

RANULA

*Lic. Luis Roberto Orozco
Elaboración y desarrollo del caso*

*Dra. Evelyn Letona
Asesora del caso*

*Dr. Eric Eduardo Maldonado Muñoz
Revisor del caso*

PREFACIO

Paciente se presenta al centro de diagnóstico denominado: “Imágenes de Resonancia Coatepeque”, enviado por su médico tratante por masa a nivel sublingual del lado derecho y masa a nivel del cuello en el triángulo cervical anterior, por encima del músculo esternocleidomastoideo, presenta dificultad para deglutir, no hay dolor, solo la molestia a nivel del cuello, indica que la masa día a día va aumentando de tamaño.

ABSTRACT

Patient presents to the diagnostic center called: “Imágenes de Resonancia Coatepeque”, sent by his treating doctor due to a mass at the sublingual level on the right side and a mass at the level of the neck in the anterior cervical triangle, above the sternocleidomastoid muscle, presenting difficulty swallowing, there is no pain, only discomfort at the level of the neck, indicating that the mass is increasing in size day by day

PALABRAS CLAVE

Masa, Ranula, triángulo anterior del cuello, Resonancia, sublingual.

HISTORIA DEL PACIENTE

Paciente de sexo masculino de 20 años de edad, originario de la ciudad de Coatepeque, Quetzaltenango, refiere aumento de tamaño a nivel del cuello y una masa a nivel sublingual del lado derecho, esto se nota más cuando el realiza un esfuerzo físico, refiere dolor de boca, de cuello y dificultad para deglutir.



Facultativo solicita estudio de resonancia magnética de cuello y cerebro con medio de contraste.

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

En el estudio de Resonancia de cuello y cerebro se observa; El espacio subaracnoideo frontoparietal se ve de aspecto normal sin evidencia de señal patológica. La fisura interhemisférica está en posición central.

Se observa desarrollo correcto de la sustancia blanca y la corteza cerebral, con densidad normal de la sustancia blanca periventricular. Los ganglios basales, cápsula interna, cuerpo calloso y el tálamo se ven normales.

El ángulo pontocerebeloso en ambos lados tiene configuración correcta. El diámetro del conducto auditivo interno es normal.

Se observa proceso inflamatorio a nivel de los senos maxilares y etmoidales.

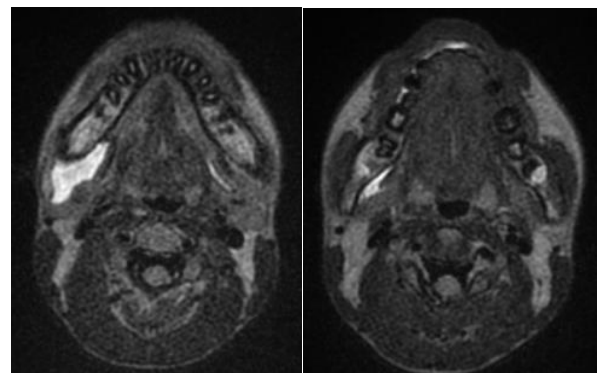
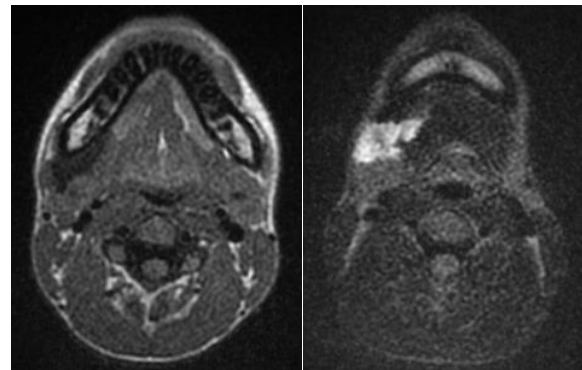
hay evidencia de una lesión quística, hiperintensa que se extiende a nivel del espacio submaxilar derecho, mide 5.5 cm en anteroposterior x 2.4 cm de derecha a izquierda x 4.5 cm en sentido céfalo-caudal con un volumen aproximado de 15 cc, este es hiperintenso, se extiende hacia la región de la base de la lengua, no realza a la inyección del medio de contraste y puede representar la presencia de un quiste de la ránula ya que se extiende a la región cervical superior.

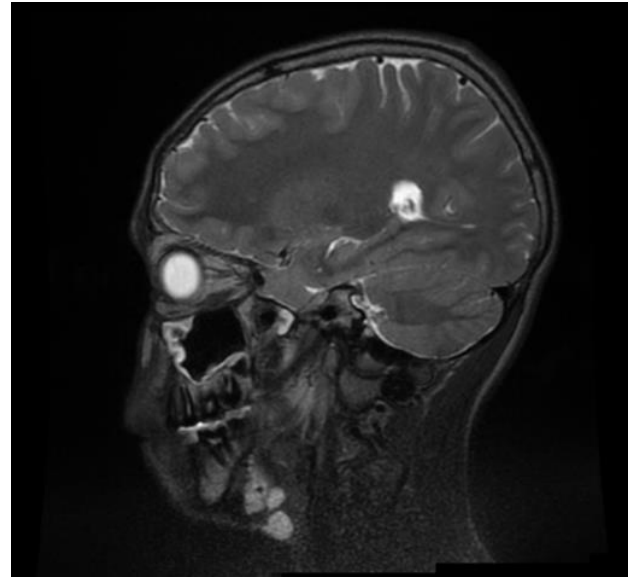
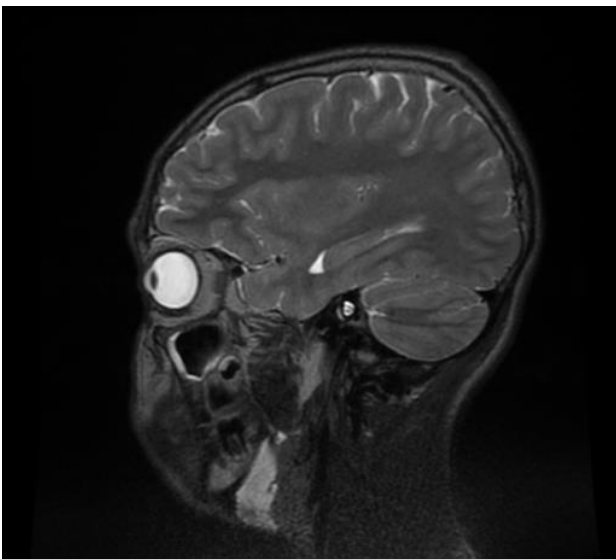
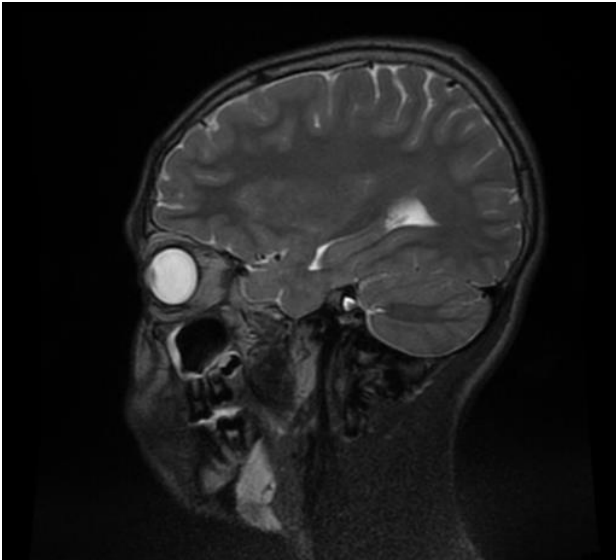
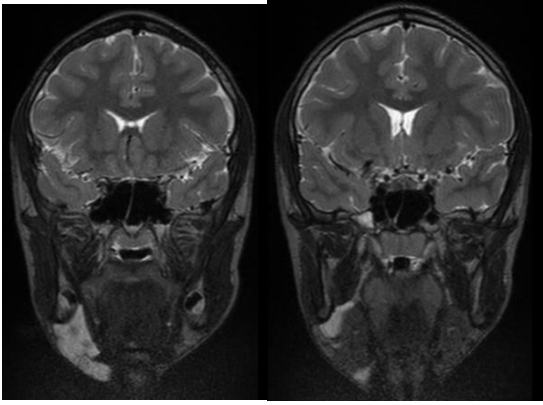
También en el diagnostico diferencial debe considerarse la presencia de una lesión del conducto de Wharton y puede representar

una lesión quística secundaria a un proceso lítico se sugiere realizar tomografía o sialografía para confirmar o descartar este hallazgo ya que la lesión mencionada guarda relación con la localización anatómica de este conducto. Las glandulares parótidas se vieron normales.

CONCLUSIONES:

LESION QUISTICA QUE SE EXTIENDE DESDE LA REGION LATERAL DE LA BASE DE LA LENGUA EN EL LADO DERECHO HACIA LA REGION CERVICAL SUPERIOR Y EN CUYO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEBE CONSIDERARSE UNA LESION DE LA RÁNULA O UNA LESION DEL CONDUCTO DE WHARTON





DIAGNOSTICO

Ranula hundida, y/o Lesión del conducto de Wharton



FISIOPATOLOGIA

El suelo de la boca es la parte de la cavidad bucal que se encuentra debajo de la lengua. Puede estar involucrado en una amplia gama de procesos patológicos, algunos de los cuales son exclusivos de la región. La superficie mucosa del suelo de la boca se examina clínicamente fácilmente, ya que las anomalías superficiales se pueden evaluar visualmente sin la ayuda de imágenes. Sin embargo, pueden ser necesarias imágenes para evaluar una enfermedad que se extiende profundamente hasta el suelo de

la boca o se extiende más allá de sus límites. Se pueden aplicar varias modalidades de imágenes para examinar el piso de la boca.

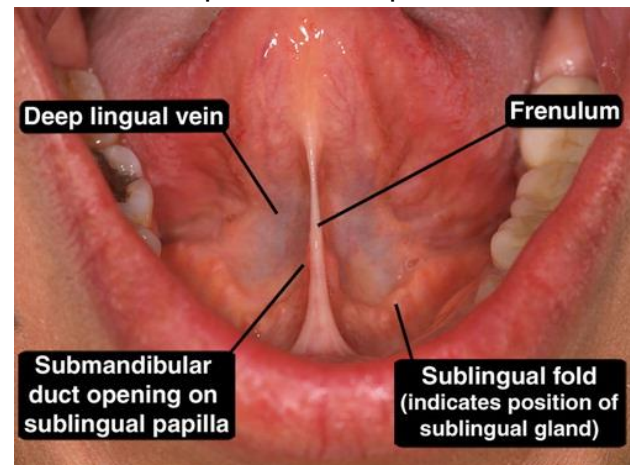
El suelo de la boca es un espacio en forma de U alineado horizontalmente situado en la parte de la cavidad bucal que se encuentra debajo de la lengua.

El piso de la boca se define como el espacio entre la superficie mucosa y el cabestrillo del músculo milohioideo y que comprende ambas estructuras. El cabestrillo del músculo milohioideo está formado por los músculos milohioideos pares, que surgen de la superficie interna de la mandíbula, se extienden desde la sínfisis anteriormente hasta el último molar posteriormente y se insertan en la cara posterior del hueso hioides. Los músculos emparejados se insertan medialmente en un rafe medio fibroso, formando un cabestrillo muscular muy parecido al elevador del ano de la pelvis.

El cabestrillo del músculo milohioideo separa así el suelo de la boca de los espacios submandibulares derecho e izquierdo y del espacio submentoniano de la línea media.

Debido a que el cabestrillo del músculo milohioideo es una parte integral y un límite del piso de la boca, algunos radiólogos lo consideran sinónimo del piso de la boca, mientras que el espacio sublingual se considera un compartimento separado. Posteriormente, un espacio en el borde libre del músculo milohioideo permite la libre comunicación entre el suelo de la boca y el espacio submandibular. La porción superior

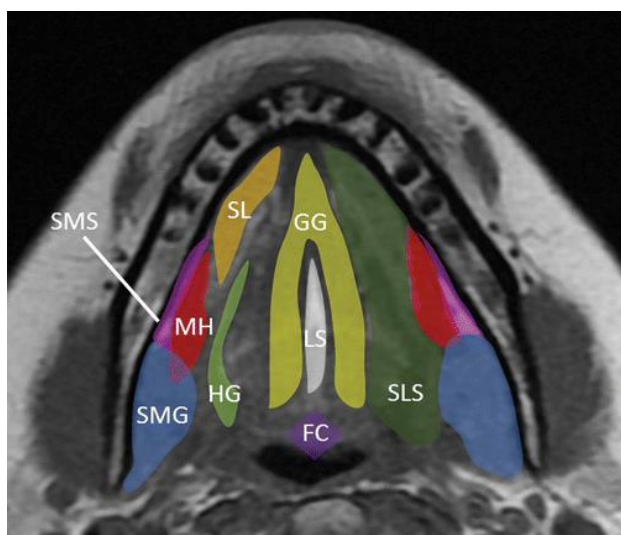
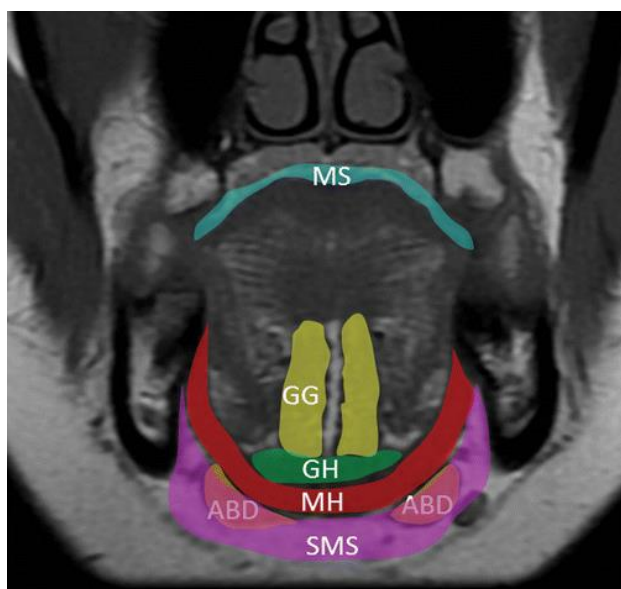
más pequeña de la glándula submandibular se engancha alrededor de la cara posterior del músculo milohioideo con una proyección en forma de dedo desde el espacio submandibular (apófisis uncinada) hacia la cara posterior del piso de la boca.



El piso de la boca contiene varias glándulas salivales, incluidas las glándulas sublinguales, la porción profunda de las glándulas submandibulares y las glándulas salivales menores subepiteliales. Las glándulas sublinguales se vacían a través de numerosos pequeños conductos que se abren en la mucosa del suelo de la boca (conductos de Rivinus). En ocasiones, varios de los conductos más anteriores pueden unirse para formar un conducto común (conducto de Bartolino), que normalmente desemboca en el conducto submandibular principal.

El conducto submandibular principal (conducto de Wharton) corre anteriormente en el espacio sublingual del piso de la boca, desde la cara profunda de la glándula submandibular hasta la papila sublingual en el lado ipsilateral del frenillo de la lengua, anterior a la glándula sublingual.

ESTRUCTURAS Y ESPACIOS ANATÓMICOS DE LA CAVIDAD BUCAL



Anatomía proyectada en imágenes de resonancia magnética potenciadas en T1 coronal y axial. ABD = vientre anterior del músculo digástrico, FC = agujero ciego, GG = músculo geniogloso, GH = músculo geniohideo, HG = músculo hiogloso, LS = tabique lingual, MS = espacio mucoso, MH = músculo milohioideo, SLS = espacio sublingual, SMG = glándula submandibular, SMS = espacio submandibular.

PROCESOS PATOLOGICOS COMUNES EN EL PISO DE LA BOCA

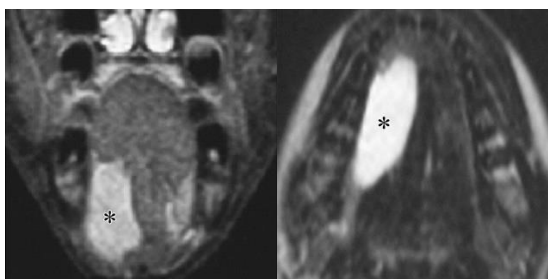
Cystic lesions
Ranulas (simple or plunging)
Dermoid cysts
Epidermoid cysts
Inflammatory processes
Infectious inflammation
Noninfectious inflammation
Submandibular duct obstructions
Stenoses
Calculi
Vascular malformations
High-flow arteriovenous malformations
Low-flow hemangiomas, venous vascular malformations, lymphatic duct malformations
Neoplastic lesions
Benign neoplasms (eg, lipomas)
Malignant neoplasms (eg, squamous cell carcinomas, salivary gland tumors)
Pseudotumors

Las lesiones quísticas en el suelo de la boca son bien reconocidas y pueden ser congénitas o adquiridas. Las lesiones quísticas más comunes incluyen ránulas y los quistes dermoides o epidermoides y las lesiones más raras incluyen falsos sialoceles, quistes hidatídicos y quistes del conducto tirogloso. Las anomalías vasculares y las neoplasias malignas pueden manifestarse como lesiones quísticas y, en estas circunstancias, los criterios de imagen específicos y la resonancia magnética mejorada con material de contraste pueden proporcionar pistas para el diagnóstico.

Ránulas

Una ránula es un quiste de retención mucosa o mucocele que surge de una glándula sublingual o glándula salival menor y, por tanto, tiene una capa epitelial periférica. Las ránulas se caracterizan por

ser simples o hundida (sumergida), (bucear). Por lo general, son el resultado de un traumatismo o inflamación de las glándulas salivales. También se han descrito ránkulas congénitas raras. Una ránkula simple se manifiesta clínicamente por hinchazón en el suelo de la boca. Las imágenes son útiles para el diagnóstico y para determinar el tamaño y la ubicación de la lesión antes de la cirugía. En las imágenes por resonancia magnética, una ránkula suele aparecer como una lesión de alta intensidad de señal en el espacio sublingual en imágenes potenciadas en T2 y puede tener una intensidad de señal anormalmente alta en imágenes potenciadas en T1 debido a su alto contenido de proteínas. Una ránkula simple ocasionalmente afecta el espacio submandibular al herniarse a través de un defecto milohioideo o surgir de una glándula sublingual ectópica. En las imágenes ecográficas, una ránkula suele aparecer como una simple lesión quística (anecoica) profunda en el músculo milohioideo. Puede contener finos ecos internos debido a los desechos.



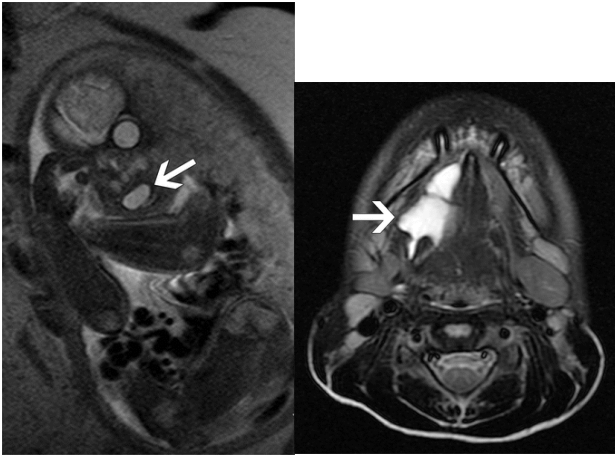
Una ránkula hundida o sumergida se desarrolla después de que se rompe una ránkula simple. La ránkula rota generalmente se extiende posteriormente desde el espacio sublingual hasta el espacio submandibular. Con menos frecuencia, puede extenderse anteriormente a través

de un defecto milohioideo hacia el espacio submandibular anterior. Debido a que la extensión carece de revestimiento epitelial, una ránkula hundida se clasifica como pseudoquiste. La lesión suele medir menos de 6 cm en su diámetro máximo en el espacio submandibular, con una "cola" más estrecha que se extiende hasta el suelo de la boca. La tomografía computarizada, la resonancia magnética y la ecografía son capaces de demostrar la extensión total de una ránkula hundida.



Paciente femenina con aumento de volumen a nivel del cuello del lado derecho, fotografía del piso de la boca. Ránkula hundida.

Una ránkula es una lesión adquirida que puede estar presente en el nacimiento o puede detectarse prenatalmente, las ránkulas son más probablemente uniloculares y característicos en su ubicación paramediana en el piso de la boca, separados de la lengua y superiores al milohioideo. Una ránkula puede extenderse caudalmente e imitar la afectación trans espacial; estos se llaman ránkulas hundidas



Ránula como consideración en el diagnóstico diferencial en dos pacientes. Se adquirió una imagen coronal de resonancia magnética fetal con eco de espín rápido de un solo disparo en un feto de 33 semanas para caracterizar una masa oral detectada en la ecografía prenatal. Una masa quística que sobresale de la lengua (flecha) fue diagnosticada después del nacimiento como ránula. Imagen de resonancia magnética ponderada en T2 con saturación grasa axial en un niño de 9 años que muestra una lesión quística hiperintensa (flecha) en el espacio sublingual derecho, medial al milohioideo derecho y lateral a los músculos geniohioideos, que es la ubicación característica para ránula.

BIBLIOGRAFIA

1. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162022000400456
2. <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol16num1/TratamientoRanulaSublinguan.pdf>
3. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rq.315105062>
4. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rq.2019180128>
5. <https://youtu.be/LxoUuJ-Gef8?si=nYSMxYoyWtwNR4Se>