



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLÓGICA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

PEDRO JOSÉ TARGINO RIBEIRO

**RÂNULA Mergulhante com extensão para a base do crânio:
Relato de caso**

**ARARUNA - PB
2017**

PEDRO JOSÉ TARGINO RIBEIRO

**RÂNULA MERGULHANTE COM EXTENSÃO PARA A BASE DO CRÂNIO: RELATO
DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
coordenação de curso de Odontologia da
UEPB – Campus VIII como requisito para a
obtenção do título de Cirurgião-Dentista

Orientador: Prof. Pedro Everton Marques Goes

**ARARUNA - PB
2017**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

R484r Ribeiro, Pedro José Targino
Rânula mergulhante com extensão para a base do crânio:
Relato de caso [manuscrito] / Pedro Jose Targino Ribeiro. - 2017.
23 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
ODONTOLOGIA) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Tecnologia e Saúde, 2017.

"Orientação: Prof. Esp. Pedro Everton Marques Goes,
Departamento de Odontologia".

1. Rânula mergulhante. 2. Marsupialização 3. Patologia
oral. I. Título.

21. ed. CDD 617.605

PEDRO JOSÉ TARGINO RIBEIRO

RÂNULA MERGULHANTE COM EXTENSÃO PARA A BASE DO CRÂNIO: RELATO
DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
coordenação de curso de Odontologia da
UEPB – Campus VIII como requisito para a
obtenção do título de Cirurgião-Dentista

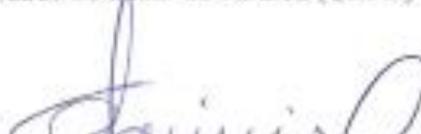
Orientador: Prof. Pedro Everton Marques Góes
Área de concentração: Cirurgia Búco-Maxilo-
Facial

Aprovada em: 05/04/17.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Pedro Everton Marques Góes (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Gustavo Gomes Agripino
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Msc. Renata Moura Xavier Dantas
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha mãe, pela dedicação, companheirismo e amor, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e por ter me dado uma família excepcional. Seguido por todos os mestres que tive no curso de Odontologia da UEPB. Sem a base fornecida por eles e todos os ensinamentos repassados, eu jamais teria me tornado dentista.

Agradeço especialmente ao professor Gustavo Agripino, pois sei que muitas dificuldades inerentes ao serviço público existiram na construção do nosso curso, mas com sua dedicação e liderança, os problemas foram contornados da melhor forma possível. Quero agradecer pelas oportunidades de pesquisa, extensão e o mais importante, as experiências de vida que pude vivenciar ao longo destes anos. Muito obrigado!

À minha mãezinha, vó (*in memoriam*) e minha tia Maria que sempre me apoiaram em todas as minhas decisões, não mediram esforços financeiros e emocionais para que eu conseguisse continuar minha caminhada de forma tranquila. Sem vocês absolutamente nada disso seria possível. Obrigado por tanta dedicação, amor e carinho! Essa conquista é de vocês e para vocês!

À minha noiva Thaysi por sempre ter acreditado nos meus sonhos e caminhado junto comigo mesmo nos dias difíceis, sendo sempre companheira e amiga. Essa vitória também é sua.

Meus agradecimentos aos companheiros de curso pelos momentos de descontração e amizade (Rafael, Diego, Firmino, Anderson e Felipe). Aos meus parceiros de casa Ceará e Mauricio, valeu por tudo. Por último, agradeço ao meu irmãozinho e dupla Wittor, foram anos caminhado lado a lado diariamente e boas risadas sempre se fizeram presentes.

Ao professor Pedro Everton pela disponibilidade e respeito. Desde o começo se mostrou solícito. Além de um grande mestre, passou de fato a ser um amigo.

Agradeço por fim a todos que de alguma maneira, contribuíram direta ou indiretamente com a minha formação e conseqüentemente realização de um sonho.

Muito obrigado!!!

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém, leais com o “As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém, leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos.”

Paulo Baleki

RESUMO

RÂNULA MERGULHANTE COM EXTENSÃO PARA A BASE DO CRÂNIO: RELATO DE CASO

O termo Rânula é derivado do latim, *rana*, e descreve uma patologia benigna que resulta do extravasamento de muco das glândulas salivares do soalho lingual, cujo aspecto clínico lembra o ventre de uma rã. A rânula mergulhante é uma variação incomum, que ocorre quando a mucina ultrapassa o músculo milo-hióide, com um aspecto de aumento de volume em região cervical. A anatomia da região e a função da glândula é fundamental na compreensão da patologia e decisivo na eleição do tratamento, que consiste na marsupialização e/ou remoção da glândula. Dessa forma, objetivo do presente trabalho é relatar um caso atípico de rânula mergulhante. Paciente do gênero masculino, leucoderma, 16 anos, ASA I, apresentou-se ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley com queixa principal “um caroço em baixo da língua. ” Ao exame físico extra-oral, observou-se aumento de volume em região submandibular, já no exame intra-oral notou-se a presença de bolha em região de soalho bucal, com coloração translúcida/azulada. O exame tomográfico confirmou a suspeita clínica de rânula mergulhante e notou-se que a mesma apresentava extensão parafaríngea e para a região de base do crânio. Foi realizada marsupialização modificada com instalação de dreno profundo mantido por aproximadamente 30 dias. A lesão apresentou regressão total e, no presente, o paciente encontra-se livre de doença e sem nenhuma queixa estética ou funcional.

Palavras-Chave: Rânula mergulhante. Marsupialização. Patologia oral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	RELATO DE CASO	08
3	DISCUSSÃO	09
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
	REFERÊNCIAS	19
	ANEXOS	21

**RÂNULA MERGULHANTE COM EXTENSÃO PARA A BASE DO CRÂNIO:
RELATO DE CASO**

**PLUNGING RANULA WITH EXTENSION TO THE BASE OF THE SKULL: CASE
REPORT**

Pedro José Targino Ribeiro¹

Pedro Everton Marques Goes ²

1. Acadêmico do curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba – PB, Brasil.
2. Professor substituto da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campus VIII-Araruna.

Endereço para correspondência:

Pedro Everton Marques Goes

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Av. Cel. Pedro Targino, s/n – Centro, Araruna-PB

Cep: 58.233-000

E-mail: p_everton@hotmail.com

Phone: (83) 9.9960-8949

1 INTRODUÇÃO

O termo “rânula” deriva do latim *rana* (rã) e é empregado para descrever um fenômeno de retenção de muco que ocorre especificamente no assoalho bucal, apresentando aspecto azulado, túrgido e translúcido que se assemelha ao ventre de uma rã. Tal fenômeno decorre do rompimento de um ducto glandular, sublingual ou submandibular, gerando um extravasamento de muco para os tecidos adjacentes. Os fatores que levam ao rompimento deste ducto, em suma maioria, têm origem desconhecida, possíveis causas citadas são traumas, anomalias congênitas e iatrogenias (GUPTA, KARJODKAR, 2011; CARLINI et al., 2016).

O estudo anatomopatológico permite identificar um espaço central cístico contendo mucina e uma parede composta de tecido conjuntivo frouxo, pouco vascularizado, geralmente escasso, com um leve infiltrado inflamatório crônico completando o quadro. O fato de essa cavidade não ser totalmente revestida por epitélio, faz com que alguns autores definam a rânula como um pseudocisto (SHEIKI et al., 2011).

As rânulas podem ser classificadas de acordo com a sua localização e extensão, em simples e mergulhante. A forma simples é confinada à área ocupada pela glândula sublingual, acima do músculo miloióideo, manifestando-se como um aumento de volume no assoalho da cavidade oral. Quando o aumento de volume gerado pela rânula consegue dissecar as fibras do músculo miloióideo, ocorre invasão do espaço submandibular, dessa forma, a rânula pode manifestar-se não só como um aumento de volume no assoalho bucal, mas também como uma tumefação no pescoço, sendo então classificada como mergulhante, dissecante, penetrante ou cervical (NOLETO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2015)

Diversos métodos de tratamento estão descritos na literatura, sendo estes a marsupialização, excisão da lesão com a excisão conjunta com a remoção da glândula sublingual (alguns casos com a submandibular também), excisão a laser com vaporização da bolsa e tratamentos mais inovadores, com toxina botulínica tipo A e injeção intralesional de OK-432 (OLIVEIRA et al., 2015; CARLINI et al., 2016)

Poucos casos de rânula mergulhante (RM) que apresentem alguma extensão para base do crânio ou espaço parafaríngeo têm sido descritos na literatura. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de rânula mergulhante raro, com extensão para a base de crânio, tratado de maneira conservadora através da marsupialização.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 17 anos, ASA I, buscou atendimento no serviço de Cirurgia e Traumatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB com a queixa de “um caroço embaixo da língua”. O mesmo relatou ter passado por dois tratamentos anteriores de micro-marsupialização que resultaram em recidivas. Ao exame físico extra-oral, observou-se aumento de volume em região submandibular e cervical, próximo ao ângulo mandibular esquerdo, de consistência flácida, indolor, recoberto por pele íntegra de coloração normal. Ao exame intra-oral, foi observado tumefação em assoalho bucal do lado esquerdo, porém cruzando a linha média, flutuante a palpação, translúcido, de coloração arroxeadada, gerando deslocamento superior da língua e restringindo parcialmente a movimentação lingual. O exame tomográfico revelou área hipodensa, próxima ao ângulo mandibular esquerdo, de limites definidos, medindo aproximadamente 3cm em seu maior diâmetro e apresentando uma extensão para região de base do crânio. Sendo assim, foi realizada biópsia incisiva para confirmação da hipótese diagnóstica. De acordo com os achados clínicos e histopatológicos foi dado o diagnóstico definitivo de rânula mergulhante e planejou-se marsupialização com instalação de dreno profundo, utilizando-se sonda de melaton nº 18. O dreno permaneceu por um período de 30 dias. O paciente foi reavaliado a cada dois dias na primeira semana e depois semanalmente até o primeiro mês. No momento atual, o paciente encontra-se em 1 ano de acompanhamento sem sinais de recidiva e sem queixas estéticas e/ou funcionais.

3 DISCUSSÃO

A RM é uma lesão rara e ocorre quando o extravasamento de mucina disseca o músculo miloióideo, produzindo uma tumefação cervical assintomática. Podendo se estender superiormente até a base do crânio pelo espaço parafaríngeo, inferiormente á área supraclavicular e posteriormente para o espaço retrofaríngeo. Sua prevalência é desconhecida, acredita-se que seja um número significativamente menor que a rânula intraoral que acomete 0,2 a cada 1.000 pessoas. A faixa etária de maior ocorrência da rânula se dá na primeira e segunda décadas de vida (70%), situando o presente caso na faixa etária típica. Já em relação ao sexo, apesar do paciente pertencer ao sexo masculino, a literatura afirma que o sexo feminino é ligeiramente mais acometido (NOLETO et al, 2010; SURESH e VORA, 2012).

A RM precisa ser diferenciada de outras lesões que possuem aspectos parecidos. O diagnóstico diferencial inclui cisto da fenda branquial, cisto dermoide lateral, cisto epidermoide, higroma cístico, laringocele, malformação arteriovenosa, lipoma e neoplasias. Como testes diagnósticos específicos para essa patologia não são conhecidos, o diagnóstico da rânula mergulhante é baseado na história detalhada, no exame físico e, se necessário, exames de imagem, como tomografia computadorizada e ultrassonografia. Se ainda persistir dúvida no diagnóstico, a punção aspirativa da região pode confirmar a natureza salivar do pseudocisto, com material coletado, contendo altos níveis de amilase e proteína. (TOLENTINO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2015).

Neste caso clínico, as características clínicas eram típicas da rânula, entretanto, foi realizado exames complementares para fecharmos o diagnostico desta lesão. Ao exame histopatológico foi encontrado tecido conjuntivo com áreas de deposição de material eosinofílico semelhante a muco entremeado por tecido de granulação, logo, resultado sendo compatível com fenômeno de extravasamento de muco. Foi utilizada a tomografia para auxiliar na determinação de sua extensão e melhor planejamento cirúrgico.

Atualmente existem vários métodos propostos na literatura para tratamento de RM, dentre eles estão: incisão seguida de drenagem, marsupialização, micro-marsupialização, remoção da glândula sublingual e em alguns casos da submandibular, tratamento com toxina botulínica A e injeção do agente esclerosante OK-432 (KALRA, MIRZA, 2011; SURESH, VORA, 2012; CARLINI et al., 2016).

O método que envolve a incisão seguida da drenagem do componente intraoral foi descrito em 1967, porém, não apresentou bons resultados, sendo relatada uma taxa de insucesso de 52% (CATONE et al., 1969; BRIDGER 1989; EFFAT, 2012).

Apesar de estudos demonstrarem até 36,4% de recidivas após a marsupialização, quando realizada corretamente apresenta baixos índices de recidiva. A marsupialização é considerada um método conservador amplamente utilizado como tratamento cirúrgico das rânulas. Alguns autores relatam que deve ser a primeira opção para o tratamento, principalmente em crianças, pois diminui o risco potencial de envolver estruturas nobres anexas. Além disso, o tratamento conservador possibilitará a preservação da função da glândula sublingual. Visto que, a técnica cirúrgica para remoção da mesma apresenta um potencial significativo de morbidade, podendo causar lesão do nervo lingual com parestesia, lesão de ducto de Wharton com a possibilidade de estenose, e laceração que pode levar a um vazamento salivar. O que diferenciou a marsupialização no referido caso foi a instalação de um dreno. O intuito deste foi de promover uma via mais segura para as regiões profundas, pois uma vez que a rânula apresentava extensão cervical e para a base do crânio, existia a possibilidade de novo acúmulo de saliva nessas regiões e, conseqüentemente, recidiva da lesão (TOLENTINO et al., 2010; NILESH et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

Em relação a tipos de tratamentos menos comuns, a injeção de toxina botulínica tipo A vem sendo discretamente relatada. A mesma promove uma denervação química parassimpática das terminações nervosas secreto-motoras responsáveis pela salivação, com segurança e tolerabilidade bem documentadas, sendo um método simples e não-cirúrgico (OLIVEIRA et al., 2015). O OK- 432 (Picibanil®) é uma mistura liofilizada de um grupo de baixa virulência do *Streptococcus pyogenes* e a penicilina G potássica (OKAMOTO et al., 1966; RHOON et al., 2006). Após sua aplicação há uma produção extensiva de citocinas, incluindo interleucina-6 e fator de necrose tumoral que promovem o aumento da permeabilidade endotelial, resultando na drenagem linfática acelerada e no fluxo linfático efetivo, levando à diminuição do espaço cístico. A terapia de injeção intralesional com essa substância é relativamente segura e pode ser utilizada em substituição ao tratamento cirúrgico, uma média de 3 aplicações são necessárias para uma considerável regressão do quadro (WOO, HWANG, LEE, 2003; FUKASE et al., 2003; KINOSHITA, KIDA, NAKAHARA, 2012). Entretanto foi relatado que em apenas 45,5% dos casos houve remissão da lesão após a primeira aplicação. As pesquisas que abordam este método ainda são incipientes. Os autores relatam discrepâncias significativas entre estudos do mesmo tipo e atribuem parte desta disparidade às diferentes concentrações e protocolos clínicos do agente esclerosante disponíveis no mercado. Além disso, não é um medicamento de fácil acesso. Sendo assim, a grande maioria dos profissionais optam por métodos mais tradicionais que estão bem

documentados na literatura, como a marsupialização. (ARUNACHALAM, PRIYADHARSHINI, 2010; YOSHIZAWA et al. 2016).

A terapia cirúrgica envolvendo a remoção da glândula sublingual seguida da drenagem do conteúdo intralesional, apesar de ser uma abordagem mais invasiva, vem sendo defendida com ênfase por alguns autores, pois é um tratamento definitivo associado a um menor risco de recorrência, sendo relatado na literatura uma taxa de sucesso de 95%. Entretanto há um risco eminente de lesionar o nervo lingual e a hipoestesia transitória é comum nestes pacientes. Alguns autores sugerem que as complicações da excisão da glândula sublingual são sub-relatadas (SHEIKI et al.; 2011; PATEL et al., 2015; NILESH et al., 2015).

Há um caso bem documentado e relatado na literatura de RM com extensão para o espaço parafaríngeo chegando próximo a base do crânio. A lesão foi tratada através da utilização do agente esclerosante OK-432, obtendo resultados satisfatórios com o paciente livre de recidiva pós 10 meses de acompanhamento (KINOSHIDA, KIDA, NAKAHARA, 2012). No caso em questão, mesmo havendo uma extensão para a base do crânio, optou-se por marsupialização com dreno profundo, por entendermos que a rânula é um fenômeno de extravasamento ou retenção, logo uma vez estabelecido novo trajeto de drenagem a tendência natural era regressão do processo. Ademais, deve-se sempre iniciar a terapia pelas opções mais conservadoras, diminuindo a morbidade para o paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica escolhida, a marsupialização com dreno profundo, se mostrou um tratamento eficaz, tendo ainda a vantagem de ser menos invasivo. Visto que não houve complicações pós cirúrgicas e o paciente está sendo acompanhado há 2 anos estando livre de recidiva até o presente momento.

As possibilidades de tratamento são variadas, entretanto o tratamento empregado com maior número de sucesso e menor taxa de complicações e recorrência foi a remoção cirúrgica da glândula sublingual ipsilateral com drenagem da rânula. A remoção apenas da rânula e a incisão seguida de drenagem foram incapazes de extinguir a lesão na maioria dos casos citados. A injeção intralesional com OK-432 e toxina botulínica A vêm ganhando espaço como opções terapêuticas para rânula mergulhante, porém a literatura ainda é escassa e são necessários mais estudos.

ABSTRACT

PLUNGING RANULA WITH EXTENSION TO THE BASE OF THE SKULL: CASE REPORT

The term Rânula is derived from the Latin, *rana*, and describes a benign pathology that results from the extravasation of mucus from the salivary glands of the lingual floor, whose clinical appearance resembles the womb of a ra. The immersing dorsum is an unusual variation, which occurs when the mucin exceeds the milo-hyoid muscle, with an aspect of volume increase in the cervical region. The anatomy of the region and the function of the gland are fundamental in understanding the pathology and decisive in the choice of treatment, which consists of marsupialization and / or removal of the gland. Thus, the aim of the present study is to report an atypical case of plunging ranula. A 16-year-old male patient, ASA I, presented to the Department of Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology of the Lauro Wanderley University Hospital with a primary complaint "a lump under the tongue." At the extraoral oral examination, Volume increase in the submandibular region, the presence of a bubble in the buccal floor region, with translucent / bluish staining, was already present in the intraoral exam. The tomographic examination confirmed the clinical suspicion of the plunging ranula and it was noted that it had a parapharyngeal extension and to the base region of the skull. Modified marsupialization was performed with a deep drainage system maintained for approximately 30 days. The lesion presented total regression and, at present, the patient is free of disease and without any aesthetic or functional complaint.

Keywords: Plunging Ranula. Marsupialization. Oral Pathology.



Figura 1. A – Fotografia frontal do paciente. B –Vista caudo-cranial C – Visão aproximada da região do aumento de volume cervical



Figura 2. Fotografia intra-oral, mostrando alteração em assoalho bucal



Figura 3. Cortes tomográficos evidenciando área hipodensa em região mandibular esquerda se estendendo para base do crânio.

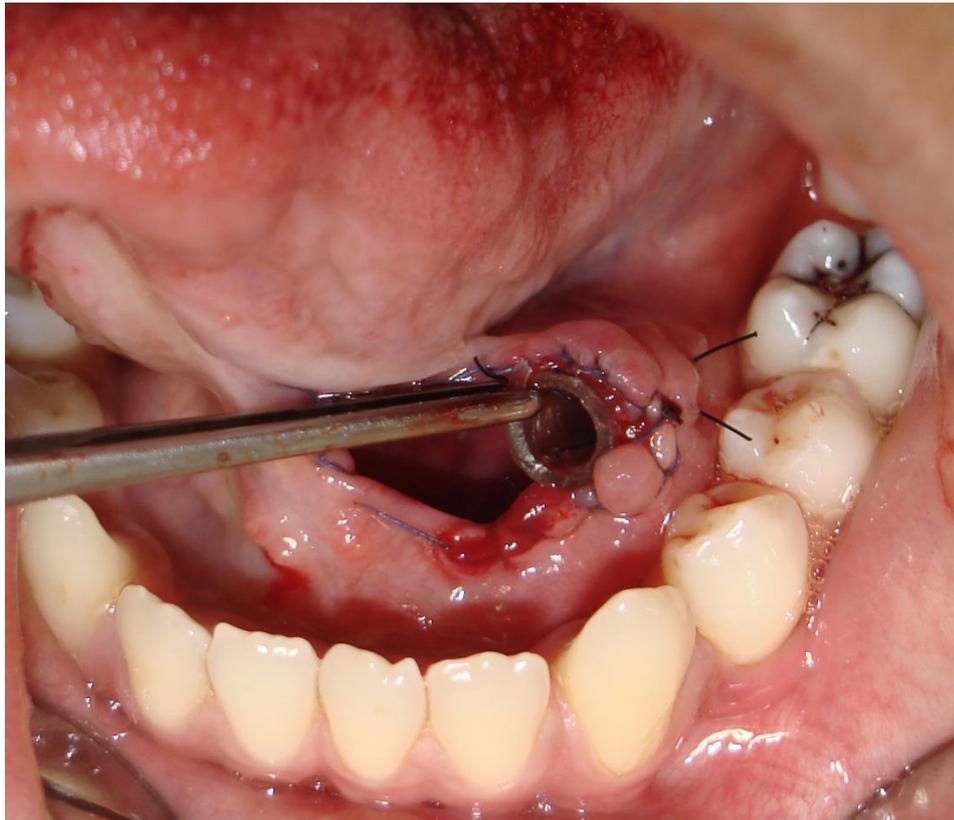


Figura 4. Marsupialização com instalação de dreno profundo.

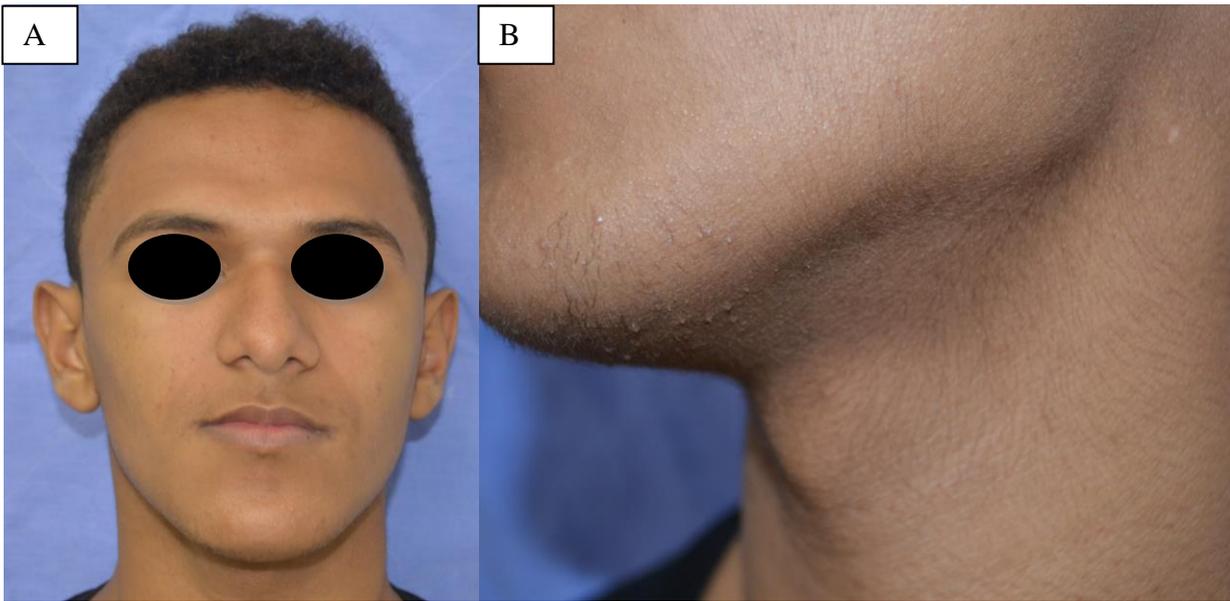


Figura 5. A – Fotografia frontal pós operatória. 6 meses B- Fotografia lateral do paciente exibindo regressão do quadro.

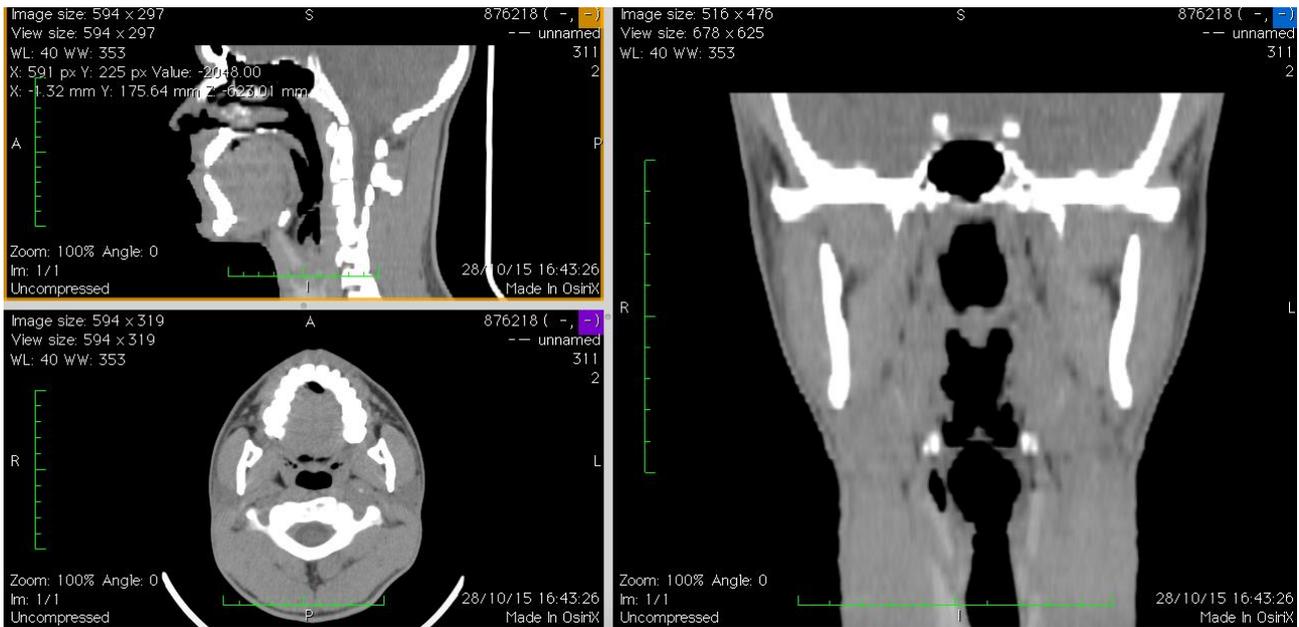


Figura 6. Tomografia pós-operatória evidenciando regressão total do quadro.

REFERÊNCIAS

AMIN, M.A.; BAILEY, B. M. W. Congenital atresia of the orifice of the submandibular duct: a report of 2 cases and review. **Br J Oral Maxillofac Surg.**, v. 39, n. 5, p. 480–2, 2001.

ARUNACHALAM, P.; PRIYADHARSHINI, N. Recurrent plunging ranula. **J of Ind Ass of Ped Surg.**, v. 15, n. 1, p. 36-38, 2010.

BRIDGER, A.G.; CARTER, P.; BRIDGER, G. P. Plunging ranula: literature review and report of three cases. **Aust N Z J Surg.**, v. 59, n.12, p.945–8, 1989.

CARLINI, V. et al. Plunging raula in children: case report and literature review. **Pediatric Reports.**, v. 8, n. 4, p. 65-76, 2016.

CATONE, G.A.; MERRILL, R.G.; HENNY, F.A. Sublingual gland mucus-escape phenomenon: treatment by excision of sublingual gland. **J Oral Surg.**, v. 27, n.10, p.774-86, 1969.

EFFAT, K. G. Acute presentation of a plunging ranula causing respiratory distress: case report. **J of Laryng & Otol.**, v. 126, n.8, p.861–3, 2012.

FUKASE, S. et al. Treatment of ranula within tracystic injection of the streptococcal preparation OK-432. **Ann Otol Rhinol Laryngol.**, p.112, n.3, p. 214 – 20, 2003.

GUPTA, A.; KARJODKAR, F.R. Plunging Ranula: A Case Report. **Inte Schol Res Net.**, p. 1-5, 2011.

KALRA, V.; MIRZA, M. Plunging Ranula. **Ajay Malhotra Radio Case.**, v. 5, n.6, p18-24, 2011.

KINOSHITA, M. KIDA, W. NAKAHARA, H. Plunging ranula intruding into the parapharyngeal space treated with OK-432. A. **J of Otol. H. N. Med. Surg.**, v. 33, n.3, p. 345-8, 2012.

NILESH, K. et al. Large plunging ranula presenting as isolated neck swelling: steps in diagnosis and surgical steps in management. **J of Clin Diag Arch.**, v. 9, n.6, p.MD01-MD03, 2015.

NOLETO, J. W. et al. Rânula mergulhante tratada por meio de marsupialização: relato de caso. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p.60-2, 2010.

OKAMOTO, H. et al. Experimental anticancer studies. XXXI: On the streptococcal preparation having potent anticancer activity. **Jpn J. Exp. Med.**, v. 36, n. 2, p. 175-86, 1966.

OLIVEIRA, J. C. S. et al. Rânula Mergulhante Recidivante: relato de caso. **Rev. cir. traumatol. Buco-maxilo-fac.**, v. 15, n. 2, p.27-32, 2015.

Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102015000200005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 fev. 2017.

PATEL, et al. Oral and Plunging Ranulas: What is the Most Effective Treatment? **J Laryng.**, v. 119, n. 8, p.1509-1510, 2015.

RHO, M.H. et al. OK-432 sclerotherapy of plunging ranula in 21 patients: it can be a substitute for surgery. **Am J Neuro radiol.**, v. 27, n. 5, p.1090-5, 2006.

SHEIKHI, M. et al. Plunging Ranula of the Submandibular Area. **Dent Res J.**, v. 8, n.1, p. 114-8, 2011.

SURESH, V. B.; VORA, V. K. Huge Plunging Ranula. **J. Maxillo fac Oral Surg.**, v. 11, n. 4, p. 487-90, 2012.

TOLENTINO, E. S. et al. Rânula mergulhante: relato de caso clínico. **Odontol. Clín.-Cient.**, v. 9, n. 3, p. 267-269, 2010.

Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000300017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 fev. 2017.

WOO, J.S.; HWANG, S.J., LEE, H. M. Recurrent plunging ranula treated with OK-432. **Eur Arch Otorhino laryngol.**, v. 260, n. 4, p. 226-8, 2003.

YOSHIZAWA, K. et al. A Case of Sublingual Ranula That Responded Successfully to Localized Injection Treatment with OK-432 after Healing from Drug Induced Hypersensitivity Syndrome. **Case Rep Dent.**, v. 23, n. 5, p. 216-7, 2016.

ANEXO A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Sr (a). Vânia Lucia Valério da Silva está sendo consultado (a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais e lâminas histológicas do caso clínico/cirúrgico e documentação radiológica que se encontram na ficha de prontuário médico de Jonas Roberto Valério da Silva, menor de idade, para apresentação do mesmo em encontro médico científico e/ou publicação do caso em revista científica como "Relato de caso". Nosso objetivo é discutir as características de sua patologia em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença e metodologia de diagnóstico.

A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelos médicos assistentes e pesquisadores. Os pesquisadores irão tratar a identidade do paciente com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. O material que indique a participação do paciente não será liberado sem a sua permissão. O paciente não será identificado (a) em nenhuma publicação.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (a) Sr (a).

Eu, Vânia Lucia Valério da Silva, portador (a) do documento de Identidade 3167991 fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.

Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais solicitados. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

João Pessoa, 15 de Maio de 2017

Vanio Luscia Valerio da Silva

Assinatura do responsável pelo paciente

Paulo Euter Marques Azev

Assinatura pesquisador

ANEXO B – LAUDO HISTOPATOLOGICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CURSO DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL
Av. Prof. Moraes Rego, S/N. Cidade Universitária
Tel.: (81) 2126-7510



EXAME Nº: 4784 **DATA:** 17/09/2014
PACIENTE: JONAS ROBERTO SILVA **IDADE:** 15 **GÊNERO:** M
PROCEDÊNCIA: UFPB – JOÃO PESSOA **REGISTRO:**
REQUISITADO POR: DR. WILSON NOLETO

MACROSCOPIA:

BIÓPSIA DE LESÃO LOCALIZADA EM ASSOALHO DE BOCA. CONSTA DE 01 FRAGMENTO DE TECIDO MOLE, DE COLORAÇÃO BRANCA, FORMATO IRREGULAR, SUPERFÍCIE IRREGULAR, CONSISTÊNCIA MOLE, MEDINDO 1,5 X 0,7 X 0,4 CM.

MICROSCOPIA:

FRAGMENTO DE MUCOSA APRESENTANDO TECIDO CONJUNTIVO COM ÁREAS DE DEPOSIÇÃO DE MATERIAL EOSINOFÍLICO SEMELHANTE A MUCO ENTREMEOADO POR TECIDO DE GRANULAÇÃO.

CONCLUSÃO

ASSOALHO DE BOCA:

FENÔMENO DE EXTRAVASAMENTO DE MUCO COMPATÍVEL COM RÂNULA.

NOTA:

1. NO MATERIAL EXAMINADO NÃO HÁ INDÍCIOS MORFOLÓGICOS DE MALIGNIDADE.
2. NÃO SE OBSERVA GLÂNDULA SALIVAR ASSOCIADA À LESÃO.

DIGITADO POR: AMANDA ALMEIDA LEITE

Elaine Amaral