

Cisto Dermóide: Relato de Caso Clínico

Dermoid Cyst: a Case Report

*Fabiola Vasconcelos de Souza*¹

*Renato Luiz Maia Nogueira*²

*Eveline Turatti*³

*José Maria Sampaio Menezes Júnior*⁴

*Marcos Rabelo de Freitas*⁵

Recebido em 10/05/2007

Aprovado em 16/07/2007

RESUMO

Os cistos dermóides são lesões congênitas de desenvolvimento, raras, principalmente na cavidade oral, podendo localizar-se na linha média do soalho bucal ou lateralmente a ela. Apresentam um crescimento lento e indolor. Essas características podem retardar a procura dos pacientes por tratamento e fazer com que as lesões se apresentem bastante volumosas no momento do diagnóstico.

O objetivo deste artigo é relatar um caso clínico de cisto dermóide localizado no soalho lingual, que, por apresentar-se com um grande volume (evolução de 17 anos), produzia prejuízos funcionais ao paciente.

Descritores: Cisto dermóide; Soalho lingual; Cisto.

ABSTRACT

Dermoid cysts are rare congenital development lesions, especially in the oral cavity, that can occur in the midline of the floor of the mouth or laterally. Their progression is slow and painless. These characteristic features may result in a delay in the patient seeking medical treatment, causing the lesion to be quite bulky at the time of diagnosis. This paper presents a case report of a dermoid cyst located in the floor of the mouth that, because of its large size (17 years of progression), caused functional damage to the patient.

Descriptors: Dermoid cyst; floor of the mouth; cyst.

INTRODUÇÃO

Os cistos dermóides são lesões de desenvolvimento, que surgem de uma possível falha na separação da superfície do ectoderma de suas estruturas subjacentes². Têm sido descritos como cistos que contêm estruturas anexas da pele, tais como: glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos. Apesar de raros, estão bem documentados na literatura e são classificados como: epidermóide

(revestido de epitélio escamoso simples sem anexos cutâneos), dermóide (revestido de epitélio, contendo anexos cutâneos no tecido conectivo subjacente) e teratóide (revestido por epitélio, contendo elementos epiteliais, mesodermiais ou endodermiais, tais como: músculo, vasos sanguíneos, fibras colágenas e tecido respiratório ou gastrointestinal)². Os epidermóides são os mais freqüentemente encontrados, seguidos dos

1. Residente (R3) da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Batista Memorial.

2. Professor de CTBMF da FFOE - UFC, Coordenador da Residência em CTBMF do HBM e Doutorando em Cirurgia pela UFC.

3. Professora Adjunta da Universidade de Fortaleza e Doutora em Odontologia – área de concentração Patologia Bucal.

4. Prospector da Residência em CTBMF do HBM, Doutorando pela Universidade de Barcelona.

5. Prof. Assist. e Chefe da Residência Médica em Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Walter Cantídio – Faculdade de Medicina – UFC, Doutorando em Cirurgia pela UFC.

dermóides e, por último, dos teratóides⁴, embora a existência da variante teratóide seja duvidosa¹⁰.

Esses cistos acometem, principalmente, a região sacral e os ovários (80%)⁸, entretanto podem apresentar-se na região da cabeça e do pescoço com uma baixa frequência (6.9%)^{7,10}. Essa frequência é ainda mais baixa, quando revisamos, especificamente, a cavidade oral (23% dos 6.9%)². Quanto a sua localização nesta cavidade observamos que se apresentam com mais frequência na linha média do soalho bucal que na região sublingual (1,4% a 1,6% de todos os cistos dermóides)¹³. É importante ressaltar que esses cistos representam somente 0,01% de todos os demais cistos da cavidade oral.

Ocorrem, em sua maioria, em adultos jovens e não demonstram predileção por sexo¹. Apresentam-se na cavidade oral, geralmente na linha média, acima ou abaixo dos músculos genio-hióide e milo-hióide^{1,2}. Provocam um aumento de volume de crescimento lento e assintomático, podendo causar deslocamento da língua e acarretar dificuldade de fonação, deglutição, ou até dificuldade respiratória^{1,7}. As localizações lateral e intralingual são raras, embora existam relatos na literatura². A localização entre pele e músculo milo-hióide provoca aparência de "queixo duplo", e quando a localização é lateral, ele cresce para baixo e, através do osso hióide, desloca o soalho bucal e empurrando a língua para o lado oposto⁷. Segundo alguns autores, a localização lateral se deve à mudança de posição do cisto da linha média durante sua expansão, estendendo-se para o pescoço, através de um "gap" no músculo milo-hióide¹⁰. O tratamento de eleição, até hoje, é a excisão cirúrgica⁷.

Sua hipótese etiológica não está totalmente estabelecida e pode amparar-se numa teoria congênita ou adquirida. A congênita defende que esses cistos surgem durante o período de fusão dos arcos branquiais, e a presença de estruturas não epiteliais neste cisto é atribuída ao aprisionamento de blastômeros totipotentes na linha média, durante o fechamento do 1º e 2º arcos branquiais^{7,11}. Segundo Demello et al., 1987 os cistos

dermóides localizados na linha média do pescoço podem ser uma variante do cisto do ducto tireoglosso com elementos ectodérmicos predominantes⁶. Já a teoria adquirida defende que o cisto advém de uma injúria prévia, que conduz células epiteliais para dentro da derme¹¹ ou por oclusão traumática dos folículos pilosos ou das glândulas sebáceas¹.

Este trabalho relata um caso clínico de um cisto dermóide de grandes proporções localizado no soalho bucal, que foi tratado através de excisão cirúrgica com acesso intra-oral e dissecação romba digital.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Um adulto jovem de 21 anos de idade, gênero masculino, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Batista Memorial de Fortaleza, tendo como queixa principal uma tumefação de coloração normal, de aspecto circunscrito e resistente à palpação presente no soalho lingual. A lesão apresentava 17 anos de evolução, estando presente desde os 04 anos de idade (SIC). Devido à sua grande proporção, estava causando dislalia e disfagia. (Fig.1). Não se observou tumefação submentoniana (Fig.2). As principais hipóteses diagnósticas clínicas foram a de cisto dermóide e a de cisto do ducto tireoglosso.



Fig.1- Aspecto clínico pré-operatório, mostrando tumefação de aspecto circunscrito no soalho lingual com coloração de mucosa normal e resistente à palpação.



Fig.2 – Aspecto clínico pré-operatório extra-oral, no qual não se observa a presença de tumefação submentoniana

O tratamento proposto e instituído foi a enucleação cirúrgica realizada sob anestesia geral, com intubação nasal e acesso intra-oral. Antes do início do ato cirúrgico propriamente dito, foi realizada uma punção aspirativa que revelou a presença de material de consistência sebácea e coloração esbranquiçada.

A incisão foi realizada em soalho bucal circundando a lesão cística, seguida de dissecação romba digital para desinserção da lesão da musculatura subjacente (Figs.3 e 4). Após a dissecação e remoção da lesão sem rompimento de sua cápsula, realizou-se uma sutura com fio reabsorvível. Observou-se, então, o desaparecimento da tumefação, e a língua retornou à sua posição normal.



Fig.3 – Incisão no soalho bucal, circundando a lesão cística na base da língua e dissecação romba digital para desinserção da lesão



Fig.4- Pedúnculo cístico inserido na musculatura subjacente.

Macroscopicamente, observou-se uma lesão circunscrita de aspecto cístico que media aproximadamente 05cm de diâmetro, demonstrava uma coloração amarelada e apresentava uma cápsula cística que continha queratina em seu interior. (Fig.5)



Fig.5 – Aspecto macroscópico da lesão após fixação com formol a 10%, mostrando cápsula cística contendo queratina no lúmen.

O exame microscópico revelou que a cápsula cística era revestida de um epitélio escamoso pavimentoso estratificado ortoceratinizado. Em áreas específicas da cápsula, havia a presença de numerosas glândulas sebáceas e pequenas formações de folículos pilosos, tendo, no lúmen, grande quantidade de ceratina. (Figs. 6 e 7)

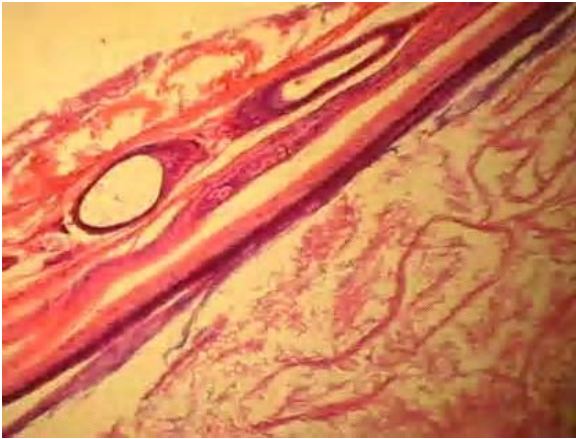


Fig. 6 – Aspecto microscópico mostrando cápsula cística constituída por epitélio escamoso, contendo folículos pilosos e glândulas sebáceas.

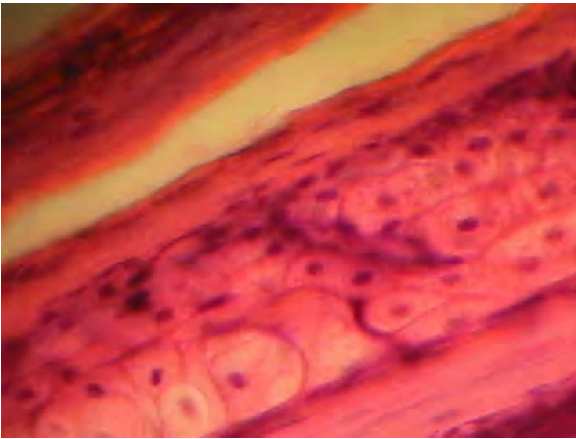


Fig.7 – Glândulas sebáceas presentes na cápsula cística.

Após um ano e quatro meses de preservação, o paciente apresentava uma cicatrização perfeita, inserção da língua em sua posição normal e sem as queixas de dislalia e de disfagia.

DISCUSSÃO

Cistos dermóides são lesões que ocorrem majoritariamente em adultos jovens e não demonstram predileção por sexo ^{1,10}. Entretanto, Tuz et al., 2003, acreditavam existir alguma correlação entre as mudanças hormonais (puberdade, gravidez) e o rápido crescimento de cistos dermóides ¹³. Seah et al., 2004, também relataram que o repentino aumento no tamanho destes cistos poderia ser devido ao início da puberdade, período este que apresenta um aumento

na secreção de sebo pelas glândulas sebáceas ¹². Em concordância com a literatura, nosso trabalho relata uma lesão em um adulto jovem do gênero masculino.

Segundo Eppley et al., 1985, a localização entre os músculos gênio-hióide e milo-hióide ou diretamente abaixo da língua causa tumefação intra-oral e, quando cresce, empurra a língua para cima ou para baixo, podendo causar dificuldade de deglutição, fonação e algumas vezes de respiração ⁷. Em nosso caso clínico, não houve a aparência de queixo duplo, mas, uma tumefação intra-oral com deslocamento da língua para cima, causando dislalia e disfagia.

Em nosso relato, a lesão apresentou uma evolução lenta, assintomática de consistência borrachóide ou de "massa de farinha", exibindo depressão à aplicação de pressão. A lesão teve essa consistência, provavelmente, devido à queratina contida no lúmen. Tais características foram descritas por Akao et al., 2003, nas quais ressaltam que, devido a esse quadro clínico anódino, essa afecção pode vir a atingir grandes proporções². Sua transformação maligna é rara ^{2,7}.

Além do diagnóstico clínico de cisto dermóide, foi também considerado como diagnóstico diferencial o cisto do ducto tireoglossso. Entretanto, na literatura estão descritas outras lesões, como: rânula, obstrução do ducto de Wharton, higroma cístico, cisto da fenda branquial (também chamado cisto linfoepitelial cervical) ⁹, sialolitíase das glândulas submandibular e sublingual, tumores benignos do soalho (lipoma, fibroma, linfangioma), tumores malignos e massa de gordura normal na região submental, assim como infecções nesta região ^{4,12}.

Segundo Acree et al., 1999, a dor pode estar presente, quando houver pressão exercida pela lesão sobre o nervo lingual ou sobre-infecção do cisto, podendo haver drenagem intra ou extra-oral ¹. Segundo Seah et al., 2004, tal infecção pode ocorrer devido ao bloqueio das glândulas salivares envolvidas no cisto ou à implantação de bactérias no cisto, através de trauma. Relata, também, que nesses casos pode ocorrer febre, dor, trismo, disfagia, odinofagia e linfadenopatia

cervical¹². Em nosso relato, muito embora a lesão demonstrasse um grande período de evolução, ela jamais gerou tal sintomatologia e não houve transformação maligna em 17 anos de evolução.

O tratamento proposto por exérese cirúrgica seguiu o que está majoritariamente descrito na literatura^{2,12}.

O acesso poderia ser intra e/ou extra-oral, dependendo do tamanho e da localização do cisto^{2,9}. No nosso caso, realizamos o tratamento cirúrgico via intra-oral. Alguns autores relatam que o acesso intra-oral não permite a obtenção de um campo operatório bem controlado, especialmente em cistos grandes. Porém, Brusati et al., 1991, defendem o acesso intra-oral com incisão translingual estendida na linha média (como a utilizada para remoção de tumores e como acesso às estruturas da coluna cervical). Segundo eles, provê um bom acesso e não causa danos à motilidade da língua, nem às estruturas anatômicas adjacentes, tais como os ductos submandibulares⁵. Seah et al., 2004, relatam que a utilização de uma sonda lacrimal, para canalizar os ductos das glândulas salivares, ajuda a prevenir injúrias a estes¹².

Brusati et al., 1991, também relatam, que, em grandes cistos, a remoção pode ser facilitada pelo esvaziamento parcial dos seus componentes ou por marsupialização deste, sendo a última usada quando não é possível o completo isolamento da parede cística⁵. A dissecação romba por nós executada é recomendada e pode ser realizada com as extremidades dos dedos, como descrita por Akao et al., 2003². A recidiva, após a completa excisão, é rara⁷, mas pode ocorrer se não houver a remoção do pedúnculo cístico, que pode estar aderido ao músculo gênio-hióide, osso hióide ou à mandíbula^{5,7}.

Ao exame histopatológico, observou-se que este cisto era revestido de um epitélio escamoso estratificado ortoceratinizado contendo ceratina no seu interior. Anexos cutâneos são vistos na parede cística^{3,9}. Seah et al., 2004 relatam que o cisto pode conter, além da queratina, material sebáceo, pêlos,

unhas, glóbulos de gordura e cartilagem no seu lúmen¹².

Observou-se, através da revisão de literatura realizada, que os cistos dermóides, apesar de serem lesões raras, são muito bem documentados na literatura, tanto no que diz respeito ao seu diagnóstico como no que diz respeito ao seu tratamento. Ademais, percebemos que o tratamento desta lesão não demanda de grande acurácia técnica nem tão pouco meios caros para sua realização, e que, se for bem realizado, a recidiva é incomum. Assim, cremos que é de extrema importância uma boa anamnese e um apurado exame clínico para obtenção de um diagnóstico correto.

REFERÊNCIAS

- Acree T, Abreo F, Smith BR, Bagby J, Heard JS. Diagnosis of dermoid cyst of the floor of the mouth by fine-needle aspiration cytology: a case report. **Diagnostic Cytopathology** 1999;20:78-81.
- Akao I, Nobukiyo S, Kobayashi T, Kikuchi H, Koizuka I. A case of large dermoid cyst in the floor of the mouth. **Auris Nasus Larynx** 2003;30:137-139.
- Ariyoshi Y, Shimahara M. Magnetic Resonance Imaging of a submental Dermoid Cyst: report of a case. **J Oral Maxillofac Surg** 2003;61:507-510
- Bonilla JA, Szeremeta W, Yellon RF, Nazif MM. Teratoid cyst of the floor of the mouth. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology** 1996;38:71-75
- Brusati R, Galioto S, Tullio A, Moscato G. The midline sagittal glossotomy for treatment of dermoid cysts of the mouth floor. **J Oral Maxillofacial Surg** 1991; 49: 875-878.
- deMello DE, Lima JA, Liapis H. Midline cervical cyst in children: Thyroglossal anomalies. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 1987;113:418-420

Eppley BL, Bell MJ, Sclaroff A. Simultaneous Occurrence of dermoid and heterotopic intestinal cysts in the floor of the mouth of a newborn. **J Oral Maxillofacial Surg** 1985;43:880-883.

Fuchshuber S, Grevers G, Issing WJ. Dermoid cyst of the floor of the mouth: a case report. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 2002;259:60-62.

Louis PJ, Hudson C, Reddi S. Lesion of floor the mouth. **J Oral Maxillofac Surg** 2002;60:804-807.

Mandel L, Surattanont F. Lateral Dermoid Cyst. **J Oral Maxillofac Surg** 2005; 63:137-140.

Obiechina AE, Arotiba JT, Ogunbiyi JO. Coexisting congenital sublingual dermoid and bronchogenic cyst. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery** 1999; 37: 58-60.

Seah TE, Sufyan W, Singh B. Case Report of a dermoid cyst at the floor of the mouth. **Ann Acad Med Singapore** 2004; 33(Suppl):77s-79s.

Tuz M, Dogru H, Uygur K, Baykal B. Rapidly growing sublingual dermoid cyst throughout pregnancy. **Am J Otolaryngol** 2003; 24: 334-337.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fabíola Vasconcelos de Souza

Rua Juvenal de Carvalho, 1068 – Bairro de Fátima

Fortaleza- Ceará – CEP:60050-220

e-mail:biolavs@yahoo.com.br

CONTACTO: (85) 32274635 / 96110699 / 34940597

(FAX)