



ISSN 2674-8169



Qualis B3
CAPES 2021-2024

Latindex



DOI

Google
Acadêmico

Desafio Diagnóstico e Conduta Cirúrgica em Lesão de Assoalho Bucal: Relato de Caso com Divergência Clínico-Patológica

Davi Barbosa Portela¹, Heloísa de Colo², Cristiane Elisa Ribas Batista³, Alissa dos Santos Coelho⁴, Maria Clara Fernandes⁵, Eugênio Esteves Costa⁶



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n8p1525-1538>

Artigo recebido em 26 de Julho e publicado em 26 de Agosto de 2026

ESTUDO DE CASO

RESUMO

Introdução: A rânula é uma lesão cística de extravasamento ou retenção de muco que acomete o assoalho bucal, intimamente relacionada à glândula sublingual. Seu diagnóstico é primariamente clínico, fundamentado em características como coloração azulada, flutuação e localização anatômica. O tratamento varia desde a micromarsupialização até a exérese da glândula sublingual. **Objetivos:** Relatar um caso clínico de lesão em assoalho bucal com hipótese diagnóstica de rânula, submetida à marsupialização com dreno, destacando a conduta frente a uma divergência aguda entre os achados clínicos e o laudo histopatológico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso descritivo, analisando dados clínicos, fotográficos e histopatológicos de um paciente do gênero masculino. Revisou-se a literatura nas bases PubMed e Scielo acerca de anatomia regional, técnicas cirúrgicas, tratamentos medicamentosos e a relevância da correlação clínico-patológica para evitar iatrogenias decorrentes de erros pré-analíticos. **Conclusão:** O manejo de lesões no assoalho bucal exige profundo conhecimento anatômico e cirúrgico. A divergência entre a clínica incontestável de rânula e um laudo indicando hiperplasia fibroepitelial em dorso de língua ressalta a soberania da clínica e a necessidade crítica de comunicação efetiva com o laboratório de patologia para o manejo seguro do paciente.

Palavras-chave: Rânula; Glândula Sublingual; Hiperplasia Fibroepitelial; Patologia Cirúrgica; Marsupialização.

Diagnostic Challenge and Surgical Management of a Floor of the Mouth Lesion: Case Report with Clinical-Pathological Divergence

ABSTRACT

Introduction: A ranula is a mucus extravasation or retention cystic lesion that affects the floor of the mouth, closely related to the sublingual gland. Its diagnosis is primarily clinical, based on characteristics such as bluish color, fluctuation, and anatomical location. Treatment ranges from micro marsupialization to excision of the sublingual gland. **Objectives:** To report a clinical case of a floor of the mouth lesion with a diagnostic hypothesis of ranula, submitted to marsupialization with a drain, highlighting the management in the face of an acute divergence between clinical findings and the histopathological report. **Methodology:** This is a descriptive case study analyzing clinical, photographic, and histopathological data of a male patient. A literature review was conducted in PubMed and Scielo regarding regional anatomy, surgical techniques, pharmacological treatments, and the relevance of clinical-pathological correlation to prevent iatrogenesis resulting from pre-analytical errors. **Conclusion:** The management of floor of mouth lesions requires profound anatomical and surgical knowledge. The divergence between the unquestionable clinical presentation of a ranula and a report indicating fibroepithelial hyperplasia on the tongue dorsum emphasizes clinical sovereignty and the critical need for effective communication with the pathology laboratory for safe patient management.

Keywords: Ranula; Sublingual Gland; Fibroepithelial Hyperplasia; Surgical Pathology; Marsupialization

Instituição afiliada – ¹Mestre Clínica Odontológica Faculdade Paulo Picanço, ²Acadêmica Odontologia PUC, ³Mestre em Psicologia UFSC, ^{4,5}Acadêmica Odontologia Universidade Positivo, ⁶Doutor Odontologia, Coordenador Especialização Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial Faculdade IPPEO

Autor correspondente: Davi Barbosa Portela daviportela@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O complexo maxilofacial é rico em estruturas glandulares, tornando a cavidade oral um sítio frequente de patologias de glândulas salivares. Dentre estas, a rânula representa um fenômeno de extravasamento de muco (ou, mais raramente, um cisto de retenção verdadeiro) que se desenvolve no assoalho da boca, predominantemente associada à glândula sublingual e, em menor grau, à glândula submandibular (Neville et al., 2016). O termo deriva do latim *rana* (rã), em alusão à semelhança do ventre do anfíbio com a tumefação translúcida e azulada típica desta lesão na região sublingual.

A propedêutica clínica de lesões no assoalho bucal exige do cirurgião bucomaxilofacial um refinado domínio anatômico. O espaço sublingual é delimitado superiormente pela mucosa oral, inferiormente pelo músculo milo-hióideo, ântero-lateralmente pela face interna da mandíbula e medialmente pelos músculos genio-hióideo e genioglosso (Hupp et al., 2019). Esta região aloja o ducto de Wharton (glândula submandibular), os ductos de Rivinus e o ducto de Bartholin (glândula sublingual), artérias e veias linguais e os nervos lingual e hipoglosso. O trauma local ou a obstrução ductal são os eventos desencadeadores clássicos que levam ao extravasamento da mucina para o tecido conjuntivo adjacente, gerando uma resposta inflamatória secundária com formação de tecido de granulação, que constitui a pseudocápsula da lesão.

O diagnóstico da rânula é fundamentalmente clínico. No entanto, o protocolo de excelência em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial determina que todo tecido removido cirurgicamente seja submetido a exame anatomopatológico. É nesse ponto de intersecção entre a clínica e a microscopia que a correlação clínico-patológica se torna imperativa.

Este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de lesão cística em assoalho bucal submetida a procedimento cirúrgico de descompressão com dreno, discutindo extensivamente o diagnóstico, opções terapêuticas com base na literatura atual e, de maneira ímpar, realizar uma análise crítica sobre a conduta frente a um laudo histopatológico completamente divergente da hipótese diagnóstica e da topografia da lesão.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso clínico de caráter descritivo e analítico. Para o embasamento teórico e discussão das condutas adotadas, foi realizada uma revisão de literatura narrativa. Foram utilizados como motores de busca os indexadores Google Scholar, Scielo e PubMed/MEDLINE para seleção dos artigos e livros clássicos da especialidade. Os descritores utilizados, em inglês e português, incluíram: “Ranula”, “Sublingual Gland”, “Micromarsupialization”, “Surgical Pathology Errors” e “Fibroepithelial Hyperplasia”. O caso documentado envolveu análise dos registros clínicos, arquivos fotográficos peroperatórios e o laudo histopatológico emitido por laboratório de referência.

REVISÃO DE LITERATURA

A rânula é classicamente descrita como um fenômeno de extravasamento de muco que ocorre no assoalho bucal. Diferente de cistos verdadeiros, a maioria das rânulas carece de revestimento epitelial, sendo delimitada por uma pseudocápsula de tecido conjuntivo fibroso e tecido de granulação rico em histiócitos espumosos que fagocitam a mucina (Neville et al., 2016). Clinicamente, apresenta-se como um aumento de volume flutuante, indolor (a menos que infectado secundariamente), de formato em cúpula e coloração variando do azulado translúcido ao normocrômico, dependendo da profundidade da lesão.

Existem duas variantes anatômicas principais: a rânula simples, que se restringe ao espaço sublingual, superior ao músculo milo-hióideo; e a rânula mergulhante (cervical), onde a mucina rompe a fáscia do milo-hióideo (frequentemente através de deiscências anatômicas naturais) e dissecos os planos fasciais em direção ao espaço submandibular e cervical (Harrison, 2010).

O manejo da rânula é historicamente um tema de intenso debate na literatura cirúrgica, orbitando entre o conservadorismo e a resolutividade radical. As terapias incluem:

- **Marsupialização:** Consiste na excisão do teto da lesão e sutura da borda da pseudocápsula à mucosa oral adjacente. Embora simples, a literatura reporta

taxas de recidiva inaceitáveis, variando de 61% a 89%, uma vez que os ductos rompidos da glândula sublingual frequentemente continuam a extravasar muco após o fechamento da ferida superficial (Zhao et al., 2005).

- **Micromarsupialização / Drenagem de longo prazo:** Uma variação técnica menos invasiva. Um fio de sutura grosso ou um dreno de borracha/silicone (como o dreno de Penrose) é passado através do teto da lesão e mantido *in situ* por 7 a 30 dias. O objetivo é criar um trajeto epitelizado permanente para a drenagem do muco, permitindo que a resposta inflamatória induza a fibrose da área rota da glândula. As taxas de sucesso são moderadas e dependem fortemente da manutenção do dreno (Baurmash, 2003).
- **Exérese da Lesão com Remoção da Glândula Sublingual:** Considerado o padrão-ouro e a conduta definitiva pela maioria dos cirurgiões bucomaxilofaciais. Ao remover a fonte de produção do muco (a glândula sublingual), a taxa de recidiva cai para menos de 1% a 2%. A abordagem exige dissecação cuidadosa para proteção do nervo lingual e ducto de Wharton (Hupp et al., 2019).
- **Escleroterapia:** Uso de agentes como o OK-432 (picibanil) ou bleomicina para induzir intensa resposta inflamatória e obliteração dos espaços císticos.

A cirurgia de assoalho de boca, mesmo ambulatorial, demanda controle rigoroso da dor, edema e prevenção de infecção secundária do acúmulo de muco e sangue. O tratamento medicamentoso peroperatório embasado na literatura inclui:

- **Analgésicos e AINEs:** Controle preemptivo da cascata do ácido araquidônico (ex: Dexametasona 4 a 8mg pré-operatória, seguida de Cetorolaco ou Ibuprofeno pós-operatório).
- **Antibioticoterapia:** Embora a marsupialização ou colocação de dreno seja uma cirurgia limpa-contaminada, a presença de um corpo estranho (dreno) e acúmulo de fluídos no espaço sublingual muitas vezes justifica o uso profilático ou terapêutico de aminopenicilinas (Amoxicilina 500mg, 8/8h por 5-7 dias), dependendo da extensão do trauma cirúrgico.
- **Antissépticos locais:** Bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% para controle de placa bacteriana sobre a ferida e o dreno.

Para fins de diferenciação, a hiperplasia fibroepitelial é uma proliferação de

tecido conjuntivo fibroso em resposta a trauma local crônico. Caracteriza-se microscopicamente por acantose, hiperqueratose, cristas epiteliais alongadas e um estroma de colágeno denso com infiltrado inflamatório variável (Neville et al., 2016). É uma lesão sólida, geralmente séssil ou pediculada, firme à palpação, e sua localização mais comum engloba mucosa jugal, lábio e borda lateral/dorso de língua, sendo incompatível com a apresentação clínica de um acúmulo de muco expansivo e flutuante no assoalho bucal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do gênero masculino, Marlon de Carvalho, com 20 anos e 4 meses de idade, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial apresentando queixa de aumento de volume indolor na região sublingual, prejudicando parcialmente a fonação e a deglutição.

Ao exame físico intraoral, constatou-se a presença de uma tumefação exofítica, de base séssil, consistência flutuante e bolhosa, medindo aproximadamente 3 a 4 cm no seu maior eixo. A lesão estava localizada no assoalho bucal, apresentando a clássica coloração vermelho-azulada, translúcida, com mucosa superficial íntegra, características patognomônicas de uma Rânula simples. A hipótese diagnóstica (HD) foi firmada como Rânula.



Figura 1: Aspecto Inicial

Diante da idade do paciente, tamanho da lesão e buscando uma abordagem cirúrgica inicial menos mórbida, optou-se pela técnica de modificada de marsupialização com instalação de dreno (técnica descompressiva). Sob anestesia local (bloqueio do nervo lingual e infiltração da mucosa com Cloridrato de Articaina 4% e Epinefrina 1:100.000), realizou-se a incisão na cúpula da lesão, observando-se imediato extravasamento de fluido mucoso viscoso típico.

Um dreno laminar de borracha estéril foi posicionado no interior da cavidade e suturado às bordas da mucosa do assoalho bucal, garantindo a permeabilidade e comunicação contínua entre o leito cístico e o meio oral. O dreno atua como um canal físico que impede o fechamento prematuro da mucosa, induzindo uma reação inflamatória crônica controlada que promoverá a fibrose do trato ductal e esclerose do espaço cístico. Fragmentos do teto da lesão (mucosa e possível pseudocápsula) foram coletados e fixados em formol 10% para exame histopatológico de rotina.

O dreno foi removido em consulta de rotina, após 72 horas, e observa-se a evolução positiva do quadro, sintomas e aspecto de coloração da mucosa



Figura 2: Instalação Dreno

Foi prescrito regime medicamentoso com Amoxicilina 500mg de 8/8h por 7 dias, Dipirona Sódica 500mg de 6/6h em caso de dor, Ibuprofeno 600mg de 12/12h por 3 dias, e bochechos com Clorexidina 0,12% após 24 horas.

A análise crítica deste caso clínico eleva-se no momento da interpretação do exame laboratorial. O fragmento enviado, descrito na macroscopia como um tecido esbranquiçado de $0,6 \times 0,6 \times 0,5$ cm, retornou com o seguinte diagnóstico histopatológico: *HIPERPLASIA FIBROEPITELIAL*, referindo-se a uma *LESÃO NODULAR EM DORSO DA LÍNGUA*. A microscopia relatou epitélio escamoso espessado, cristas interpapilares alongadas, estroma de conjuntivo fibroso denso e ausência de malignidade.



Figura 3: Aspecto Intraoral após remoção dreno.

Esta divergência extrema entre a clínica inequívoca (rânula em assoalho de boca) e o laudo anatomopatológico (hiperplasia no dorso da língua) requer uma discussão aprofundada por parte do cirurgião, fundamentada em três hipóteses principais:

1. **Erro pré-analítico no preenchimento do formulário:** O preenchimento da requisição de biópsia é responsabilidade irrenunciável do cirurgião dentista. Um lapso na descrição da topografia anatômica ("dorso da língua" ao invés de "assoalho bucal") induz o patologista a interpretar os achados sob um prisma errôneo.
2. **Troca de frascos/Amostras no fluxo laboratorial ou clínico:** Um dos acidentes mais temidos na rotina cirúrgica e laboratorial. Se houve biópsia simultânea de outra lesão (ex: um fibroma por mordiscamento na língua) de outro paciente na mesma clínica, ou falha de triagem na bancada do laboratório, o paciente recebe um laudo que não pertence ao seu processo patológico.
3. **Coleta de tecido adjacente reacional:** Ao realizar a marsupialização, o cirurgião incisa a mucosa de revestimento superficial do assoalho. Se o teto da lesão sofreu fricção ou trauma prévio contínuo (comum no assoalho elevado pelos

dentes e alimentos), a mucosa pode desenvolver uma hiperplasia fibroepitelial reacional secundária sobrejacente à rânula. O patologista, recebendo apenas este fragmento superficial e desconhecendo o contexto do cisto mucoso adjacente, descreverá corretamente o fragmento epitelial (Hiperplasia Fibroepitelial), porém a topografia de "dorso de língua" presente no laudo descarta parcialmente esta hipótese puramente biológica, reforçando a falha administrativa ou de registro.

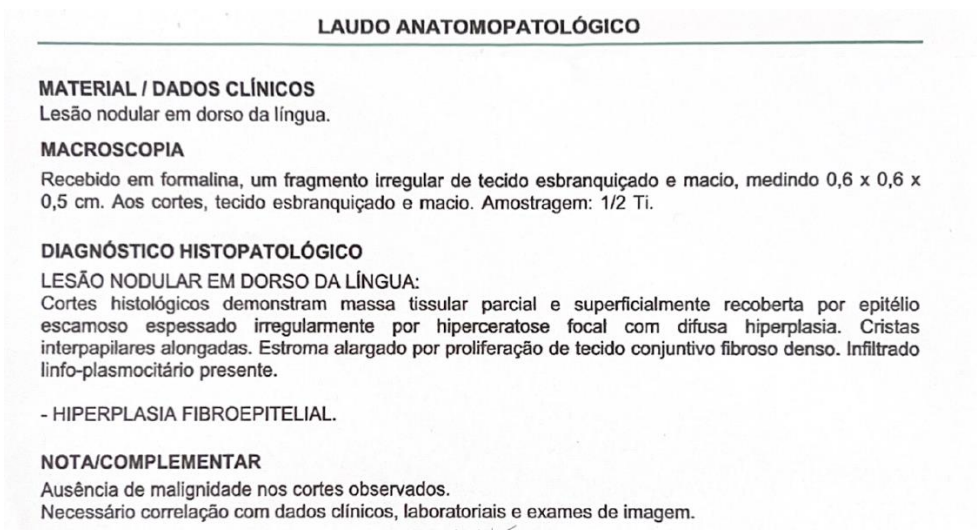


Figura 4: Laudo Histopatológico.

No contexto de uma clínica e com base em literatura, a atitude mandatória do cirurgião maxilofacial diante desse cenário é reter o laudo temporariamente, entrar em contato imediato com o patologista responsável e solicitar a revisão do caso. O próprio laudo traz a ressalva ética e técnica essencial: *"Este laudo deve ser correlacionada aos achados clínicos, exames complementares e interpretada pelo médico atendente. Necessário correlação com dados clínicos..."*. Aceitar passivamente um laudo divergente da topografia cirúrgica e da clínica primária é incorrer em erro de raciocínio clínico e falha no acompanhamento prospectivo da recidiva da rânula.

A técnica de drenagem/marsupialização utilizada nas imagens reflete o padrão-ouro de conduta inicial para preservação glandular em pacientes jovens, reduzindo o risco de lesão ao nervo lingual associado à ressecção da glândula sublingual. Contudo, o paciente deve ser cientificado de que a taxa de recorrência destas modalidades conservadoras pode superar 50%, e a falha terapêutica indicará a remoção definitiva da glândula sublingual em um segundo tempo cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rânula é uma patologia clássica do assoalho bucal, cujo tratamento cirúrgico, seja por marsupialização com drenagem ou por exérese da glândula sublingual, exige destreza e profundo conhecimento anatômico para evitar danos neuromusculares e vasculares na região.

O caso em tela ilustra de forma magistral a complexidade do acompanhamento diagnóstico em Odontologia. O sucesso do tratamento não se resume à execução técnica impecável (evidenciada pela correta instalação do dreno de manutenção de pertuito), mas estende-se fundamentalmente à fase pós-operatória e à análise crítica dos exames complementares. A completa discordância entre a apresentação clínica (lesão expansiva bolhosa no assoalho de boca) e o laudo histopatológico (hiperplasia fibroepitelial em dorso de língua) serve como um alerta contundente. O profissional qualificado, jamais deve tratar o laudo laboratorial como um dogma isolado, mas sim como uma peça de um quebra-cabeça que só tem validade quando perfeitamente encaixada na história clínica, exame físico e transoperatório do paciente. A comunicação interdisciplinar entre cirurgião e patologista é a barreira definitiva contra iatrogenias diagnósticas.

REFERÊNCIAS

1. Baurmash HD. Marsupialization for treatment of oral ranula: a second look at the procedure. **J Oral Maxillofac Surg**. 2003;61(11):1278-1283.
2. PORTELA, D. B.; FERREIRA FILHO, J. da S.; SAMPAIO, E. R.; SALGADO PIATO SOUZA, B.; ESCOBAR, L. B. A.; MELO, R. B.; MARTINS, M. F. P. Surgical Management of Submandibular Gland Sialolithiasis: A Case Report. **Brazilian Journal of Case Reports**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. bjcr89, 2025. DOI: 10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr89. Disponível em: <https://bjcasereports.com.br/index.php/bjcr/article/view/bjcr89>. Acesso em: 24 aug. 2026.
3. Harrison JD. Modern management and pathophysiology of ranula: literature



- review. **Head Neck**. 2010;32(10):1310-1320.
4. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
 5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
 6. Zhao YF, Jia J, Jia Y. Complications associated with surgical management of ranulas. **J Oral Maxillofac Surg**. 2005;63(1):51-54.
 7. Piva MR, Martins-Filho PR, Ribeiro MAG, et al. Pre-analytical phase in Oral Pathology: importance of specimen handling and clinical data. **Braz J Oral Sci**. 2013;12(4):306-310.