11, 1917.
- 13 - BRAUER, J. et alii - Dentistry for children. 5. ed., New York,
McGraw-Hill, 1964, p. 272.
- 14 - BRUNNER, H. - Pathology of ranula. Oral Surg., 2: 1591 - 8, Dec.
1949.
- 15 - CAPERSEN, I. - Ranula: en Klinisk-histologisk under søgelse af 33
tilfaelde. Tandlaegebladet, 72: 1055-73, Nov. 1968.
- 16 - CARABBA, V. - Sclerosing injections in surgery. Ann. Surg., 99
(4): 668-75, Apr. 1934.
- 17 - CARP, L. - Ranula of branchial origin. Surg. Gynec. Obstet., 33:
182-3, Aug. 1921.
- 18 - CASTELLI, W. & CELLIS, A. - La importancia anatomo-quirurgica de
la região sublingual. Rev. odont. Concepcion, 1/2 (8): 4-
15, enero 1961.
- 19 - CATONE, G. A. et alii - Sublingual gland mucus-escape phenomenon
treatment by excision of sublingual gland. J. oral Surg., 27:
774-86. Oct. 1969.
- 20 - CHATEAU, J. - Dictionnaire dentaire. Paris, J. B. Baillière et
Fils, 1903, p. 118-9.
- 21 - COHEN, M. M. - Odontologia pediatrica. Buenos Aires, Mundi, 1957,
p. 359.
- 22 - DELAIRE J. et alii - Nouvelles considérations sur les grenovilletes.
Rev. Stomat. (Paris), 64 (10/11): 579 - 84, Oct/Nov. 1963.

- 23 - ESQUIVEL, J. L. - Ranula en el area sublingual. Report of a case. Rev. Asoc. odont. Costa Rica, 3: 29-31, Apr. 1969.
- 24 - FILGUEIRAS, J. - Dicionário de termos técnicos de odontologia. Guanabara, Ministério Educação e Cultura, 1971, p. 294.
- 25 - FLEURY, D. R. et alii - Tratamento das rânulas pelos antitireoídeos de síntese. Rev. Farm. Odont., 28 (246): 23, ago. 1961.
- 26 - FORTES, H. & PACHECO, G. - Dicionário médico. Rio de Janeiro, Fábulo de Mello, 1968, p. 957.
- 27 - GIETZ, E. - Cirurgia oral menor. Buenos Aires, Progreental, 1946, p. 372-3.
- 28 - GOMEZ, A. P. - Técnicas quirúrgicas de cabeza y cuello. Mexico, Interamericana, 1967, p. 303-4.
- 29 - GOODSELL, J. O. - Ranula: A case report. J. oral Surg., 27: 968-72, 1932.
- 30 - GORMLEY, M. B. - Ranulas: A series of eighteen cases of extravasation cyst. J. Acad. gen. Dent., 21 (1): 29-32, Jan. 1973.
- 31 - GRAVES, R. W. et alii - Marsupialization of a ranula: Report of case. W. Va. dent. J., 44: 31-5, Apr. 1970.
- 32 - GRAZIANI, M. - Cirurgia buco-maxilar. 4. ed., Rio de Janeiro, Científica, 1960, v.2, p. 962-70.
- 33 - GUTIERREZ, F. Q. - Patologia Bucal. 2. ed. Mexico, Porrúa, 1959, p. 419-20.
- 34 - HALL, H. D. - Diagnosis of diseases of the salivary glands. J. oral Surg., 27 (1): 15-25, Jan. 1969.

- 35 - HARNDT, E. & WEYERS, H. - Odontologia infantil - Patologia, diagnóstico y terapeutica de la boca y de los maxilares en la niñez . Buenos Aires, Mundi, 1967, p. 421.
- 36 - HERLYN, K. E. et alii - Operaciones en la cara, esqueleto facial y mandibula. Trad. por PEDRALS, S. V., Barcelona, Labor, 1961, p. 79-80.
- 37 - HITCHIN, A. D. - Ranula. Brit. dent. J., 80 (10): 325-9, May 1946.
- 38 - HOWARD, M. R. - Treatment of ranula. J. Amer. dent. Ass., 14(11) : 2094 - 5, Nov. 1927.
- 39 - KARBE, E. & NIELSEN, S. W. - Canine ranulas, salivary mucoceles and branchial cysts. J. small. Anim. Pract., 7: 625-30, Oct. 1966.
- 40 - KRUGER, G. O. - Textbook of oral surgery. 2. ed., Saint Louis, Mosby, 1964, p. 271, 282-3.
- 41 - LACHARD, J. et alii - Les formations kystiques du plancher de la bouche. Rev. Odontostomat. Midi France, 28: 75-82, 1970.
- 42 - LEWIS, R. M. - A further note on the etiology of ranula. Surg. Gynec. Obstet., 31: 82, July 1920.
- 43 - McDONALD, R. E. - Dentistry for the child and adolescent. Saint Louis, Mosby, 1969, p. 473.
- 44 - MCGREGOR, A. B. - Sublingual ranula, dermoid cyst and lipoma. Oral Surg., 12(3): 334-42, Mar. 1959.
- 45 - McNEALY, R. W. - Cystic tumors of the neck: Branchial and thyroglossal cysts. J. Amer. dent. Ass., 29 (15): 1808-18, Oct. 1942 .

- 46 - MADEIRA, A. A. - Contribuição para o estudo morfológico e histoquímico da cicatrização das feridas incisais, obtidas experimentalmente na pele de ratos albinos. Florianópolis, 1973. (Tese Livre Docência - Curso de Graduação em Odontologia)
- 47 - _____ - Documentação em cirurgia e prótese buco - maxilo - facial. In: II Congresso Internacional de Odontologia. Anais. Rio de Janeiro, 1965, v. 2, p. 604 - 6.
- 48 - MARTIS, C. - Ranula. Report of three cases. Odontostomat. Progr., 21 (6): 268-74, Nov./Dec. 1967.
- 49 - MANDEL, L. & BAURMASH, H. - Bilateral ranulas: report of a case. J. oral Surg., 28: 631-2, Aug. 1970.
- 50 - _____ - Ranulae. Oral Surg., 10 (6): 567-74, June 1957.
- 51 - MARZOLA, G. - Tratamento cirúrgico dos cistos de retenção - rânulas e mucoceles. Estomat. Cult., 2 (1) : 119 - 26, jan./ jun. 1968.
- 52 - MAUREL, G. - Clinica y cirugia maxilo-facial. 3. ed. Buenos Aires, Alfa, 1959, v. 2, p. 768-74.
- 53 - MEHROTRA, M. C. - The so-called ranula. J. Indian dent. Ass., 38: 229-30, Aug. 1966.
- 54 - MOOSE, S. M. & SUMMERS, C. W. - Surgical correction of stenosed - submandibular ducts by installation of polyethylene tube. Oral Surg., 18 (5): 563-8, Nov. 1964.
- 55 - NATHANSON, N. R. & QUINN, T. W. - Ranula. A review of the literature and report of three cases. Oral Surg., 5: 250-5, Feb. 1952.

- 56 - OLECH, E. - Ranula. Oral Surg., 16 (10): 1169 - 73, Oct. 1963.
- 57 - ORLEAN, S. L. - Ranula in the sublingual area. Oral Surg., 9
(10): 1054 - 6, Oct. 1956.
- 58 - PACIORNIK, R. - Dicionário médico. Rio de Janeiro, Koogan, 1969,
p. 422.
- 59 - PATTEE, G. L. - A simplified office procedure for treatment of
ranula. Arch. Otolaryng. (Chicago), 90 (4): 504- 8, Oct.
1969.
- 60 - PETERSON, L. W. - Cysts of bone and soft tissues of the oral
cavity and contiguous structures. In: KRUGER, G. O. - Text
book of oral surgery. 2. ed. Saint Louis, Mosby, 1964,
p. 263 - 90.
- 61 - PRESCOTT, C. W. - Ranula in the dog. A surgical treatment. Aust.
Veter., 44: 382-3, Aug. 1968.
- 62 - RANKOW, R. M. - An atlas of surgery of the face, mouth and neck.
Philadelphia, Saunders, 1968, p. 264-5.
- 63 - REDISH, C. H. - Ranula. A report of two cases. J. Indiana dent.
Ass., 35: 9 - 12, Feb. 1956.
- 64 - REDPATH, T.H. - Congenital ranula. Oral Surg., 28: 542 - 4, Oct.
1969.
- 65 - RIES CENTENO, G. A. - Cirurgia bucal. 6. ed., Buenos Aires, El
Ateneo, 1964, p. 738-42.
- 66 - ROBINSON, L. & HJØRTING-HANSEN, E. - Pathologic changes associated
with mucous retention cysts of minor salivary glands. Oral
Surg., 18 (2): 191-205, Aug. 1964.

- 67 - RONTAL, E. & ADAMS, G. L. - Cysts in the floor of the mouth. Minn. Med., 54: 829-31, Oct. 1971.
- 68 - ROUND, H. - Some prosthetic hints and other things. Dent. Rec. 56: 567, 1936.
- 69 - SCOPP, I. W. - Oral medicine. A clinical approach basic science correlation. Saint Louis, Mosby, 1969, p. 145-6.
- 70 - SHIRA, R. B. - Simplified technic for the management of mucoceles and ranulas. J. Oral Surg. Anesth. & Hosp. dent. Serv., 20: 374 - 9, Sept. 1962.
- 71 - TENENBAUM, L. - Progressos en la practica odontologica - cirugia. Buenos Aires, Mundi, 1957, v. 2, p. 163-4.
- 72 - THOMA, K. H. - Oral surgery. 5. ed. Saint Louis, Mosby, 1969, v.2 p. 716- 7.
- 73 - TOPAZIAN, R. G. - A marsupialization technique treatment of ranulae. Aust. dent. J., 11: 9-12, 1966.
- 74 - VAN WIK, C. W. - A ranula: Its origin and histopathology. J. dent. Ass. S. Afr., 19 (4): 121-4, Apr. 1964.
- 75 - WHITLOCK, R. I. H. & SUMMERSGILL, G. B. - Ranula with cervical extension. Report of a case. Oral Surg., 15 (10): 1163-71, Oct. 1962.