



Rânula em paciente com HIV: relato de caso

Ranula in HIV patient: a case report

William Augusto Gomes de Oliveira Bellani^[a], Felipe Belmonte Archetti^[b], Marília Compagnoni Martins^[c], Antonio Adilson Soares Lima^[d]

- ^[a] Doutorando em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), assessor da Direção da 2^a. Regional de Saúde do Estado do Paraná, Curitiba, PR - Brasil, e-mail: william.bellani@gmail.com
- ^[b] Mestrando em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil.; archettifb@gmail.com
- ^[c] Doutora em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), professora adjunta do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: mcompagnoni@gmail.com
- ^[d] Doutor em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), professor adjunto do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: aas.lima@ufpr.br

Resumo

Objetivo: Relatar um caso de tratamento de rânula em paciente portador do HIV/AIDS. **Discussão:** Paciente de 21 anos, sexo feminino, leucoderma, HIV positivo de transmissão vertical, sem hábitos deletérios, não fazia uso de drogas ilícitas, com lesão de rânula indolor, em tratamento há três meses com clindamicina, receitada pelos médicos. A paciente não está na faixa etária mais prevalente da doença, sua contagem de CD4+ estava normal e, pela possível dificuldade de cicatrização, optou-se pela micromarsupialização. **Conclusão:** Os cirurgiões-dentistas precisam encarar as rânulas e os mucocelos como entidades que podem surgir em pacientes infectados pelo HIV e que o tratamento deverá ser o mais conservador possível.

Keywords: Infecções por HIV. Rânula. Adulto jovem.

Abstract

Objective: Report the treatment of a ranula in a patient with HIV infection. **Discussion:** A 21-year-old female, caucasian, with HIV infection of vertical transmission, without harmful habits and with no use of illicit drugs, presenting painless ranula lesion from three months ago being treated with clindamycin by doctors. The patient is not in the most prevalent age group, and its CD4+ counting was normal, and for the possible difficulty of healing, micro-marsupialization technique was chosen. **Conclusion:** Although there are few studies involving

this matter, dentists must face ranulae and mucole as entities that can develop in HIV/AIDS infected patients, and treatment should be as conservative as possible.

Keywords: HIV infections. Ranula. Young adults

Introdução

Rânulas são fenômenos de retenção salivar derivados de perturbações da glândula sublingual. Os fatores de risco são geralmente infecção e trauma oral (1). As rânulas, como um tipo de mucocèle oral no soalho bucal, têm apresentação histopatológica típica, caracterizada por um pseudocisto com fenômeno de extravasamento de muco (2). Elas têm sido cada vez mais citadas na literatura, em associação com pacientes infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (3-6).

Estima-se que até 90% das pessoas com HIV, em algum momento, apresentem pelo menos uma manifestação de rânula (7-9). De acordo com Syebele e Bütow (3), a rânula não é só uma lesão frequentemente associada com a infecção por HIV, mas também um sinal de presumível infecção pelo HIV.

Clinicamente, as rânulas se apresentam sob a forma de uma lesão arredondada ou ovalada, de base sésil, consistência mole e de coloração branco-azulada que tem sido comparada ao ventre de uma rã (10). A etiopatogenia dessa entidade ainda é desconhecida. Recentemente, estudos realizados no Zimbábue, na África do Sul e no Quênia mostraram que rânulas podem estar associadas ao HIV/AIDS (9).

Uma pesquisa com exames histopatológicos revelou que a rânula consiste em um espaço cístico central de mucina e uma parede composta de tecido conjuntivo frouxo, vascularizado e, geralmente, com escasso ou mínimo infiltrado inflamatório crônico. O espaço cístico contém muco, material histiocitário, polimorfonucleares e linfócitos. A cavidade cística era ocasionalmente revestida de uma pequena área da camada epitelial, mas a maioria dessas rânulas não apresentava revestimento epitelial. Ainda no exame histológico, trombos ou vasos cheios de sangue e ácinos da glândula eram frequentemente encontrados em alguns casos de rânulas (11). A análise bioquímica dos fluidos desse tipo de lesão pode revelar alto conteúdo de amilase e proteínas (12).

Um método terapêutico geralmente aceito para o tratamento de rânulas é a remoção cirúrgica da

glândula salivar ipsilateral afetada, com ou sem a lesão cística anexada. No entanto, existem outras formas mais conservadoras para o tratamento dessa lesão (6, 13-15).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é relatar o caso do tratamento de uma rânula em um paciente com infecção por HIV/AIDS.

Relato do caso

Paciente F.S., 21 anos, sexo feminino, leucoderma, compareceu à Clínica de Semiologia do curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR) em novembro de 2011. Ela apresentava como queixa principal o aparecimento de "uma bolha embaixo da língua", que interferia na fonação e na função mastigatória. De acordo com a paciente, a lesão surgiu havia aproximadamente três meses. Inicialmente, ela procurou auxílio de um médico, que fez o diagnóstico de uma lesão cística e a tratou com clindamicina. Como não houve resposta ao tratamento, ela foi encaminhada para essa clínica.

Durante a anamnese, a paciente relatou ser HIV positivo com transmissão vertical, sem hábitos deletérios ou uso de drogas ilícitas. Conforme prontuário médico, a paciente fazia uso regular de medicação antirretroviral. Apresentou lesões ulceradas de herpes labial em 2004, quando a contagem de linfócitos CD4⁺ era de 270 células. Nas consultas médicas, geralmente apresentava estado febril e tosse com expectoração. Ao final de 2008, a paciente relatou estar com pneumonia no mês de setembro e se apresentava com bronquiolite obliterante. Em 2009, exames de genotipagem mostraram resistência da paciente a todos os antirretrovirais e sensibilidade apenas para uma associação. Sua contagem de CD4⁺ era de 587 células em setembro de 2011.

No exame físico extraoral, apresentou uma lesão compatível com herpes no lábio inferior esquerdo, sem febre ou tosse com expectoração. No exame intraoral, observou-se aumento volumétrico em soalho de boca, que se estendia desde a região de pré-molares

até molares do lado esquerdo. A superfície da lesão era lisa, de coloração azulada, flácida à palpação, indolor e não sangrante (Figura 1). De acordo com as características clínicas observadas, o diagnóstico clínico foi de rânula; optou-se, então, com sucesso, pelo tratamento com micromarsupialização (Figura 2).



Figura 1 - Aspecto clínico da rânula no lado esquerdo do soa-lho bucal

Fonte: Dados da pesquisa.



Figura 2 - Realização da micromarsupialização

Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

Acredita-se que as rânulas surgem a partir de um mecanismo traumático. Danos pós-traumáticos

no ducto excretor das glândulas salivares sublinguais podem conduzir ao extravasamento de muco, que pode levar ao surgimento de uma rânula (2). Portanto, qualquer trauma direto ou proveniente de procedimentos cirúrgicos nos tecidos moles da boca tem sido considerado fator etiológico significativo para rânulas (6). A paciente deste caso não se lembrava de ter sofrido qualquer traumatismo na região da glândula sublingual, nem foi submetida a procedimentos cirúrgicos bucais.

A rânula também pode originar do corpo da glândula sublingual, desenvolvendo-se como consequência da obstrução no ducto de Bartholin por um sialolito (12). Como não havia queixa de desconforto ou dor no local da lesão, excluiu-se a possibilidade de obstrução do ducto da glândula sublingual por um sialolito.

Alguns autores acreditam que a rânula não é só uma lesão frequentemente associada com a infecção por HIV, mas também um sinal de uma presumível infecção por HIV subjacente em doentes adultos e pediátricos (2, 6). Embora alguns estudos indiquem que a infecção por HIV/AIDS não influencie diretamente em algumas doenças de glândulas salivares (16), parece que o vírus tem algum papel no aumento da incidência de doenças como a síndrome de Sjögren e os inchaços bilaterais de parótida entre os pacientes infectados (17, 18). Recentemente, algumas drogas antirretrovirais (inibidores da protease) têm sido referidas como tendo o mesmo efeito de certas doenças que afetam o funcionamento das glândulas salivares (9).

A prevalência exata da rânula em pacientes HIV positivo não é conhecida. No entanto, existem vários relatos de casos que observaram associação com o HIV (3, 6, 11, 19, 20). O fato de 88,5% dos pacientes serem infectados pelo HIV pode indicar forte associação da rânula sublingual com o HIV/AIDS. No entanto, é possível que esses resultados estejam relacionados com a possibilidade de autosseleção e com o fato de os estudos terem sido realizados em centros de referência para a infecção HIV/AIDS.

A paciente cujo caso é aqui relatado era do sexo feminino e tinha 21 anos. Apesar dos poucos estudos, a literatura tem mostrado que a rânula é mais comum nas mulheres. Essa maior prevalência no sexo feminino tem sido comprovada tanto nos estudos de Kamulegeya e Okello (9) quanto no de Chidzonga e Mahomva (19). Em relação à idade, os estudos vêm apontando que a faixa etária de 0 a 10 anos costuma ser a mais afetada, provavelmente pela forma de transmissão vertical (19). A infecção pelo HIV dessa

paciente ocorreu também por essa forma. Entretanto, ela não está na faixa etária mais prevalente.

Acredita-se que o número de células CD4⁺ pode ter alguma influência na etiopatogenia das rânulas (9). Contudo, na época em que a paciente procurou o atendimento, sua contagem de células CD4⁺ estava normal.

As modalidades de tratamento para a rânula incluem: marsupialização, micromarsupialização, excisão da rânula com ou sem a remoção da glândula sublingual, criocirurgia, excisão a *laser*, escleroterapia, fenestração e pressão contínua (19, 21-26).

Hershkin e Miller (1) relataram o caso de um indivíduo de 15 anos, afro-americano, do sexo masculino, submetido à terapia antirretroviral com uma rânula mergulhante tratada cirurgicamente com a remoção da glândula sublingual, sem maiores complicações pós-operatórias.

A técnica da micromarsupialização foi a modalidade terapêutica escolhida para tratar a paciente deste relato. Ela consiste na realização de uma sutura para permitir a drenagem da saliva acumulada e a criação de novos ductos epiteliados (27-30); é um procedimento minimamente invasivo e pode ser realizado até mesmo sob anestesia tópica. Outras vantagens dessa técnica são seu curto tempo de realização (aproximadamente 3 minutos) e o fato de praticamente não haver dano tecidual ou reações inflamatórias exacerbadas (27, 28). Consequentemente, parece ser uma técnica ideal para os pacientes com HIV/AIDS, que naturalmente apresentam dificuldade de cicatrização.

Para alguns autores, os mucocelos e as rânulas podem ser considerados, no contexto das doenças relacionadas ao HIV, como lesões associadas ao vírus envolvendo as glândulas salivares (6, 7, 12, 19). A associação frequente de infecção por esse vírus com lesões bucais, incluindo o alargamento das glândulas parótidas, tem agravado o estigma relacionado à AIDS e levou a uma situação em que o teste do HIV passou a ser rotineiramente solicitado por profissionais de saúde (6).

Conclusão

Apesar dos poucos estudos envolvendo esse assunto, os cirurgiões-dentistas precisam encarar as rânulas e os mucocelos como entidades que podem surgir em pacientes infectados pelo HIV/AIDS, e o tratamento deverá ser o mais conservador possível.

Referências

1. Hershkin AT, Miller EJ Jr. Plunging ranula in young HIV patient. *N Y State Dent J*. 2007;73(6):46-7. PMID:18265770
2. Syebele K, Bütow KW. Comparative study of the effect of antiretroviral therapy on benign lymphoepithelial cyst of parotid glands and ranulas in HIV-positive patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 111(2):205-10. doi:10.1016/j.tripleo.2010.09.067
3. Syebele K, Bütow KW. Oral mucocelos and ranulas may be part of initial manifestations of HIV infection. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2010; 26(10):1075-8. doi:10.1089/aid.2010.0051
4. Jia Y, Zhao Y, Chen X. Clinical and histopathological review of 229 cases of ranula. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci*. 2011;31(5):717-20. doi:10.1007/s11596-011-0589-7
5. Gupta A, Karjodkar FR. Plunging ranula: a case report. *ISRN Dent*. 2011. Article ID 806928. doi:10.5402/2011/806928
6. Syebele K. Regression of both oral mucocel and parotid swellings, following antiretroviral therapy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010;74(1):89-92. doi:10.1016/j.ijporl.2009.09.043
7. Chidzonga MM, Rusakaniko S. Ranula: another HIV/AIDS associated oral lesion in Zimbabwe? *Oral Dis*. 2004;10(4):229-32. PMID:15196145
8. Chidzonga MM. HIV/AIDS Orofacial lesions in 156 Zimbabwean patients at referral oral and maxillofacial surgical clinics. *Oral Dis*. 2003;9(6):317-22. PMID:14629334
9. Kamulegeya A, Okello SM. Ranula: possible signs for HIV/Aids? 1 year Ugandan descriptive study. *Acta Odontol Scand*. 2012;70(2):149-53. doi:10.3109/0016357.2011.600709
10. Lü FX, Jacobson RS. Oral mucosal immunity and HIV/SIV infection. *J Dent Res*. 2007; 86(3):216-26. PMID:17314252
11. Syebele K, Bütow KW, Webber L, Manda SO. Quantification of HIV-1 viral load in the fluid of ranulas in HIV-positive patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011;111(6):715-9. doi:10.1016/j.tripleo.2011.01.038

12. Baurmash HD. Ranula and HIV: an explanation of their relationship. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65(8):1670-1. PMID:17656302
13. World Health Organization/UNAODS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities. Geneva: World Health Organization/UNAIDS; 2007.
14. Zhao YF, Jia Y, Chen XM, Zhang WF. Clinical review of 580 ranulas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;98(3):281-7. PMID:15356464
15. Hom JM, Morisseau S, Pape JW, Fitzgerald DW. Oral manifestations of HIV in Haitian children and adolescents. IADR/AADR/CADR General Session and Exhibition, 87.; 2009, Florida.
16. Schiodt M, Greenspan D, Levy AJ, Nelson AJ, Chernoff D, Hollander H, et al. Does HIV cause salivary gland disease? *AIDS.* 1989;3(12):819-22. PMID:2517203
17. Schiodt M. HIV-associated salivary gland disease: a review. *Oral Surg Med Oral Pathol.* 1992;73(2):164-7. PMID:1549310
18. Mulligan R, Navazesh M, Komaroff E, Greenspan D, Redford M, Alves M, et al. Salivary gland disease in human immunodeficiency virus-positive women from the WIHS study. *Women's Interagency HIV Study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;89(6):702-9. PMID:10846124
19. Chidzonga MM, Mabomva L. Ranula: Experience with 83 cases in Zimbabwe. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(1):79-82. PMID:17174768
20. Butt FM, Chindia ML, Kenyanya T, Gathece L, Rana F. An audit of ranula occurring with the human immunodeficiency virus infection. *J Oral Maxillofac Pathol* 2010;14(1):33-5. doi:10.4103/0973-029X.64312
21. Langlois NE, Kolhe P. Plunging ranula: a case report and a literature review. *Hum Pathol.* 1992;23(11):1306-8. PMID:1427758
22. Pandit RT, Park AH. Management of pediatric ranula. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;127(1):115-8. PMID:12161740
23. Baurmash HD. Treating oral ranula: another case against blanket removal of the sublingual gland. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2001;39(3):217-20. PMID:11384120
24. Woo JS, Hwang SJ, Lee HM. Recurrent plunging ranula treated with OK-432. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2003;260(4):226-8.
25. Hidaka H, Oshima T, Kakehata S, Watanabe K, Toshima M, Suzuki H, et al. Two cases of plunging ranula managed by the intraoral approach. *Tohoku J Exp Med.* 2003;200(1):59-65. PMID:12862313
26. Takagi S, Mizukawa N, Kimura T, Asaumi JI. Treatment of a plunging ranula with fenestration and continuous pressure. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2003;41(6):410-3. PMID:14614872
27. Delbem AC, Cunha RF, Vieira AE, Ribeiro LL. Treatment of mucus retention phenomena in children by the micro-marsupialization technique: case reports. *Pediatr Dent.* 2000;22(2):155-8. PMID:10769864
28. Berti AS, Santos JAR, Dirschnabel AJ, Sousa PHC. Micromarsupialização: relato de dois casos clínico. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2006;47:151-5.
29. Stuani AS, Stuani AS, Santos BM, Silva FWGP, Borsato MC, Queiroz AM. Tratamento de mucocele pela técnica de micromarsupialização: relato de caso. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2008;20(3):307-10.
30. Harrison JD. Modern management and pathophysiology of ranula: literature review. *Head Neck.* 2010;32(10):1310-20. doi: 10.1002/hed.21326

Recebido: 09/05/2012

Received: 05/09/2012

Aceito: 30/11/2012

Accepted: 11/30/2012