

Contribuição ao tratamento da Ranula

Dr. Valentim

Dois casos que nos vieram ás mãos, sugeriram-nos estudar e escrever alguma cousa sobre este assunto, que ou por banal, ou por pouco frequente, é pobre na literatura médica, principalmente em oto-rino-laringologia, onde é parcamente tratado.

Dir-se-á que a ranula cabe melhor num capitolo da cirurgia geral que num de faringo-laringologia. Assim parece. Mas a especialidade de ouvido, nariz e garganta, estende dia a dia seu campo de acção além dos já largos limites gravados em seu rotulo. E' assim que o oto-rino-laringologista vái até á traquéa e aos bronquios em busca de um corpo extranho, de um fragmento de tumor, para o exame anatomo-patologico; é assim que êle abre uma mastoide ou um seio frontal e vái até á dura-mater e á massa encefalica, em busca de um abcesso extra-dural ou cerebral, etc.

Para êle, hoje, tudo interessa: uma amigdalita infectada, um dente incluso, um seio doente como uma guêla de lobo, um abcesso cerebral ou uma trombose sinusal. Tudo está em sua alçada.

A' primeira vista, parece que a denominação desses tumores provem de seu aspeto fisico semelhante á rã, si bem que para tal precise muito boa vontade.

Aliás a medicina é fertil em denominações que não correspondem ás entidades morbidas. A. Paré, porém, assim os chama por que as pessoas que dêles são affectadas falam como esse retíl, isto é, coaxam!... (tambem com muito boa vontade — pois as duas pacientes que vimos, apesar de serem portadoras de quistos enormes, não coaxavam!...)

Definição:

Na definição de Forgue, ranulas são coleções liquidas e enquistadas que se encontram no assoalho da boca e na região supra-hioidea.

Para uns autores são quistos salivares, para outros, quistos congenitos do assoalho da boca.

Variedades:

Existem tres variedades:

- 1.º) — a ranula do recém-nascido, muito rara,
- 2.º) — a ranula comum ou sub-lingual,
- 3.º) — a ranula supra-hioidea.

Déstas, a que mais nos interessa é a sub-lingual, que se desenvolve insidiosamente nas pessoas jovens, sob a forma de um tumor ovoides, de dimensões variáveis, que podem ir do volume de uma avelã ao de um ovo de galinha. E' mole e se aloja debaixo e para deante da lingua, no assoalho da boca, de cada lado do freio ou só de um lado. As vezes pôde acontecer que, unilateral, desenvolve-se sob o freio, dando o aspêto bilobado. Apresenta 2 pólos, um superior livre, outro inferior que se perde no assoalho da boca e é de difficil enucleação.

Anatomo-patologia:

Ao microscopio, segundo Ch. Lenormant, a parede da ranula apparece constituida de 3 camadas que se superpõem, de fóra para dentro: 1.º) uma camada fibro-elastica que encerra vasos e fibras musculares estriadas longitudinaes; 2.º) uma camada de tecido embrionario, mais ou menos espessa, e sulcada de numerosos vasos com paredes friaveis, o que explica a frequencia das hemorragias intra-quísticas; 3.º) enfim, uma camada epitelial, cuja constituição difere segundo os autores que a estudaram (Robin-Bazy, von Hippel e Suzanne, e outros). Fundos-de-saco glandulares tambem foram encontrados na parede quística.

A incisão da parede de uma ranula dá saída a um liquido xaroposo, espesso, de côr citrina e inodôro. Este liquido não tem a constituição quimica da saliva, pois, si é rico em mucina, é pobre de ptialina e sulfocianato de potassio.

Patogenia:

A patogenia da ranula é um de seus capitulos mais discutidos. Em numero de cinco são, teoricamente, as suas causas, a saber:

- 1.º) — Retenção salivar, por obliteração do canal de Wharton;
- 2.º) — Transformação quística das glandulas Blandin-Nuhn (Recklinghausen);
- 3.º) — Inflamação da bolsa serosa de Fleischmann (Fleischmann e Tillaux);
- 4.º) — Degenerescencia mucosa das glandulas sub-linguais (Suzanne);
- 5.º) — Enfim, uma teoria congenita para os quistos com cilios vibrateis, do assoalho da boca (Neumann).

Esta ultima é a aceita por Sulton, Imbert e Jeambrau. Baseia-se sobre estudos anatomicos e está de acôrdo com a extrutura histologica e a evolução clinica dessa entidade morbida.

Forgue, partidario da origem congenita e combatendo as quatro primeiras, diz: 1.º) o canal de Wharton é quasi sempre permeavel. Além disso, o liquido da ranula não tem analogia alguma com a saliva; 2.º) o centro de origem da ranula é contrario á teoria de Recklinghausen; 3.º) a bolsa serosa de Fleischmann não existe; 4.º) Suzanne attribue a ranula á glandula sub-lingual esclerosada internamente por causa desconhecida. Essa esclerose produz por compressão a atrofia dos elementos glandulares, que degeneram e sofrem alteração mucosa. O tumor quístico

tico resultaria dessa destruição extensiva ao mesmo tempo aos *acini* e ao tecido conjuntivo ambiente, e o liquido mucoso néla contido, é o *reliquat* dos elementos desaparecidos. Ésta degenerescencia mucosa, diz Forgue, não foi encontrada por outro autor e tão sómente por Suzanne. E, ainda, que éla não explica os fatos quando a ranula é atapetada de um epitelio vibratil.

Defendendo essa teoria congenita, diz ainda Forgue, textualmente: "em certos quistos branquiais a parede e o conteúdo têm caratêres semelhantes. Essa identidade de estrutura, faz pensar em uma identidade de natureza. As ranulas ligam-se, pois, a formações de origem branquial. São quistos mucoides congênitos."

Etiologia:

A ranula é uma afecção bastante frequente, sobretudo nos individuos novos e principalmente do sexo feminino.

Não são bem conhecidas suas causas determinantes, incriminando-se, entretanto, as estomatites e a *estafa vocal*. (Será por isso mais frequente na mulher?).

Sintomas subjetivos:

Quando muito desenvolvida, a ranula, além de pouca dôr, produz embaraços á mastigação e á deglutição e, bem assim, perturbações vocais, pelo recalçamento da lingua para cima e para traz, chegando a encostar, ás vezes, á aboboda palatina. O doente diz que tem sensação de bola na boca. Não ha febre.

Sintomas objetivos:

De um ou de outro lado do freio da lingua ou dos dois lados ao mesmo tempo, observa-se, como já vimos acima, um tumor ovoide mole, depressivel, do tamanho de uma avelã a um ovo de galinha, indolor, de côr rosea-azulada e de crescimento lento. Ha sialorréa.

Complicações:

Ch. Lenormant refere-se a dois ou tres casos de morte, em que os quistos, provavelmente, romperam-se á noite, asfixiando os doentes com seu liquido.

Na criança, quando muito volumosos, deslocam os dentes inferiores para a frente. O proprio maxilar inferior atrofia-se, adelgaça-se e se revira para fóra (Kuttner, Marestin).

São raras as infecções e supurações do quisto e quando isso acontece, nunca se nota abcesso do assoalho da boca. Como se vê, as complicações sérias são raras.

Prognostico:

E' benigno, na maioria dos casos.

Diagnosticó:

O diagnosticó da ranula é facil. Não póde ser confundido com o lipoma do assoalho da boca, que é mais superficial, de consistencia pastosa e não flutuante. Menos ainda com o linfoangioma do recém-nascido, pelo seu desenvolvimento rapido e seu volume consideravel; e, enfim, nem com o angioma do assoalho da boca, que não constitue um tumor liquido regular e nitidamente limitado.

Tratamento:

O tratamento até aqui seguido tem sido o cirurgico, quer incisando simplesmente, quer fazendo a ablação parcial do tumor e cauterizando a ferida com nitrato de prata. Esse processo, além de doloroso, tem sido ineficaz, pois, o tumor regenera-se com a maior facilidade. A ablação total é muito difficil, si bem que possivel, pelas adherencias profundas do tumor com o canal de Wharton, nervos e vasos linguais.

O tratamento por nós instituido e que constitue o principal objetivo desta comunicação, é novo e foi por nós empregado pela primeira vez, pois nunca o encontramos quer em revistas quer em tratados. Consiste na applicação da fulguração numa parede do quisto, com o fito de formar uma fistula permanente que esvaziará o tumor a medida que o liquido fôr se formando. Sua tecnica é simples e está ao alcance de todos. E' a seguinte: anestesia-se a extremidades livre do tumor com mistura de Bonain, durante uns 2 minutos, applica-se em seguida uma centelha do comprimento de um centimetro mais ou menos na face antero-superior do pólo livre do quisto, de sorte a fazer-se uma perfuração dessa parede, de diametro um pouco maior do de uma agulha de punção lombar. Terminada essa perfuração, o liquido escóe-se expontaneamente e o tumor apaga-se, po rassim dizer.

A operação, que é indolor, está terminada. Ao passar, porém, o efeito da anestesia, o doente experimenta dôres vivas. Prescreve-se-lhe então um bochecho analgesico. As dôres abrandam-se e no fim de 5 a 6 dias tudo se normalisa; o paciente fala e se alimenta com facilidade. Mais um ou dois dias, a escara produzida pela fulguração cái e a fistula permanece aberta, só um pouco reduzida de diametro. Ha nos primeiros dias da applicação electrica infiltração, rubôr e sialorréa intensas, que desaparecem pela quáda expontanea da escara acima citada.

As observações abaixo descritas, são elucidativas. Examinemo-las:

A. S. — 33 anos, casada, branca, brasileira, domestica, deste Estado. Apresentou-se ao nosso serviço em 3.11.34.

Informa que ha 4 ou 5 anos saíu-lhe um tumor debaixo da lingua, tumor esse operado e reproduzido por varias vezes, sendo que ha 10 dias reapareceu pela ultima vez. Não sente dôres mas lhe embaraça a fala. Seu estado geral é bom. Em seu passado morbido encontra-se apendicite, já operada, afeção do figado, colite e muitos abortos. No que nos diz respeito, encontramos só um desvio do septo nasal, lado D. e um tumor sub-lingual do mesmo lado, do tamanho de um ovo de galinha, de côr rosea-azulada, indolor á apalpação e recalcano completamente a lingua para cima e para traz, até á aboboda palatina. Fizemos então,

como tratamento, uma incisão com o bisturi, de um centimetro de extensão, no ponto mais proeminente do tumor. Escoou-se logo um liquido de aspéto xaroposo, citrino, inodoro. O tumor retraíu-se e a doente ficou aliviada. Em 5.12.34, a paciente voltou ao nosso consultorio, com o seu tumor reproduzido e queixando-se dos mesmos sintomas. Nova incisão com o bisturi, reproduzindo-se nova saída de liquido e mesmo alívio da primeira vez. De 15.12.34 a 23.1.35 passa éla muito bem. Em 25.11.35 reproduziu-se o tumor, com forte pressão na região supra-hioidea. Maiores sensações de dôr e depressão psiquica da doente. Fizemos então com a fulguração, uma fistula, segundo a tecnica acima exposta. O tumor esvasiou-se completamente, aliviando logo a doente. Prescrevemos-lhe um bochecho sedativo. Em 27.12.35 a doente nos appareu pela primeira vez, após essa applicação, em muito boas condições. Tumor completamente retraído, com a fistula aberta, por onde não se notava saída de liquido algum. Em 1.10.36 a vimos pela ultima vez, completamente curada.

A segunda observação é a seguinte:

D. F. — 22 anos, solteira, domestica, branca, brasileira, deste Estado. Apresenta-se ao consultorio em 29.5.35.

Queixa-se de embaraço á deglutição e á fala, pois ha tres dias nasceu-lhe um tumor debaixo da lingua, que cada vez aumenta mais de volume e dói bastante. Nada de importancia em seu passado morbido, pois só sofreu de appendicite, de que se operou. Estado geral bom. Ao que diz respeito á nossa especialidade nada encontramos digno de nota.

No assoalho da boca, porém, sob a ponta da lingua, lado E, encontramos um tumor do tamanho de uma nóz, recalcando esse orgão para cima e para traz, doloroso á pressão, de côr rosea-azulada, a boca cheia de secreção salivar e a doente, de facto, falava com dificuldade. Nessa ocasião fizemos a fistula da parede do quisto, com a fulguração, do modo já exposto acima, escoando-se logo um liquido xaroposo, citrino e inodoro, dando alívio immediato á paciente. O tumor retraíu-se, voltando a lingua á sua posição normal.

Receitamos-lhe uma formula sedativa para bochechar.

Em 31.5.35 a doente volta á consulta, ainda com muitas dôres. Receitamos-lhe uns comprimidos de Cibaleína e o mesmo remedio para bochechar. Em 6.6.35 retorna a paciente ao nosso consultorio, muito contente, por não mais lhe incomodar não só a doença como as consequências do tratamento. Em 11.6 tem alta, curada. Em 20.12.35 vem D. F. consultar-nos por otalgia de origem dentaria. Informa-nos então que nunca mais lhe incomodou o dito tumor. Verificamos tambem que a fistula persistia, com seu diametro menor do que o feito na ocasião da fulguração e que por éle não se eliminava nenhum liquido.

CONCLUSÕES:

Rematando podemos fazer as seguintes conclusões:

a) — é impropria a denominação de “ranula”, pois nem fisica, nem fisiologicamente dá a impressão desse util animal;

b) — a denominação mais científica é, parece-nos, a de quisto congenito do assoalho da boca, segundo Neumann, amparado por Sultan, Imbert, Jeambrau, etc.

c) — o quisto congenito do assoalho da boca pôde e deve figurar no capitulo de oto-rino-laringologia;

d) — o quisto congenito do assoalho da boca pôde ser curado sem a extirpação, operação de difficil execução, pelo processo da fistula permanente produzida pela fulguração;

e) — a incisão do quisto congenito não cura, é paliativa;

f) — resta a estudar si o quisto congenito não elimina mais liquido pela fistula, ou si o faz, o doente o deglute ou o cospe de mistura com a saliva. Em caso de deglutição, si traz ou não perturbações ao paciente.

g) — o quisto congenito do assoalho da boca é uma afecção benigna;

h) — o quisto congenito é mais comum no sexo feminino.

Haverá alguma relação entre quisto e apendicite? Pois os dois casos acima citados mencionam apendicite operada.

