

RANULA

por el

DR. P. RUIZ DE TEMIÑO

Se conoce con el nombre de r nula un tumor benigno que tiene su asiento en la glándula sub-lingual. Según la mayoría de los autores, es entre los tumores benignos con esta localización el más frecuente, siendo, de todas formas, rara su aparición. Nosotros sólo tenemos registrados 20 casos entre 20.000 enfermos de estomatología, lo que representa el 1 por mil.

No existe acuerdo por lo que respecta a la etiología; según las investigaciones de Hippel se trataría de la degeneración quística de una glándula sub-lingual. Aunque también los tubos glandulares de Bochdalck pueden llegar por degeneración a formar un tumor de la misma naturaleza. Es microscópicamente como puede llegarse a la diferenciación; los quistes que proceden de la glándula sub-lingual constan de un revestimiento conjuntivo con epitelio plano, pero los que proceden de los tubos glandulares de Bochdalck llevan en su pared interna epitelio vibratil. En la práctica no encierra interés esta diferencia, pues son igualmente benignos y el tratamiento es idéntico. En 19 de nuestros casos, el informe anatomopatológico es de tejido conjuntivo con abundantes vasos dilatados; en la superficie existe un revestimiento epitelial plano poliestratificado; corresponden por tanto a quistes de la glándula salival. En el otro caso, además de presentar el epitelio plano poliestratificado en la capa superficial, presenta en la profunda otro revestimiento epitelial at pico, que nos hace pensar se trata de un quiste de los tubos glandulares.

La localización es unilateral al comienzo de la enfermedad. Cuando el quiste tiene un tamaño pequeño, se aprecia perfectamente; no así al adquirir un gran volumen, pues entonces al rebasar la línea media y ocupar el lado opuesto puede parecer bilateral, pero cuando se vacía se aprecia perfectamente su localización en uno de los lados y volviendo los tejidos desplazados en el opuesto a su posición primitiva.

Se presenta como un tumor blando, fácilmente deformable por la presión—dependiendo el tamaño de su antigüedad—, desde un guisante hasta un volumen considerable, como de un huevo. La distensión de la mucosa, sobre todo en los de gran tamaño, hace aparecer a su contenido con un tono azulado, pero una vez abierto se aprecia que éste es un líquido transparente y de consistencia de clara de huevo. Es fácil comprender que puedan llegar a adquirir un tamaño considerable, dada la ausencia total de dolores e incluso casi de pequeñas molestias y ser su crecimiento tan lento. Algunas veces pasan varios años antes de ser visto por el estomatólogo, pues con frecuencia se rompe espontáneamente la membrana, vaciándose, pero siempre, una vez cerrada y lleno el quiste, continúa su desarrollo.

No existe otro tratamiento que la extirpación, pues la punción en uno o varios puntos, al igual que la rotura espontánea, no hace más que coseguir, aparentemente, su desaparición temporal.

El ideal es la extirpación total de la membrana quística, no hace más que conseguir, aparentemente, su desaparición temporal, derramándose el contenido y haciendo sumamente difícil retirar toda la membrana, a pesar de no existir adherencias, sobre todo en los de gran tamaño, bastando que quede un resto de membrana para que la recidiva sea segura. Es por esto que la operación de Partsch, ideada para los quistes radicales, o sea, la marsupialización, haya dado los mejores resultados. En el primer caso, o sea, cuando se extirpa totalmente, debe suturarse la herida, mientras que en el segundo caso se deja la cavidad abierta.

En nuestros casos hemos procedido de la siguiente manera: La anestesia ha sido troncular con novocaína al 2 por 100, procediendo a la extirpación total cuando el volumen era reducido, aproximadamente si no pasaba de una nuez; en los de mayor tamaño hemos hecho siempre marsupialización y relleno con gasa iodoformica, para evitar la entrada de alimentos, pues por la situación en suelo de boca esto es muy fácil. En los primeros casos hacíamos la incisión con bisturí, pero aun cuando extirpábamos una zona muy amplia de mucosa y membrana quística, teníamos alguna recidiva, a pesar de hacer una

sutura de la pared quística con la membrana; probablemente el cierre se efectuaba antes de haberse reducido la cavidad completamente; últimamente hacemos la extirpación de una amplia zona de mucosa y tumor con bisturí eléctrico, no habiendo vuelto a tener recidivas; indudablemente la zona electrocoagulada se mantiene sin cerrar durante el tiempo necesario para el relleno de la cavidad. Este último proceder hemos seguido en la mitad de los casos.

Todos los casos, excepto uno, fueron operados por boca; en aquél, el crecimiento se efectuó a través del músculo milohioideo; constaba de dos lóbulos, uno se apreciaba por la cavidad bucal, y el otro, al poner en tensión la lengua, aparecía en región submentoniana. Intentamos la extirpación por la cavidad bucal, pero por existir un istmo muy estrecho entre ambos lóbulos recidivó, siendo posteriormente operado por vía extrabucal, consiguiéndose la extirpación total, sin lesionar la glándula submaxilar.

Presentamos tres casos, de diferentes tamaños de ránulas, con micrografía, vista de la pared de una ránula, en la que observamos, en la parte superior un epitelio plano poliestratificado y en la inferior, la pared de una cavidad quística.

La otra microfotografía representa la pared de una ránula, en cuya parte central se observa un conducto glandular quísticamente dilatado, y en parte inferior, un tejido de granulación de carácter inespecífico.

Ineficacia de la aureomicina en la enfermedad de Hodgkin

Teniendo en cuenta la oscuridad etiológica de la enfermedad de Hodgkin, son innumerables las medidas terapéuticas que para ella se proponen, con mayor o menor fundamento. Pensando en un posible carácter infeccioso, Goldman ("Am. J. Med. Sci.", 221, 195, 1951) ha tratado a cinco enfermos con aureomicina. Las dosis empleadas oscilaron entre dos y cuatro gramos, y uno fué sólo tratado con aureomicina intravenosa. El tratamiento se inició en una fase intensamente febril en todos los casos y se mantuvo durante cuatro a siete días. En ninguno de los enfermos se observó la menor modificación del cuadro clínico por efecto del tratamiento con aureomicina. Cuatro de los enfermos fueron tratados posteriormente con mostaza nitrogenada, con una buena remisión temporal de la sintomatología. (Per "R. Méd. Esp.", XLI, 4.)