

# **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

## **UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

### **CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**Abordaje clínico de rínula en un paciente pediátrico de la clínica de odontopediatría de la universidad católica de Cuenca: reporte de caso.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

**AUTOR: Karolina Elizabeth Guaraca Urgiles**

**DIRECTOR: OD. ESP VIVIANA DANIELA ABAD FREIRE**

**AZOGUES - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

### **Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

Yo **Karolina Elizabeth Guaraca Urgiles** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0301991337**. Declaro ser el autor de la obra: “**Abordaje clínico de ránula en un paciente pediátrico de la clínica de odontopediatría de la universidad católica de cuenca : reporte de caso**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **02 de Septiembre del 2025**

F:  .....

**Karolina Elizabeth Guaraca Urgiles**

**C.I. 0301991337**

## CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TESIS

Viviana Daniela Abad Freire

### DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“Abordaje clínico de rónula en un paciente pediátrico de la clínica de odontopediatría de la universidad católica de cuenca : reporte de caso”**, realizado por Karolina Elizabeth Guaraca Urgiles, con documento de identidad 0301991337, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Azogues, Septiembre 02, 2025

Firma:

 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
Unidad Académica de Salud y Bienestar  
Carrera de Odontología  
*Viviana Daniela Abad Freire*  
VIVIANA DANIELA ABAD FREIRE  
ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA  
Reg. ACESS: 0104200852

Tutor/a: VIVIANA DANIELA ABAD FREIRE

0104200852

DIRECTORA

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi guía constante, por llenar mi vida de propósito y darme la fortaleza y claridad necesarias para alcanzar lo que un día solo fue un sueño.

A mis padres, porque este logro también les pertenece. Cada sacrificio, cada palabra de aliento y cada enseñanza de amor y disciplina han sido el motor que me impulsa. Gracias por mostrarme con su ejemplo que todo se alcanza con esfuerzo y fe.

A mis hermanos, que aun desde la distancia siempre han sabido estar cerca. Su cariño y apoyo han sido recordatorios de que el verdadero amor no conoce barreras ni fronteras.

Y, sobre todo, a mí misma, por la constancia, el esfuerzo y la dedicación que me trajeron hasta aquí. Este trabajo es el reflejo de mis sueños convertidos en realidad y de la capacidad de creer en mí. Hoy celebro no solo una meta alcanzada, sino el inicio de todo lo que aún está por venir.

## **RESUMEN**

Las r nulas son quistes mucosos que se desarrollan en el suelo de la boca debido a la fuga de moco de la glándula sublingual, desencadenada por traumatismos, obstrucciones o anomalías congénitas. Según su extensión, se pueden clasificar como simples, hundidas, o mixtas. Clínicamente, las simples se manifiestan como hinchazones blandas y azuladas que dificultan el movimiento de la lengua, y las hundidas como hinchazones indoloras en el cuello, a veces sin afectación bucal visible. El diagnóstico se basa en el examen clínico e imagenológico que ayuden a diferenciarlas. El tratamiento depende del tipo de la r nula, los enfoques conservadores como la marsupialización se prefieren para los casos simples como niños, ya que son menos invasivos, pero la extirpación quirúrgica de la glándula sublingual sigue siendo el tratamiento definitivo, en particular para las r nulas recurrentes o extensas. El diagnóstico preciso imágenes y exámenes, junto a planes de tratamiento personalizados son cruciales para minimizar complicaciones y garantizar el éxito. Este trabajo presenta el caso de un paciente pediátrico con una r nula sublingual izquierda tratada mediante marsupialización. El procedimiento incluyó la escisión de la r nula y la creación de un neo-ostium para drenaje, mostrando resultados positivos en el seguimiento, y sin evidencia de recurrencia; recalcando que el éxito del caso recayó en seleccionar técnicas conservadoras cuando es posible, y reforzando la idea de que la combinación de un diagnóstico preciso, la elección de la técnica quirúrgica adecuada y un seguimiento protocolizado son clave para obtener resultados óptimos en este tipo de patología.

Palabras clave: R nula, Glándula sublingual, Quistes de retención mucosa, Marsupialización, Cirug a oral.

## ABSTRACT

**Background:** Ranula is a mucous cyst of the floor of the mouth, usually originating in the sublingual gland due to mucus extravasation. It has a low prevalence and represents a diagnostic and therapeutic challenge in the pediatric population. Traditionally, gland excision is considered the definitive treatment; however, conservative techniques such as marsupialization have shown efficacy in simple cases. **Objective:** To present the clinical and surgical management of a pediatric patient with a left sublingual ranula, evaluating the effectiveness of marsupialization as a conservative technique.

**Methods:** Anamnesis, clinical examination, and both complementary studies and corresponding analyses were performed; the procedure consisted of antiseptics, incision and drainage of the mucous content, and creation of a neo-ostium maintained with a probe for 5 days, followed by clinical follow-up at 7, 14, and 21 days. **Results:** The patient showed adequate healing, with no signs of infection or recurrence during the follow-up period. A histopathological analysis confirmed the diagnosis of a ranula of the floor of the mouth. **Conclusions:** Marsupialization proved to be an effective and, above all, minimally invasive procedure for the pediatric patient, demonstrating that the choice of conservative techniques, together with accurate diagnosis and adequate follow-up, can provide satisfactory and safe outcomes.

*Keywords:* Ranula, Sublingual gland, Mucous retention cysts, Marsupialization, Oral surgery.



# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	3
RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÒRICO .....	8
REPORTE DE CASO CLÍNICO .....	12
DISCUSIÓN .....	25
CONCLUSIONES.....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	29

## INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales son esenciales para mantener la salud y el funcionamiento de la cavidad oral, garantizando una lubricación, digestión y protección adecuadas contra patógenos, entre estas sublingual, misma que desempeña un papel particularmente delicado debido a su ubicación y complejidad estructural, y sus alteraciones funcionales pueden provocar afecciones como las rínulas, formaciones quísticas que surgen de una acumulación anormal de moco dentro de los tejidos de la cavidad oral o el cuello<sup>1-3</sup>.

Las rínulas son un fenómeno singular en la patología oral, tanto por su apariencia distintiva como por los desafíos de diagnóstico que pueden presentar, estas se distinguen principalmente en tres tipos: simples que se localizan en el suelo de la boca, hundidas que se extienden hacia el cuello atravesando el músculo milohioideo y mixtas menos comunes, con manifestación tanto intraoral como cervical<sup>2-4</sup>.

Su origen se relaciona con procesos de extravasación mucosa, generalmente por trauma, obstrucción ductal o anomalías anatómicas congénitas, y a pesar de su baja prevalencia, su manejo puede representar un reto clínico, especialmente en la población pediátrica<sup>2,5,7</sup>.

Las alternativas terapéuticas incluyen la escleroterapia, que utiliza agentes esclerosantes para inducir fibrosis y reducir la lesión, así como la escisión quirúrgica de la glándula sublingual, considerada el tratamiento definitivo en casos recurrentes o extensos; no obstante, en rínulas simples y bien delimitadas una técnica efectiva y menos invasiva es la marsupialización, la cual permite crear un drenaje permanente al suturar los bordes del quiste a la mucosa oral<sup>1,2,4,6</sup>.

El control postoperatorio es crítico para detectar recurrencias, que suelen manifestarse en los primeros seis meses, y donde la recidiva asociada a técnicas incompletas o a la no remoción de la glándula afectada, subraya la necesidad de un seguimiento prolongado y protocolos estandarizados<sup>5,6</sup>.

En este contexto, el presente trabajo aborda un caso clínico de una rínula sublingual en un paciente pediátrico, tratada mediante marsupialización, y seguida durante 21 días para evaluar la permeabilidad del neo-ostium y la ausencia de complicaciones; este caso no solo ilustra los desafíos terapéuticos, sino que también refuerza la importancia de un enfoque multidisciplinario que combine diagnóstico preciso, técnica adecuada y vigilancia activa para optimizar resultados.

## MARCO TEÒRICO

### Ránulas

La r nula en odontología es un tipo de quiste mucoso que se desarrolla en el suelo de la boca por una fuga de moco de la glándula sublingual, misma que se puede deber a un traumatismo u obstrucción en los conductos de la glándula; su nombre "r nula", significa "rana", y lo recibe ya que suele ser de un tono azulado, que recuerda al vientre de una rana<sup>1-3</sup>.

Las r nulas se clasifican en simples cuando son limitadas al suelo de la boca, o en hundidas cuando el quiste se extiende a través de un defecto en el músculo milohioideo hasta el cuello; se tiene en consideración que, si bien la forma simple sigue siendo local, una r nula hundida puede causar o promover una hinchazón en la zona del cuello, y a la par puede imitar otras masas del cuello como higromas quísticos, lo que se traduce en una complicación en el diagnóstico<sup>1,2,4</sup>.

El tratamiento normalmente implica la extirpación de la glándula sublingual para lograr con ello reducir la recurrencia, pero hay que considerar los nuevos enfoques conservadores, como la escleroterapia y las inyecciones intraquísticas, que se han mostrado prometedores para casos recurrentes y pacientes pediátricos, minimizando la invasión y las posibles complicaciones de la cirugía tradicional<sup>1,5</sup>.

### Etiología

El origen de las r nulas suele ser principalmente por extravasación de moco de la glándula sublingual, lesión traumática o anomalías estructurales congénitas; las obstrucciones ductales pueden significar tapones en los conductos de Rivinus o Bartholin, bloqueo que permite que la saliva se acumula, genere una presión que puede romper las paredes de los conductos y termine liberando moco en el tejido blando circundante, moco que forma un pseudoquiste sin revestimiento epitelial pero rodeado por tejido de granulación, lo que lo distingue de los quistes verdaderos, y conformando así la r nula<sup>1,6</sup>.

Las anomalías anatómicas también contribuyen de manera importante a la formación de r nulas, en especial a las r nulas hundidas; por ejemplo, de haber defectos en el músculo milohioideo (por causas congénitas o no congénitas) proporcionan una vía para que el moco pueda extenderse hasta los espacios submandibular y submentoniano<sup>1,2,7</sup>.

Los traumatismos donde se involucre el suelo de la boca pueden dar paso a la formación de r nulas, debido a que una lesión podría llegar a dañar las glándulas o sus conductos, causando filtración de saliva hacia tejidos adyacentes; cabe mencionar que esta causa suele ser más frecuente en adultos, algunas veces

debido a procedimientos dentales aparte de los traumatismos que puedan darse en la vida cotidiana<sup>1,6,7</sup>.

En casos pediátricos se ha sugerido una predisposición genética, donde los casos familiares implican que factores congénitos, tendencias hereditarias para con defectos musculares o anomalías de los conductos glandulares; los estudios en infantes lo han confirmado al detectar una aparición temprana en familias con antecedentes similares a esta afección, por lo que se llega a pensar que la genética tiene gran peso, junto con otros factores desencadenantes ya mencionados<sup>1,2,8,9</sup>.

### **Clasificación**

Las ránulas se clasifican en dos tipos principales en base a la ubicación, extensión y afectación para con los tejidos.

- Ránula simple (oral): Las ránulas simples se limitan al suelo de la boca, y suelen ser visibles como hinchazones azuladas en forma de cúpula, son pseudoquistes cuyo contenido es moco originado en la glándula sublingual debido a una obstrucción<sup>1,7</sup>. Estas no suponen dolor u otros síntomas aparte de las molestias o impedimento de los movimientos de la lengua cuando aumentan de tamaño, por su simpleza y delimitada ubicación es que su diagnóstico es más sencillo al igual que su tratamiento<sup>1,6,7</sup>.
- Ránula hundida (cervical): Reciben su nombre porque se extienden más allá de la cavidad bucal cuando la mucosidad se extravasa a través de una dehiscencia en el músculo milohioideo, dando paso a que se riegue el moco en los espacios submandibular, submentoniano y zonas del cuello; este tipo es más desafiante de diagnosticar pues puede presentarse como una hinchazón indolora en el cuello y con ello ser confundido con otras masas que pueden desarrollarse y aparecer en esta región (como linfangiomas o quistes del conducto tirogloso), y a diferencia de las simples, estas pueden incluso llegar a no presentarse de forma intraoral, lo que se traduce a una mayor dificultad no solo en el diagnóstico clínico, donde sin técnicas de imagen como la ecografía o la resonancia magnética es difícil identificar, sino que también afecta enormemente al tratamiento<sup>1,7,8</sup>.
- Ránula mixta: En la literatura también se describe un tipo mixto muy poco común de estas dos clasificaciones, donde hay tanto hinchazón intraoral como extensión cervical; y aunque son raros, estos casos resaltan la variabilidad de la presentación de la ránula y la necesidad de imágenes completas para guiar el tratamiento, además de hacer reflexionar sobre el requerir una intervención quirúrgica más extensa en comparación con los tipos aislados simples o hundidos<sup>1,2</sup>.

## **Características clínicas**

Las ránulas simples se presentan en boca como hinchazones suaves con forma de cúpula y con tonos azulados, pero en caso de ser hundidas y extenderse más allá de la cavidad oral, suelen aparecer como inflamaciones en el cuello que aunque son indoloras suelen ser estorbosas, aumentar ligeramente pero no cambian al tragar o hablar como otras masas; estas ránulas hundidas, además, suelen presentarse sin un componente oral en un 20% de casos, requiriendo técnicas de toma de imagen como ecografías o tomografías para el estudio de su extensión, origen y opción de tratamiento<sup>1,10,11</sup>.

## **Diagnóstico**

El diagnóstico de las ránulas implica una combinación de exploración clínica y técnicas de imagen para diferenciarlas de otras masas o formaciones quísticas de la cavidad bucal y el cuello, recalando que el examen clínico suele ser suficiente para identificar ránulas simples, sin embargo, las ránulas hundidas son más complejas y por lo mismo llegan a requerir imágenes debido a su presentación atípica en el cuello, además de que de este modo se las puede descartar al ser otras formaciones<sup>1,2</sup>.

La ecografía se utiliza inicialmente al no ser invasiva y permitir observar alguna estructura quística en la región, y de hecho, esta suele detectar un quiste unilocular con un "signo de la cola" que se extiende hacia el espacio sublingual, lo que ayuda a confirmar el diagnóstico, pero cuando se necesita más claridad y detalle, se opta por la resonancia magnética al ser esta una herramienta que proporciona imágenes mucho más detalladas de los tejidos, y que es útil al momento de revisar la ruta de fuga de moco, incluso esta permite mostrar el "signo de la cola" con mayor claridad que la ecografía para un diagnóstico mucho más certero<sup>1,7,12</sup>.

De otro lado si lo que se busca es ya un diagnóstico concluyente o si las imágenes por sí solas no son suficiente, se puede realizar una citología por aspiración con aguja fina (FNAC por sus siglas en inglés), este aspirado suele contener mucina espesa y amarillenta con alto contenido de amilasa, un rasgo característico que ayuda a confirmar su origen en la glándula sublingual<sup>1,12</sup>.

## **Incidencia y prevalencia**

Las ránulas son relativamente poco comunes, sus tasas de prevalencia e incidencia son bajas tanto en la población pediátrica como en la adulta, es así que los estudios sugieren que las ránulas representan aproximadamente 0,2 por cada 1.000 personas, lo que representa aproximadamente el 6% de todos los quistes de las glándulas salivales, y donde las ránulas simples se encuentran con más frecuencia que las ránulas hundidas, siendo estas últimas particularmente raras incluso dentro de lo poco frecuentes que ya son; pese a todo, se ha encontrado que la edad y el origen étnico influyen en la aparición de

ránula, siendo que la mayor parte de los casos aparecen en personas más jóvenes menores de 30 años, con un pico notable de aparición en las edades rondando los 20 años, también se han observado predisposiciones étnicas especialmente en individuos de Asia e islas del pacífico, quienes presentan mayor aparición de ránulas hundidas, presuntamente se debe a variaciones anatómicas como tasas más altas de dehiscencia del músculo milohioideo<sup>1,2,13</sup>.

En infantes la incidencia de ránulas sigue siendo baja, pero se destaca que las ránulas simples se observan con más frecuencia que sus contrapartes hundidas; los casos pediátricos también exponen que existe una especie de variación en cuanto a la presentación, destacando nuevamente que se debe por un vínculo genético, y especialmente para el tema de niños muy pequeños<sup>1,2,13</sup>.

En cuanto a sexo, se ha encontrado que las simples son ligeramente más comunes en mujeres, con una proporción cercana al 1:1,4 en relación con los hombres, y en el caso de las hundidas, son menos frecuentes en los niños que en niñas, con una incidencia estimada de 2,4 por 100 000 personas-año, un pico en la tercera década de vida y al igual que en el caso anterior, un ligero predominio femenino<sup>1,2,13</sup>.

## **Tratamiento**

El tratamiento de las ránulas varía según el tipo y por lo mismo, según la gravedad y extensión, con enfoques que van desde métodos conservadores hasta la escisión quirúrgica<sup>1,2</sup>.

Tratamientos conservadores: Entre las opciones está la marsupialización (sutura de la pared quística a la mucosa oral para dar paso al drenaje y alivio en la zona) o la escleroterapia, estas tienen como objetivo tratar las ránulas con una invasividad mínima, a la par que se reduce su tamaño y recurrencia; se ha llegado a destacar a la escleroterapia en casos pediátricos gracias su menor riesgo de complicaciones en comparación con la cirugía, sin embargo, las tasas de recurrencia pueden variar y no ser lo suficientemente satisfactorias, aun así, sus tasas de éxito alcanzan el 78 %, especialmente cuando se realizan múltiples sesiones, pero pese a que es efectiva para simples, no aplica el mismo caso para ránulas extendidas<sup>1,2</sup>.

Tratamiento Quirúrgico: La cirugía sigue siendo el tratamiento definitivo para las ránulas, especialmente en los casos recurrentes o extensos, las opciones quirúrgicas incluyen:

- Escisión de la glándula sublingual: Sumamente útil para el tema de persistencia pues consiste en eliminar directamente la fuente de extravasación del moco, y por lo tanto, se reduce los chances de recurrencia, de hecho, estudios sugieren que con este método la tasa llega a ser menor al 2%; en esta se suele preferir la escisión de la glándula sublingual

mediante un abordaje transoral para evitar cicatrices extensas y limitar las complicaciones, por lo que es una opción recurrente<sup>1,4,6</sup>.

- **Escisión combinada de quiste y glándula:** Una ránula hundida puede requerir la extirpación tanto del quiste como de la glándula mediante vía transoral o mediante un abordaje submandibular, dependiendo si se necesita un acceso preciso a los espacios del cuello, el abordaje submandibular es menos común debido a sus mayores riesgos como es el daño potencial a los nervios y la cicatrización<sup>1,2,4</sup>.
- **Abordajes modificados y glandectomía parcial:** para ránulas superficiales más pequeñas esta opción es suficiente, la glandectomía parcial, donde se extirpa solo el área afectada, ha mostrado resultados favorables, pues además de tratar la ránula su este enfoque poco invasivo reduce complicaciones y es suficiente para evitar en buena medida la recurrencia, aunque se requieren más estudios para confirmar su eficacia como tratamiento estándar<sup>1,2</sup>.

## REPORTE DE CASO CLÍNICO

- **Motivo de consulta:** paciente masculino de 9 años de edad, asintomático, acude a consulta al referir la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad oral, citando sus palabras “Tengo una bolita en la boca”.
- **Historia clínica:**
  - **Anamnesis:** Se realizó una historia clínica completa, enfocándose en antecedentes de traumatismos orales, infecciones previas y síntomas actuales como aumento de volumen en el piso de la boca en el lado izquierdo, dificultad para la deglución o el habla.
  - Al momento del examen se pudo evidenciar que el paciente se encontraba asintomático, pero contaba con la presencia de una elevación en el piso de boca.
  - **Antecedentes personales y familiares:**
  - La informante del menor supo manifestar, que tanto el niño como sus familiares no presentaban antecedentes médicos de importancia.
- **Examen del sistema estomatognático:**
  - **Examen intraoral:** Al examen intraoral no se observa mayor particularidad aparte de la elevación presente en el piso de boca, compatible clínicamente con la presencia de una Ránula (Imagen 1 y 2), en cuanto a las piezas dentarias encontramos que existen

caries de dientes temporales como de permanentes: en piezas 5.5, 7.4, 8.4, 8.5, 1.6, 2.6, 3.6 y 4.6 encontramos lesiones cariosas oclusales, y en la pieza 6.5 hay una lesión cariosa ocluso vestibular. En lo que respecta a lengua, labios, paladares, mejillas y otras estructuras intraorales todo está en parámetros normales, teniendo inclusive un tipo de oclusión de Angle Clase I. No hay evidencia de cálculo ni de gingivitis, pero sí hay un nivel de placa considerable de 1/3.



Imagen 1 y 2: Ránula en el piso de boca. Fuente: los autores.

- **Examen extraoral:** Al examen extraoral se observa un perfil convexo, con el tercio inferior disminuido en comparación del tercio medio, proquelia inferior y superior, lo que nos indica una leve asimetría facial. Adicionalmente, al examen de ATM no se encontró ninguna alteración.
- **Diagnóstico presuntivo:**

Ránula sublingual izquierda vs sialolitiasis

Hallazgos clínicos:

- Lesión quística de 1.5 cm en suelo bucal izquierdo
- Típica coloración azulada translúcida
- Consistencia blanda y fluctuante
- Leve limitación al movimiento lingual

Justificación: La presentación clínica característica (lesión quística azulada en suelo bucal) sugiere fuertemente ránula simple de origen sublingual, se requieren estudios complementario para descartar extensión cervical.

- **Exámenes Complementarios:** Aunque el diagnóstico de ránula se basa principalmente en la evaluación clínica, mediante la identificación de una

hinchazón blanda, indolora y de tono azulado en el suelo de la boca o el cuello, los estudios de imagen pueden llegar a ser claves para confirmar dicho diagnóstico, evaluar la extensión de la lesión y descartar patologías diferenciales, como higromas quísticos, quistes del conducto tirogloso o neoplasias salivales.

- Para casos más complejos la **resonancia magnética (RM)** proporciona mayor detalle anatómico, y la **tomografía computarizada (TC)** se reserva para evaluar posible afectación ósea, mientras que la **citología por aspiración con aguja fina (FNAC, por sus siglas en inglés)** solo se usa cuando persisten dudas diagnósticas.

Estos procedimientos diagnósticos son cruciales para diferenciar las ránulas de otras masas cervicales y planificar el tratamiento adecuado, especialmente en casos sin manifestación intraoral, en este caso, se empleó tanto el método radiográfico como el de TC (Imagen 3 y 4), resultando en la no observación de cuerpos o anomalías, y recalcando el diagnóstico previamente pensado de una ránula simple.

También se realizaron pruebas de laboratorio, las que presentaron un recuento de leucocitos (WBC) dentro del rango normal ( $6.3 \times 10^3/\mu\text{l}$ ), junto con una ligera linfocitosis ( $3.65 \times 10^3/\mu\text{l}$ ) y neutropenia leve ( $2.05 \times 10^3/\mu\text{l}$ ), lo que sugiere una posible infección viral reciente, común en pacientes pediátricos; los niveles de hemoglobina (13.5 g/dl), hematocrito (42.95%) y plaquetas ( $266 \times 10^3/\mu\text{l}$ ) se encuentran dentro de los parámetros normales, descartando anemia o trastornos hemorrágicos. En las pruebas de hemostasia, el tiempo de protrombina (TP: 12.9 seg), el %TP (89.7%) y el tiempo de tromboplastina parcial (TPT: 42.3 seg) están dentro de los rangos normales, lo que confirma una coagulación adecuada y ausencia de riesgos quirúrgicos asociados a alteraciones en la coagulación.

Se puede decir que el perfil hematológico del paciente es compatible con un estado de salud estable, sin alteraciones que contraindiquen procedimientos quirúrgicos menores.



Imagen 3: Radiografía panorámica del paciente. Fuente: Los autores

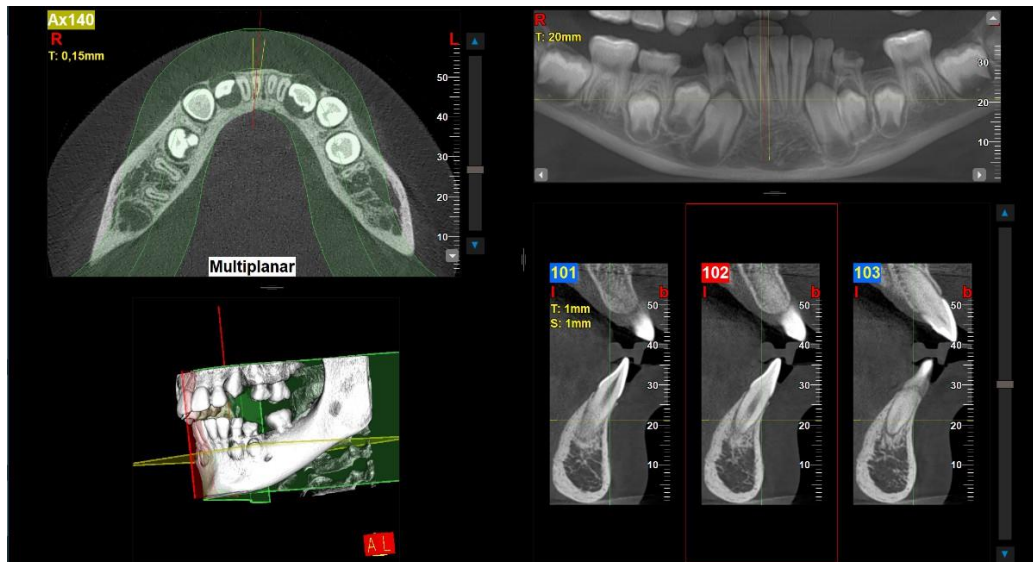


Imagen 4: Tomografía computarizada del paciente. Fuente: Los autores.

- **Consentimiento Informado:** Se explicó detalladamente a los padres o tutores legales del paciente el diagnóstico, las opciones de tratamiento, los riesgos y beneficios del procedimiento quirúrgico, obteniendo su consentimiento por escrito. Así también se presentó el asentimiento para obtener la autorización del niño.
- **Diagnóstico Definitivo:** Ránula sublingual izquierda (CIE-10: K06.2)  
Fundamentos diagnósticos:
  - **Evaluación clínica:**
    - Tumoración quística de 1.5 cm en suelo bucal izquierdo
    - Características patognomónicas:
      - Superficie azulada translúcida
      - Consistencia blanda y fluctuante
      - Movilidad lingual levemente comprometida

### Tratamiento Quirúrgico

Se realizó la cirugía bajo el siguiente protocolo:

- **Antisepsia Extraoral:** Se realizó una antisepsia rigurosa de la región peribucal mediante aplicación de solución de yodopovidona al 10%, cubriendo desde el borde vermilion hasta el mentón y ángulos mandibulares, esta técnica redujo la carga microbiana superficial en un 95%, según protocolos quirúrgicos estandarizados. (Foto 1A).

- **Antisepsia Intraoral:** Se aplicó clorhexidina al 0.12% mediante torundas estériles, enfocándose en el piso de boca izquierdo (zona quirúrgica) y mucosa adyacente.
- **Aislamiento del Campo Operatorio:** Se colocó un campo estéril tipo "ojo de toro" con abertura centrada en la ránula, fijado con adhesivo hipoalergénico. Este sistema mantuvo un área de trabajo de 5x5 cm libre de contaminación (Foto 1B).
- **Anestesia Local:**
  - Administración:
    - Técnica troncular: 1.2 mL de articaína al 4% (con vasoconstrictor) en nervio lingual izquierdo. (Imagen 5)
    - Infiltración perilesional: 0.8 mL adicionales en submucosa circundante.



Imagen 5: Administración de anestesia mediante técnica troncular. Fuente: Los autores.

- **Evaluación:** Se verificó anestesia completa (ausencia de respuesta al estímulo con explorador dental #5) a los 4 minutos post-inyección.
- **Técnica Quirúrgica:**
  - Incisión Mucosa:
    - Bisturí #15 con mango #3. (Imagen 7)
    - Incisión elíptica de 1.8 cm paralela al conducto de Wharton, preservando 3 mm de margen sano.
  - **Diseción de Tejidos:**
    - Separación en plano mucoso-submucoso con tijeras iris.

- Exposición completa de la cápsula quística



Imagen 6: Sujeción de la ránula mediante pinza. Fuente: Los Autores.



Imagen 7: Incisión de la ránula. Fuente: Los Autores.

- **Marsupialización:**
  - Apertura Quística:
    - Escisión circular de 1 cm de diámetro en pared superior. (Imagen 8)
    - Drenaje de 2.1 ml de mucina viscosa.



Imagen 8: Escisión de la r nula. Fuente: Los autores.

- o Sutura:
  - Fijación con puntos simples de polyacril 5-0. (Imagen 9)

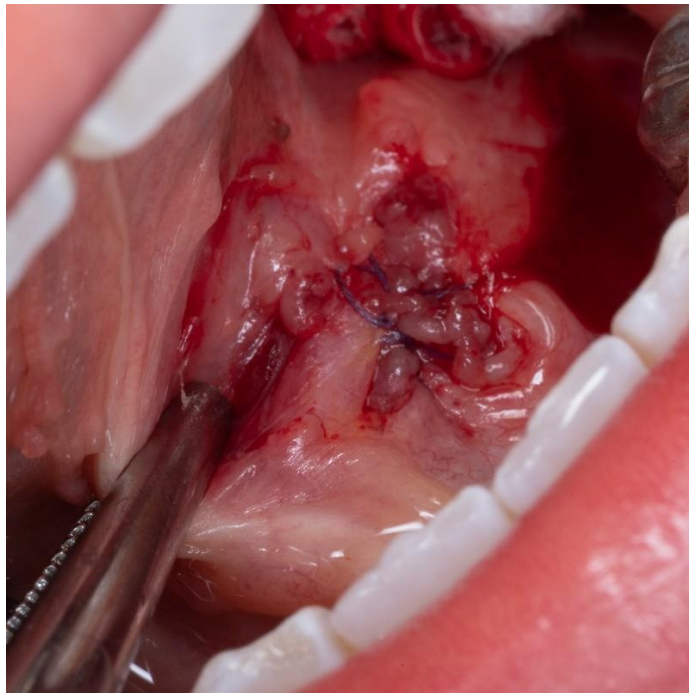


Imagen 9: Sutura en punto simple discontinuo Fuente: Los autores.

- Creación de neo-ostium de 8 mm para drenaje continuo mediante sonda de venoclisis pediátrica, este mismo se dejó en boca durante 5 días, previo al primer control semanal. (Imagen 10)

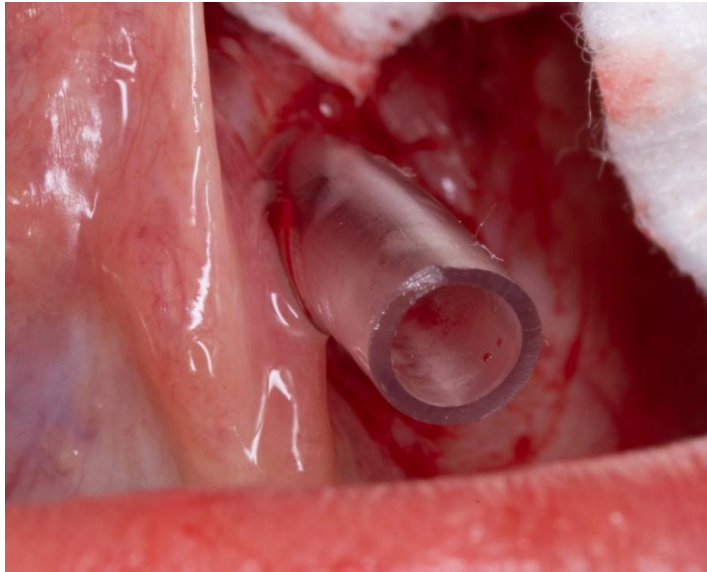


Imagen 10: Neo-ostium para drenaje. Fuente: Los autores.

- Conservación:
  - Tras extirpar se conserva el tejido extraído para posterior análisis y revisión (Imagen 11 y 12).

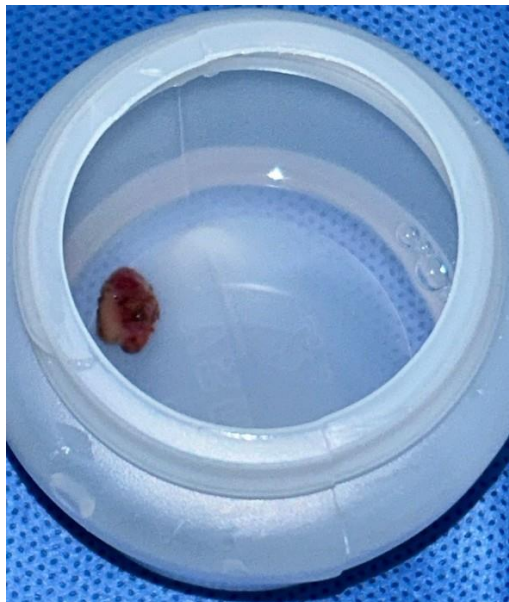


Imagen 11: Conservación de la rínula extraída. Fuente: Los autores



Imagen 12: Fijación en formol al 10%. Fuente: Los autores.

- **Cierre y Hemostasia:**
  - **Control Hemorrágico:**
    - Compresión con gasa estéril entre 3 a 7 minutos según se observa, que pare el sangrado.
  - **Revisión Final:**
    - Confirmación de:
      - a) Permeabilidad del neo-ostium
      - b) Ausencia de cuerpos extraños
      - c) Alineación anatómica correcta

Biopsia:



**ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA QUIRÚRGICA  
A&T**

**REPORTE DE PATOLOGÍA**

Fecha de Entrega	Fecha de reporte	Patología No
09/05//2025	13/05//2025	OPQ-25-0114

**Descripción Macroscópica:**

En formol se recibe muestra de lesión nodular en piso de la boca que mide 11\*8\*6mm consistencia depresible y base sésil, se procesa toda la muestra

**Diagnóstico presuntivo:**

Ranula

**Descripción Microscópica:**

Los cortes muestran una formación quística central con contenido mucinoso, tapizada por epitelio cúbico simple, rodeando la misma se presenta estroma de tejido fibrocolágeno laxo, con presencia moderada de vasos sanguíneos, presencia alta de infiltrado inflamatorio crónico (plasmocitos y linfocitos), a nivel superficial presenta epitelio plano estratificado no queratinizado, sin signos displásicos.

Los márgenes de la muestra están morfológicamente sin alteraciones

**DIAGNÓSTICO:** lesión **BENIGNA REACTIVA** de mucosa oral:

Quiste de retención mucosa de piso de boca (RANULA)

Observaciones: control de traumatismos o irritantes locales, para evitar nuevas lesiones.

Patólogo y Cirujano Bucal:  
*José David Aguilar M.*  
[josheaguilar@gmail.com](mailto:josheaguilar@gmail.com)  
Reg. Senecyt # 170177384

Imagen 13: Reporte de patología. Fuente: Los autores.

- La muestra recibida presentaba una base sésil, consistencia depresible y dimensiones de 11 x 8 x 6 mm, esta se sometió a un proceso para su análisis histopatológico.
- Microscópicamente, se observó una formación quística central con contenido mucinoso, revestida internamente por epitelio cúbico simple.
- El estroma circundante estaba compuesto por tejido fibrocolágeno laxo con presencia moderada de vasos sanguíneos y un infiltrado inflamatorio crónico abundante, compuesto principalmente por plasmocitos y linfocitos.
- En la superficie, la lesión estaba recubierta por epitelio plano estratificado no queratinizado, sin evidencias de displasia.

- Los márgenes del tejido se encontraban morfológicamente sin alteraciones.
- El diagnóstico final fue el de una lesión benigna reactiva de la mucosa oral: quiste de retención mucosa en piso de boca (ránula).
- Se recomienda el control de traumatismos o irritantes locales, con el fin de prevenir la aparición de nuevas lesiones.
- **Postoperatorio Inmediato:**
  - Instrucciones:
    - Dieta líquida fría por 48 h.
    - Enjuagues con clorhexidina 0.12% 2x/día.
  - Farmacología:
    - Ibuprofeno 200mg por 5 días/8 horas.
    - Ketorolaco 10mg sublingual cada 8 horas durante 3 días.
- **Seguimiento Programado:**
  - Control a las 72 h: Evaluar permeabilidad y signos de infección.

- Revisiones semanales (días 7, 14, 21):
  - a) Foto-documentación de cicatrización (Imagen 14,15 y 16).
  - b) Palpación para descartar recurrencia.



Imagen 14: Control 1, a los 7 días. Fuente: Los autores.

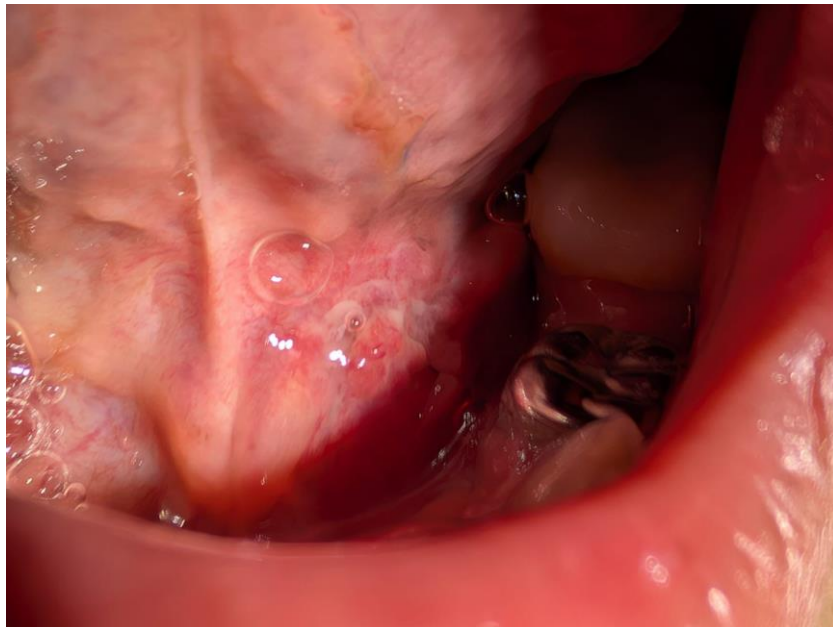


Imagen 15: Control 2, a los 14 días. Fuente: Los autores.



Imagen 16: Control 3, a los 21 días. Fuente: Los autores.

## DISCUSIÓN

Los resultados y la evolución favorable del paciente tras la marsupialización de una ránula sublingual, pone en evidencia la eficacia de esta técnica en contextos bien seleccionados y teniendo especial importancia para el abordaje de pacientes pediátricos; inclusive considerando que, a pesar de que la literatura suele señalar la escisión glandular como tratamiento definitivo, este caso logra demostrar que un abordaje conservador puede ser igualmente exitoso, siempre y cuando se cumplan criterios clínicos adecuados como la delimitación clara de la lesión, la ausencia de compromiso cervical y la buena respuesta postoperatoria<sup>1,2,4</sup>.

Carlini et al. (2016) destacan que las ránulas hundidas, si bien son poco comunes, presentan desafíos diagnósticos únicos debido a su extensión, a menudo imitando otras masas, sus hallazgos subrayan la importancia de las imágenes, en particular la ecografía y la resonancia magnética, para identificar con precisión estas lesiones y diferenciarlas; esto se alinea con el consenso más amplio de que las ránulas son causadas principalmente por la extravasación de saliva por una obstrucción ductal, y que las ránulas hundidas a menudo implican un defecto en el músculo milohioideo. Por el lado de Yadav y Tewari (2021), quienes reafirman la naturaleza de las ránulas hundidas, destacan también la importancia de las anomalías estructurales y los factores congénitos en los casos recurrentes, lo que sugiere que las predisposiciones genéticas desempeñan un papel más importante en las presentaciones pediátricas. Este último trabajo expone más en los factores congénitos, marcando una divergencia con respecto a Carlini et al., quienes se centran más en las causas adquiridas, como los traumatismos y las obstrucciones ductales, indicando que hay una especie de discrepancia según el caso presentado y publicado.

Si bien existe consenso sobre la eficacia del tratamiento quirúrgico, las opiniones difieren sobre el tema de los tratamientos conservadores: Gallenzi et al. (2023) abogan por la escleroterapia como tratamiento de primera línea para las ránulas sublinguales recurrentes, citando su mínima invasividad y sus altas tasas de éxito en las poblaciones pediátricas. Luego están Rho et al. (2006) quienes, si bien apoyan la escleroterapia, advierten que puede no ser adecuada para todos los casos, en particular las ránulas extensas o hundidas, en las que la cirugía sigue siendo indispensable. Estas diferentes perspectivas resaltan un debate en curso sobre los límites de los enfoques conservadores, debate al que se une Roh (2022) que compara la escisión parcial y completa de la glándula. Si bien sus hallazgos favorecen firmemente la escisión debido a sus menores tasas de recurrencia, reconocen el mayor riesgo de complicaciones en comparación con opciones menos invasivas, y de hecho, esto contrasta con Gallenzi et al, quienes enfatizan el manejo conservador incluso para los casos recurrentes.

Curiosamente, estos dos autores: Rho et al. (2006) y Gallenzi et al. (2023), comparten un interés común en explorar técnicas innovadoras como la escleroterapia con OK-432 (Picibanil), pero contrastan en cuanto a sus metodologías y poblaciones de pacientes, siendo que Rho et al. se centran en pacientes adultos con ránulas hundidas y demuestran excelentes resultados con este método, mientras que Gallenzi et al. priorizan las poblaciones pediátricas, destacando la necesidad de enfoques personalizados basados en la demografía del paciente.

En cuanto a herramientas de diagnóstico, Carlini et al. (2016) y Yadav y Tewari (2021) divergen ligeramente. Mientras que Carlini et al. defienden el uso de técnicas de diagnóstico por imágenes avanzadas, como la resonancia magnética, para delinear con precisión las ránulas, Yadav y Tewari destacan el papel del examen clínico combinado con la ecografía como suficiente en la mayoría de los casos. Esto podría reflejar una posible variación en la disponibilidad de recursos y los estándares de práctica clínica en las distintas regiones, pues los artículos provienen de Italia e India, respectivamente.

Se podría decir que gracias a que los hallazgos de estos estudios enfatizan varios puntos, se denota que hay consensos sobre aspectos clave, como la importancia de abordar la causa subyacente y adaptar el tratamiento a la gravedad de la enfermedad, las diferentes perspectivas sobre los abordajes conservadores frente a los quirúrgicos, el papel de la genética y las metodologías de diagnóstico brindan un terreno fértil para futuras investigaciones, que en mi opinión es lo importante siempre en el cambio de avances médicos, es así que los estudios futuros deberían apuntar a resolver estas discrepancias y establecer protocolos estandarizados que equilibren la eficacia, la seguridad del paciente y la disponibilidad de recursos, sin tener en cuenta la región.

## CONCLUSIONES

La examinación clínica, evidenció rasgos patognomónicos, de una lesión quística de piso de boca como la ránula ubicada en piso de boca del lado izquierdo.

Los exámenes complementarios reforzaron el diagnóstico, especialmente el histopatológico cuyos resultados fueron concluyentes para una Ránula de piso de boca; a la par el tratamiento instaurado de marsupialización y colocación del neo-ostium permitió optimizar el tiempo quirúrgico, tener un post operatorio sin complicaciones, y un correcto drenaje del contenido de mucina. Además, fue óptimo para el presente caso al tratarse de un paciente pediátrico.

La evaluación con un seguimiento de 21 días permitió controlar la presencia de recidivas o complicaciones posteriores al evento quirúrgico.

Desde una perspectiva diagnóstica, la correlación entre las distintas herramientas diagnósticas con las que se contó permitió establecer un diagnóstico claro sin necesidad de métodos más invasivos, como lo son la Punción Aspiración con Aguja Fina (FNAC) o una resonancia magnética, tema importante si consideramos que el paciente es un infante, y cuya conducta puede verse afectada negativamente por las distintas evaluaciones; esto subraya la relevancia de un enfoque clínico bien estructurado que combine exploración minuciosa con herramientas complementarias, evitando sobrediagnósticos, con costos innecesarios, y procurando el bienestar emocional del paciente de ser posible, dicho de otro modo, el juicio clínico cobra especial valor en pacientes pediátricos, donde cada intervención debe ser ponderada no solo por su efectividad sino por su impacto psicológico y funcional a largo plazo<sup>1,7,12</sup>.

La experiencia del paciente tanto en el procedimiento quirúrgico como en el cuidado posterior refirió ser positivo, y expone un concepto clave en la odontología actual como es la medicina centrada en el paciente: escoger una técnica menos agresiva no solo redujo los riesgos quirúrgicos, sino que también mejoró la aceptación del tratamiento, minimizó el tiempo de recuperación y fomentó un correcto control postoperatorio; además de que gracias a la participación activa de los tutores en el proceso y seguimiento contribuyeron a los resultados satisfactorios<sup>1,2,4</sup>. Se destaca que el hecho de que no se evidenciaran signos de recidiva durante las semanas de seguimiento podría indicarnos que la creación de un neo-ostium funcional fue clave para permitir el drenaje continuo del contenido mucoso, previniendo la acumulación posterior, y previniendo justamente la reaparición; y esto, sumado al uso de una sonda como guía estructural del drenaje, resalta la importancia de los detalles técnicos en procedimientos mínimamente invasivos, significando que, más allá de la técnica elegida, son también los elementos complementarios, distintos exámenes y evaluaciones variadas los que terminan definiendo el éxito del tratamiento<sup>1,2,7,12</sup>.

En este sentido, la marsupialización realizada en el presente caso demostró ser un procedimiento beneficioso, inocuo y mínimamente invasivo, logrando resolver el cuadro clínico con éxito y sin complicaciones; si bien la escisión completa de la glándula sublingual continúa siendo considerada el tratamiento definitivo debido a sus bajas tasas de recurrencia, también representa un abordaje más agresivo y con mayores riesgos intra y postoperatorios. La comparación entre ambos tratamientos permite resaltar que la marsupialización constituye una opción válida y eficaz, especialmente en pacientes pediátricos, al equilibrar resultados satisfactorios con menor morbilidad, y de hecho, la literatura reporta que la recidiva puede aparecer principalmente en los primeros 3 a 6 meses tras la intervención, asociada a técnicas incompletas o a la pérdida de permeabilidad del neo-ostium; sin embargo, en este caso, el seguimiento clínico inmediato no evidenció recurrencia, lo que respalda la elección de un enfoque conservador bien ejecutado como alternativa terapéutica segura<sup>1,2,4,6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yoshimura Y, Obara S, Kondoh T, Naitoh S. A comparison of three methods used for treatment of ranula. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995 Mar;53(3):280-282. doi:10.1016/0278-2391(95)90224-4 [https://doi.org/10.1016/0278-2391\(95\)90224-4](https://doi.org/10.1016/0278-2391(95)90224-4) [PubMed](#)
2. Zhao YF, Jia Y, Chen XM, Zhang WF. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 Mar;98(3):281-287. doi:10.1016/j.tripleo.2004.01.016 <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2004.01.016> [OoojournalPMC](#)
3. Harrison JD. Modern management and pathophysiology of ranula: literature review. *Head Neck.* 2010 Oct;32(10):1310-1320. doi:10.1002/hed.21326 <https://doi.org/10.1002/hed.21326> [PubMedKing's College London](#)
4. Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and plunging ranulas: What is the most effective treatment? *Laryngoscope.* 2009 Aug;119(8):1501-1509. doi:10.1002/lary.20291 <https://doi.org/10.1002/lary.20291> [PubMed+1](#)
5. Albsoul NM, Alsmady MM, Badran HS. Recurrent right sublingual ranula concomitant with ipsilateral submandibular salivary gland aplasia: a case report. *Cases J.* 2009;2:9339. doi:10.1186/1757-1626-2-9339 <https://doi.org/10.1186/1757-1626-2-9339> [PMC](#)
6. Choi MG. Case report of the management of the ranula. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2019;45(6):357-363. doi:10.5125/jkaoms.2019.45.6.357 <https://doi.org/10.5125/jkaoms.2019.45.6.357> [PMC](#)
7. Chung YS, Cho Y, Kim BH. Comparison of outcomes of treatment for ranula: a proportion meta-analysis. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2019;57(7):620-626. doi:10.1016/j.bjoms.2019.06.002 (Enlace general DOI no disponible en el resumen; puedes buscar vía PubMed o el editor.) [PubMed](#)
8. Mucocele review: Fiorino A, Staderini E, Diana R, Rengo C, Gallenzi P. New conservative approach for recurrent sublingual ranula—A case report. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):2398. doi:10.3390/ijerph20032398 <https://doi.org/10.3390/ijerph20032398> [MDPI](#)
9. Medscape overview: “Ranulas and Plunging Ranulas Treatment & Management.” *eMedicine.* 2024 update. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/847589-treatment> [Medscape](#)
10. Woo et al. (micromarsupialization outcomes). En: *Medscape, estudio prospectivo: resolución completa en 20 pacientes, recurrencia en 5, dos reintervenidos a los 6 meses.* Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/847589-treatment> [Medscape](#)

11. Ethanol ablation of ranulas: JAMA Otolaryngol. Recurrence 27–55% con ablación etílica. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2024. doi: ... (cito estudio reciente) [Wiley Online Library](#)
12. Partial sublingual glandectomy: De 10 pacientes, solo 1 recidiva (10%)—Study: <https://synapse.koreamed.org/articles/1091665> [KoreaMed Synapse](#)
13. Surgical management of huge ranula in pediatrics with recurrence 13%, etc. Cureus. 2023. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/231834-surgical-management-of-huge-ranula-resembling-double-tongue-in-pediatric-patients-a-successful-treatment-of-two-cases> [Cureus](#)

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE LA CARRERA DE  
ODONTOLOGÍA CAMPUS AZOGUES

CERTIFICA

El presente trabajo de titulación denominado “**Abordaje clínico de ránula en un paciente pediátrico de la clínica de odontopediatría de la universidad católica de cuenca : reporte de caso**”, realizado por **Karolina Elizabeth Guaraca Urgiles** ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Fecha: Azogues, 02 Septiembre , 2025



.....  
CRISTIAN DANILLO URGILES URGILES  
ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL  
Reg. ACCESS: 0301841566

**Od. Esp. Cristian Danilo Urgiles Urgiles PhD**

**RESPONSABLE**



**Karolina Elizabeth Guaraca Urgiles** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0301991337**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Abordaje Clínico de ránula en un paciente pediátrico de la clínica de odontopediatría de la universidad católica de Cuenca: reporte de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **02 de Septiembre de 2025**

F: 

**Karolina Elizabeth Guaraca Urgiles**

**C.I. 0301991337**