

M. B. 72/ 13

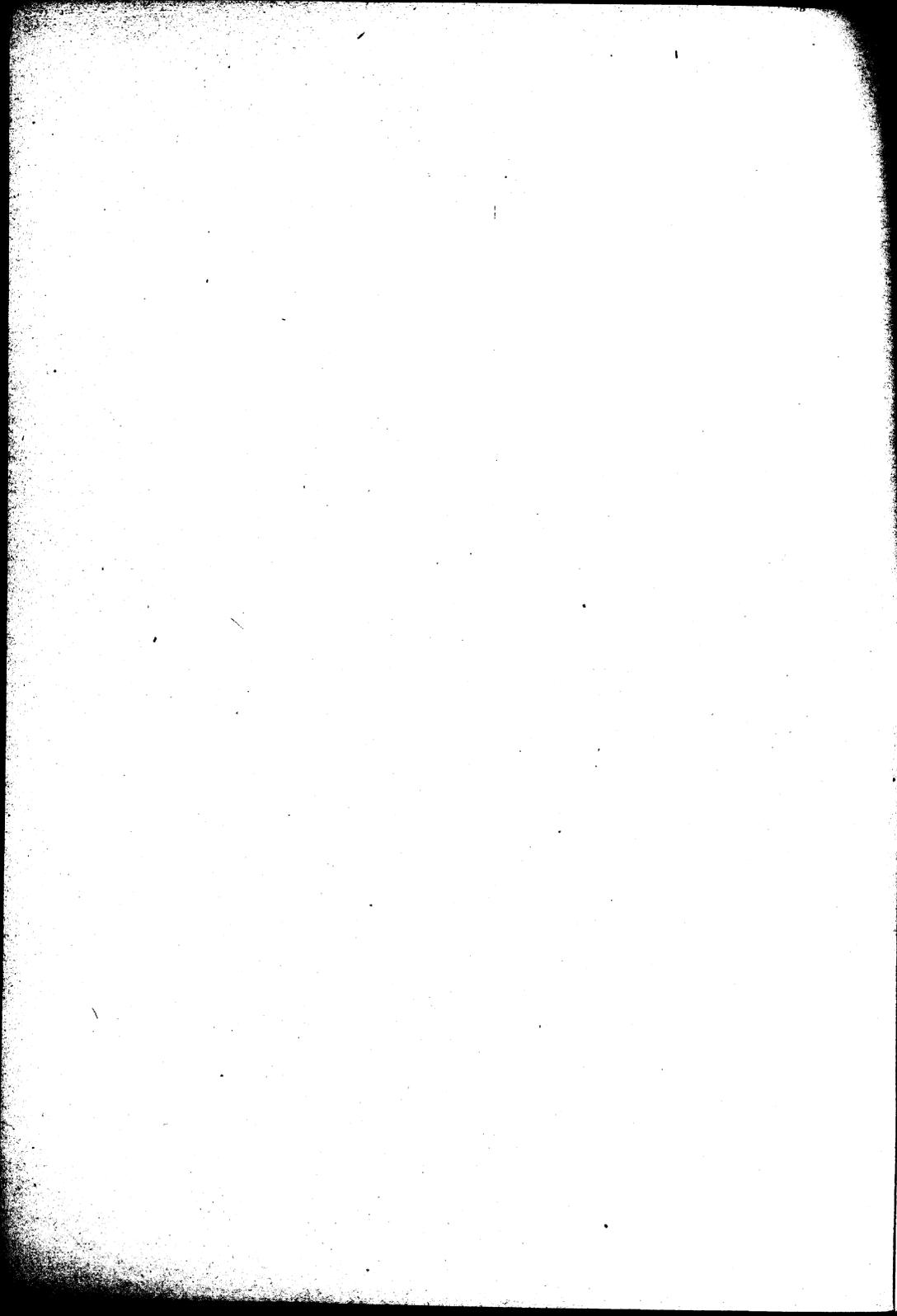
Dr. VINCENZO GALANTUOMO

Un caso di ranula sublinguale

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA",



1941-XIX
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A



OSPEDALE MILITARE DI TIRANA - REP. CHIRURGIA
 CAP. MED. LEO DR. GIACOMO - DIRETTORE
 24° AMBULANZA ODONTOIATRICA
 S. TEN. MED. GALANTUOMO DR. VINCENZO - DIRETTORE

UN CASO DI RANULA SUBLINGUALE

Sold. Llambi Spiro, albanese. Operato il 17 settembre 1940.

Anamnesi negativa. — Il paziente non ricorda con precisione l'inizio dell'affezione.

Presentemente all'ispezione non si nota alcuna tumefazione nella regione sopralinguale. All'ispezione del cavo orale, la lingua appare sollevata sul lato sinistro e deviata a destra. Sollevando la lingua, si nota una tumefazione liscia, a margini netti, della grandezza di una noce, allungata alle estremità.

Situata nell'angolo formato dalla lingua rialzata col pavimento della bocca, in posizione antero-posteriore e medio-esterna, di colorito grigio-scuro, rivestita di mucosa integra e normale. La tumefazione arriva alla linea mediana senza sorpassarla. Ai lati del frenulo si notano i due sbocchi delle ghiandole sottolinguali. Alla palpazione la consistenza è molle elastica; non si provoca dolore.

Intervento. — Anestesia novocainica per infiltrazione.

Un aiuto regge la lingua stirata in fuori ed in alto. Incisa la mucosa, si scolla il sacco cistico per quanto è possibile, svuotandolo del contenuto, che è un liquido giallo-citrino. Si asporta la parte del sacco scollata e si marsupializzano i lembi mucosi, il superiore alla faccia inferiore della lingua e l'inferiore alla mucosa del pavimento orale. Si caustica la tasca cistica con soluzione di nitrato d'argento al 5% dopo l'intervento ed in seguito ogni due giorni.

Decorso post-operatorio. — Edema infiammatorio durato due giorni e che poi diminuisce fino a scomparire. Il paziente muove bene la lingua e non accusa più disturbi alla fonazione, masticazione e deglutizione.

La ranula sub-linguale comune rientra tra le cisti congenite mucoidi del pavimento orale. Da essa va distinta la malformazione eccezionale dovuta ad obliterazione congenita dell'ostio ombelicale con dilatazione del canale di Warton. La ranula invece è situata sotto la mucosa buccale al di sopra del muscolo miloioideo. Il canale di Warton ed il nervo linguale restano in dentro, mentre la gh. sottolinguale o i resti di questa sono spinati in basso ed in fuori.

Durante l'accrescimento, la ranula invia prolungamenti nei punti di minore resistenza, fino a sorpassare la linea mediana e scendere in basso nella regione sottomandibolare, dove è visibile all'esterno la tumefazione che ne deriva. Alle volte si producono aderenze agli organi vicini (canale di Warton, nervo linguale, vasi della lingua), per cui avviene oltremodo difficile l'enucleazione, il che espone alle recidive.

La parete cistica, anatomo-patologicamen-

te, si compone di tre strati: uno strato fibroelastico, uno di tessuto embrionario molto vascolarizzato ed un terzo epiteliale d'aspetto variabile (con cellule cilindriche, cellule a ciglia vibratili, a diversi strati di cellule poliedriche in degenerazione mucosa). Il contenuto è un liquido mucoso, chiaro, filante, alle volte ematico, senza alcun carattere salivare e contenente in sospensione cellule epiteliali ricche in mucina ed albumina.

Patogenesi — La teoria più appropriata è quella che ammette un'origine embrionaria per lo sviluppo della ranula comune, a spese del tessuto connettivo embrionario della regione sub-linguale, mentre un'altra specie, eccezionale, con rivestimento epiteliale, proverrebbe dall'inclusione dei resti epiteliali del canale di Bochdaleck.

La ranula comune infatti, non può essere data da ritenzione salivare per obliterazione del canale di Warton, perchè mancano i caratteri chimici della saliva nel liquido cistico. Nè può interpretarsi come trasformazione della gh. di Blandin che si trova sotto la faccia inferiore della lingua o come trasformazione per infezione attenuata della gh. sclerotica, poichè la ranula rimane extraghiandolare.

Per questa, come per le altre malformazioni della cavità buccale si invocano cause di due ordini:

a) Cause che agiscono sul germe;

b) Cause che agiscono sull'embrione durante il suo sviluppo.

Queste ultime possono dipendere dallo stesso embrione (encefalocoele, meningocele) o sono estranee ad esso come le briglie amniotiche, le compressioni uterine, i traumi sulla regione addominale.

Le cause che agiscono sul germe si riprotono nel quadro dell'ereditarietà, soprattutto diretta, o come aggravante, oppure riconoscono l'influenza delle malattie dei genitori, quali: l'alcoolismo, la lue, la malaria, il saturnismo, la tbc, l'ipotiroidismo.

Sintomatologia — L'insorgenza della malformazione è insidiosa ed il malato se ne accorge fortuitamente. Le ranule ben circoscritte risiedono nelle parti laterali del pavimento orale, mentre alle volte sorpassano la linea

mediana presentando la depressione del frenulo linguale. La tumefazione è arrotondata, grigiastria, trasparente; può giungere sino alla grandezza di un uovo di gallina, è fluttuante ed elastica se è molto tesa. Il canale di War-ton rimane permeabile; se lo sviluppo raggiunge un certo grado vi sono disturbi funzionali. La rottura è molto rara ed è seguita da cicatrizzazione e da recidiva.

L'infezione dà luogo a trasformazione sieropurulenta del liquido senza reazione locale nè generale. In certi casi si ha ingrossamento rapido con dolori (ranula acuta dovuta ad apertura per ulcerazione del canale di War-ton nella tasca cistica).

Diagnosi — La ranula si diagnostica facilmente per il suo aspetto, la sede ed il conte-

nuto. Si distingue facilmente dalle cisti del canale di Bochdaleche che sono mediane, aderenti all'osso ioide e situate più in basso. Le cisti dermoidi sono mediane, hanno consistenza pastosa e spesso sono aderenti al massellare inferiore.

Terapia — L'estirpazione totale è possibile solo per ranule poco voluminose e senza prolungamenti. Alcuni autori consigliano di marsupializzare la tasca e distruggerla con agenti chimici. In realtà basta escidere la parte superiore e causticare in seguito con soluzione di nitrato di argento al 5-10%.

Buoni risultati si ottengono distruggendo la porzione della tasca residua col bisturi elettrico.

343190

