
CISTO DERMÓIDE: RELATO DE UM CASO

DERMOID CYST: A CASE REPORT

*José Rodrigues LAUREANO FILHO**
*Emanuel DIAS de Oliveira e Silva***
*Hécio Henrique Araújo de MORAIS****
*Ruth Lopes de Freitas XAVIER****

RESUMO

Esse artigo é um relato de um caso de Cisto Dermóide tratado cirurgicamente presente na região bucal, uma localização incomum para esse tipo de lesão, com uma história de evolução de aproximadamente 10 anos e, progressivo aumento de volume, segundo informação do paciente, um homem negro de 24 anos de idade. O paciente foi admitido no serviço de cirurgia com queixa estética, sem sintomatologia dolorosa. O exame histopatológico demonstrou uma cavidade revestida por epitélio pseudo-estratificado ceratinizado, o lúmen estava preenchido com lâminas de ortoceratina, anexos de glândulas salivares e cutâneos, compatível com o diagnóstico de Cisto Dermóide.

UNITERMOS: cisto dermóide, cisto, patologia bucal. odontogênicos.

ABSTRACT

This paper is a surgery case as a Dermoid cyst report in the buccal region, a unusual site to this lesion who had been present for 10 years with progressive enlargement, in a 24-year-old-black-male. The patient was admitted in our dental clinic complaining of esthetics and no pain was observed. The histological study revealed a cavity covered by keratinizing pseudo-stratified epithelium, the lumen was filled with orto-keratin squames. Salivary glands and cutaneous adnexal which was consistent with a diagnosis of dermoid cyst.

UNITERMS: dermoid cyst, cyst, oral pathology.

INTRODUÇÃO

O cisto dermóide é uma forma de teratoma cístico derivado principalmente do epitélio germinativo embrionário, mas que, em alguns casos também contém estruturas de outras camadas germinativas (SHAFER, 1983). New, Erich (1937), relataram 103 casos na região de cabeça e pescoço e observaram que as localizações mais comuns eram o assoalho de boca e as áreas submandibular e sublingual.

Quanto à etiologia, autores relatam que este cisto deriva do aprisionamento de epitélio no fechamento

dos arcos branquiais.

Este trabalho tem como objetivo informar os aspectos clínicos e histopatológicos do cisto dermóide, bem como relatar um caso clínico, interessante pela sua localização topográfica relativamente incomum.

REVISTA DE LITERATURA

Por vezes, alguma confusão é feita entre os cistos dermóide e epidermóide, dado a sua semelhança clínica e histopatológica. A este respeito, Shear (1999)

*Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP; Professor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE

**Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; Professor e Coordenador da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE.

***Alunos do curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE.

esclarece: "os cistos dermóides são revestidos por epitélio da epiderme, apresentando anexos cutâneos em sua parede fibrosa. Os epidermóides, por sua vez, são revestidos pelo epitélio da epiderme, contudo não possuem anexos cutâneos em sua parede, sendo portanto duas entidades distintas". Sewerin, Praetorius (1974) chamam a atenção para à importância de cortes seriados para a diferenciação entre cistos epidermóides e dermóides, já que quando o patologista lança mão de poucos cortes pode pegar para o estudo áreas não representativas de toda a lesão, como por exemplo áreas que não contenham os anexos cutâneos que por ventura estejam presentes, causando a erro no diagnóstico.

Uma descrição desses cistos foi feita por Meyer (1955) e Seward (1965). Eles identificaram 1.495 cistos dermóides diagnosticados na população adulta, num período de 25 anos. Destes, 24 (1,6%) ocorreram no assoalho da boca. Apesar de seu aparecimento ocorrer, algumas vezes, já no nascimento ou em idosos, a maioria acontece entre as idades de 15 e 35 anos, igualmente distribuídas entre homens e mulheres (YOSHINUDA et al., 1970; YESCHUA et al., 1977).

Seward (1965) sugeriu, de forma não muito segura, que o local mais provável para a origem do cisto dermóide no assoalho de boca está anteriormente entre as projeções dos arcos mandibulares para a língua. A respeito do cisto dermóide lateral, ele acredita que sua localização anatômica indica sua origem no final da face ventral da primeira bolsa faríngea ou do extremo ventral da primeira fenda branquial. O problema dessa postulação é que isso implica uma derivação endodérmica; o que não é compatível com as estruturas que contêm anexos da pele, visto que outros folhetos embrionários não estariam envolvidos na gênese desse cisto.

Para Shear (1999), esses cistos são provavelmente derivados de restos epiteliais retidos na linha média

durante o fechamento dos arcos branquiais mandibular e hióideo, já que algumas destas células são blastômeros totipotentes, pode-se compreender a existência de estruturas não epiteliais.

Ambos os cistos dermóide e epidermóide, são revestidos por epitélio queratinizado. Alguns casos podem apresentar áreas de epitélio pseudo-estratificado colunar ciliado, mas os cistos no assoalho da boca, revestidos por epitélio secretor, provavelmente, têm origem a partir de ductos salivares (SADEGHI, BELL, 1980). Os cistos dermóides são caracterizados pela presença de um ou mais anexos cutâneos, tais como folículos pilosos, glândulas sudoríparas e glândulas sebáceas. Os pêlos são raramente encontrados. O lúmen é quase sempre preenchido por queratina.

Numa série de 231 casos em crianças, ao redor de $\frac{3}{4}$ estavam localizados acima dos ombros (POLLARD et al., 1976). As regiões orbital e peri-orbital foram as regiões do corpo mais freqüentemente envolvidas, com 87 casos (37%).

Bloom et al. (2002) descrevem um interessante caso de Cisto Dermóide em um neonatal, presente no assoalho de boca e se estendendo até a linha média do pescoço, para o qual a conduta escolhida foi a remoção cirúrgica.

Matheus et al. (2001) relatam um caso de Cisto Dermóide em assoalho de boca, assim como Santos-Briz et al. (2000) e Alessandrini et al. (2001).

Muitos cistos dermóides do assoalho de boca ocorrem na linha média e são referidos como dermóides medianos. Eles produzem tumefação do assoalho de boca e no pescoço. Os cistos dermóides laterais são muito raros. A tumefação intrabucal provoca elevação da língua, dificuldade de fala, mastigação e deglutição; já a tumefação no pescoço dá ao paciente uma aparência de queixo duplo. Os cistos dermóides laterais em geral produzem uma tumefação menor que os medianos, cistos desta natureza tendem a ser pequenos na infância e a

aumentar durante a adolescência (SHEAR, 1999). De acordo com Regezi, Sciubba (1999) estes cistos são pouco dolorosos e de baixo crescimento. As lesões são geralmente menores que 2 cm em diâmetro no entanto, exemplos extremos podem ser de 8 a 12 cm.

O tratamento se dá pela excisão cirúrgica. Seward (1965) chamou atenção para que esses cistos, mesmo quando extensos, devem ser abordados intra-bucal. A evacuação parcial do seu conteúdo, quando muito grande, pode facilitar sua remoção. Issa, Davies (1971) relataram um excepcional exemplo de cisto dermóide na coronóide da mandíbula, em uma mulher de 26 anos. Craig et al. (1980) relataram um outro cisto dermóide intra-ósseo na linha média da mandíbula, em um homem de 28 anos, concluindo que o cisto dermóide intra-ósseo deve ser considerado diagnóstico diferencial de lesões císticas na linha média da mandíbula.

Meyer (1955) chama a atenção para algumas entidades que podem se assemelhar clinicamente a um cisto dermóide: rânula, bloqueio uni ou bi-lateral dos ductos de Wharton, cisto do trato tireoglossal, higroma cístico, cisto da fenda branquial, infecção ou celulite aguda do assoalho de boca, infecção das glândulas submandibular e sublingual, tumores benignos e malignos do assoalho da boca e das glândulas salivares adjacentes e massa de gordura normal na área submentoniana. Louis et al. (2002) citam que uma completa história, seguida por exame detalhado da cabeça e pescoço, geralmente limitam o diagnóstico diferencial, e a imagem radiográfica pode prover ao cirurgião as respostas para as possíveis causas.

Komiyama et al. (2002) descrevem um caso de Cisto Dermóide em um homem de 28 anos de idade que tinha como queixa principal dor na região molar. O exame radiográfico revelou absorção difusa na área (molar mandibular D), sendo a remoção da lesão intra-óssea efetuada. O laudo histopatológico

confirmou o diagnóstico de Cisto Dermóide e os autores sugeriram que essa localização incomum foi resultado da migração do epitélio embrionário.

RELATO DO CASO

Paciente C.F.P., gênero masculino, 24 anos de idade, melanoderma, residente na cidade do Recife, procurou o serviço de Traumatologia e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, queixando-se de um aumento de volume na região do músculo bucinador do lado esquerdo da face.

Durante a anamnese, o paciente relatou que a lesão o acompanhava desde os 10 anos de idade (em menor tamanho), tendo ido ao serviço motivado por razões estéticas, já que o processo era indolor até aquele momento. Negou etilismo, tabagismo e qualquer alteração sistêmica.

No exame físico extrabucal, observamos aumento de volume na região do músculo bucinador "E", de contorno arredondado, de aproximadamente (1x1x1cm), mostrando-se de consistência borrachóide à palpação bidigital (Fig.1).

Através do exame físico intrabucal, pequeno aumento de volume foi notado na altura da saída do conduto de Stensen, o que nos alertou para a possibilidade de lesão daquela estrutura durante o ato operatório.

Após punção aspirativa negativa, foram levantadas algumas hipóteses diagnósticas, entre elas, a de Cisto Dermóide.

A biópsia excisional foi realizada no bloco cirúrgico do serviço, sob anestesia local, através de incisão linear intra-bucal (Fig. 2) por meio da qual conseguiu-se isolar o ducto de Stensen e remover a lesão em sua totalidade, após extensa dissecação do músculo bucinador.

Após a identificação da cápsula cística (Fig. 3), realizou-se uma incisão nesta mesma para esvaziamento do seu conteúdo o que facilitou,

sobremaneira, a remoção de toda a lesão (Fig. 4). Com a incisão, houve extravasamento do conteúdo de cor acinzentada, friável, borrachóide e extremamente fétido, bem como a presença de anexo cutâneo (pêlo). Depois da excisão de toda a lesão, observamos a conservação da bola de Bichat e do ducto de Stensen (Fig. 5 e 6). Limpeza com soro fisiológico 0,9% foi realizada na loja cística (Fig. 7) e, fechamento por planos efetuado (Fig 8).

O paciente foi medicado com paracetamol 750mg e diclofenaco sódico 50mg (ambos via oral). Além disso, foi orientado para realizar crioterapia local nas primeiras 48 horas.

O material colhido foi encaminhado ao serviço de Patologia da Faculdade onde a hipótese diagnóstica de Cisto Dermóide foi confirmada.

Discreto edema na hemi-face esquerda estava presente após sete dias de pós-operatório, sendo essa a única queixa do paciente. No décimo dia esse edema já era inexistente.

O paciente encontra-se em proervação e, cinco meses após a cirurgia, nenhuma alteração da função glandular foi notada.



Figura 1- Aspecto clínico.



Figura 2 - Incisão intra-bucal.



Figura 3 - Visualização da cápsula cística.

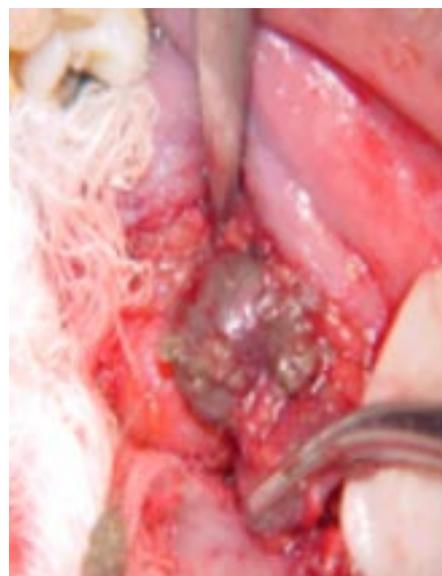


Figura 4 - Esvaziamento do conteúdo cístico.



Figura 5 - Aspecto anatômico (bola de Bichat).



Figura 8 - Sutura final



Figura 6 - Aspecto anatômico (ducto de Stensen).



Figura 7 - Loja cirúrgica após limpeza.

CONCLUSÕES

Ao fim da nossa revisão, chegamos a algumas conclusões a respeito do Cisto Dermóide:

- As características clínicas e histopatológicas do Cisto Dermóide podem levar a erros no seu diagnóstico, principalmente quando se considera o Cisto Epidermóide como diagnóstico diferencial. Há consenso na literatura que se tratam de duas entidades distintas.

- A localização do Cisto Dermóide, como relatada por nós nesse artigo, é incomum.

- O seu tratamento é bem estabelecido na literatura, sendo improvável a sua recidiva após biópsia excisional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ALESSANDRINI et al.: Dermoid cyst of the mouth: case report. *Acta Otorhinolaryngol. Ital.*, v. 5, p. 316-319, 2001.
- 2 - BLOOM et al.: Neonatal dermoid cyst of the floor of the mouth extending to the midline neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*, v. 1, p. 68-70, 2002.
- 3 - CRAIG et al.: Dermoid cyst of the mandibula. *Br. Dent. J.*, v. 141, p. 9-14, 1976.
- 4 - ISSA M.A., DAVIES J.B.: Dermoid cyst of the jaw. *Br. Dent. J.*, v. 131, p. 543-546, 1971.

- 5 - KOMIYAMA et al.: Uncommon dermoide cyst presented in the mandible possible originating from embryonic epithelial. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 31, p. 184-187, 2002.
- 6 - LOUIS et al.: Lesion of the floor of the mouth. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 60, p. 804-807, 2002.
- 7 - MATHEWS et al.: True lateral dermoid cyst of the floor of the mouth. **J. Laryngol Otol.**, v. 4, p. 333-335, 2001.
- 8 - MEYER 1. Dermoid cysts of the floor of the mouth. **Oral Surg.**, v. 8, p. 1149-1164, 1955.
- 9 - NEW, E.B.; ERICH, J.B.: Dermoid cysts of de head and neck. **Surg. Gynecol. Obstet.**, 65:48, 1937.
- 10 - POLLARD et al.: Dermoid cysts in children. **Pediatrics**, v. 57, p. 379-382, 1976.
- 11 - REGEZI, J.A., SCIUBBA, J.J. **Oral Pathology: clinical Pathologic Correlations**, 3rd ed. Philadelphia, Saunders Company, 1999.
- 12 - SADEGHI, E.M., BELL W.A.: developmental cyst of floor of mouth: soft tissue variety of median mandibular cyst. **J. Oral Surg.**, v. 38, p. 841-843, 1980.
- 13 - SANTOS-BRIZ et al.: .Liesegang rings in a dermoid cyst of the floor of the mouth. **Report of a case with a cytologic findings.**, v. 6, p. 1062-1065, 2000.
- 14 - SEWARD, G.R.: Dermoid cysts of the floor of the mouth. **Br. J. Oral Surg.**, v. 3, p. 36-47, 1965.
- 15 - SEWRIN, I., PRAETORIUS, F.: Keratin-failed pseudo-cysts of ducts of sebaceous glands of the vermilion border of the lip. **J. Oral Pathol.**, v. 3, p. 279-283, 1974.
- 15 - SHAFER, W.G., et al. **Tratado de patologia bucal**, 4a ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1987.
- 16 - SHEAR, M. **Cistos da região buco-maxilo-facial**, 3a ed., São Paulo, Santos, 1999.
- 17 - YESCHUA et al.: Dermoid cyst of the floor of the mouth in an infant. **J. Max-Fac. Surg.**, v. 5, p. 211-213, 1977.
- 18 - YOSHIMURA et al.: Congenital dermoid cysts of the sublingual region. Report of the case. **J. Oral Surg.**, v. 28, p. 366-370, 1970.