

# Cisto dermoide em assoalho bucal: 2 casos clínicos

## *Dermoid cyst in floor of the mouth: 2 case reports*

Júlio César Silva de Oliveira<sup>I</sup> | Willian Caetano Rodrigues<sup>II</sup> | Idelmo Rangel Garcia Júnior<sup>III</sup> | Luís Raimundo Serra Rabêlo<sup>IV</sup> | Eider Guimarães Bastos<sup>V</sup>

### RESUMO

Cisto dermoide do assoalho bucal é uma lesão incomum, que se apresenta como uma massa solitária, indolor, sem história de febre ou drenagem, geralmente na linha média e comumente na camada superior ao nível do espaço milohioideo. Neste trabalho, os autores descrevem dois pacientes com a mesma apresentação clínica: uma grande massa no assoalho bucal que não regredia, resultando em disfagia e dispneia. O tratamento realizado em ambos foi a remoção cirúrgica completa por meio de uma incisão na superfície ventral da língua.

**Descritores:** cisto dermoide, soalho bucal, neoplasma.

### ABSTRACT

Dermoid cyst of the floor of the mouth is an uncommon lesion that presents as a solitary mass, painless, with no history of fever or drainage, usually in the midline, and commonly in the upper level space mylohyoid. In this paper, the authors describe two patients with the same clinical presentation: a large mass in the floor of the mouth that does not regress, resulting in dysphagia and dyspnea. The treatment was carried out in both complete surgical removal through an incision in the ventral surface of the tongue.

**Descriptors:** dermoid cyst; mouth floor, neoplasm

### INTRODUÇÃO

O cisto dermoide é uma lesão incomum na cabeça e no pescoço, com apenas 6,9%, apresentando-se nessas regiões<sup>1, 2</sup>. Essa entidade tem sido descrita como um cisto de desenvolvimento que contém anexos da derme como glândulas sudoríparas e sebáceas, folículos pilosos revestidos por epitélio escamoso estratificado<sup>3</sup>. Cisto dermoide pode ser dividido em três subgrupos: (1) cisto

epidermoide (simples), que é mais comum, não contendo anexos da pele; (2) cisto dermoide (composto), segundo mais comum contendo folículos sebáceos e sudoríferos; (3) teratoma (complexo), mais incomum por apresentar elementos epiteliais e não epiteliais<sup>1, 4-6</sup>.

Neste trabalho, os autores apresentam dois casos clínicos de cisto dermoide, localizados no assoalho da cavidade bucal, com mesma apresen-

I. Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.

II. Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.

III. Professor Adjunto do Depto. Cirurgia e Clínica Integrada, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.

IV. Professor Adjunto do Depto. de Odontologia II, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, UFMA.

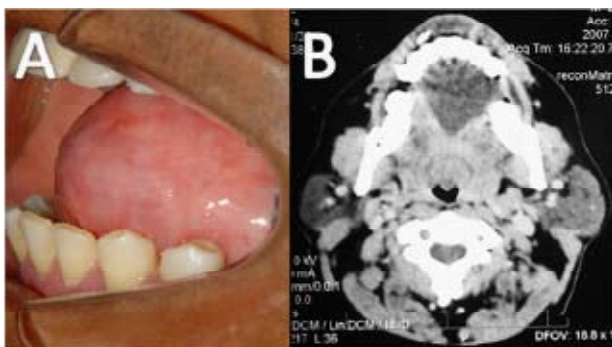
V. Professor Adjunto do Depto. de Odontologia II, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, UFMA.

tação clínica. Em ambos os casos, a lesão já estava causando desconforto respiratório progressivo em virtude da projeção posterior da língua em direção à orofaringe e dificuldade mastigatória, provenientes da grande extensão da lesão.

## RELATOS DE CASOS

### Caso 1

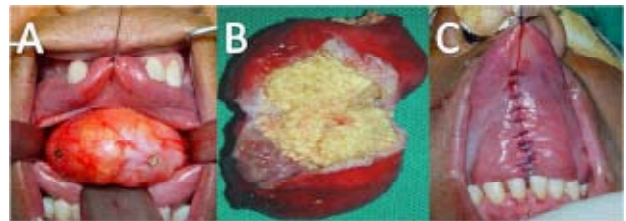
Paciente, gênero masculino, 43 anos de idade, melanoderma procurou o Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Presidente Dutra – HUUFMA com queixas de aumento de volume na região sublingual há 8 meses que dificultava os movimentos mastigatórios e respiratórios. Ao exame clínico, observou-se uma massa de tamanho considerável, de consistência macia e “borrachóide”, com a mucosa apresentando coloração normal e sem queixas álgicas (Figura 1A). O paciente não relatava febre ou qualquer via de drenagem, envolvimento traumático nem linfadenopatia cervical. A produção de saliva das glândulas submandibulares apresentava-se normal. Na tomografia computadorizada, confirmou-se uma imagem hipodensa, extensa, medindo aproximadamente 3 x 2,5 x 3 cm de tamanho (Figura 1B), evidenciando a diminuição das vias aéreas superiores.



**Figura 1** - A: Vista lateral intrabucal da lesão durante exame clínico; B: Imagem tomográfica, corte axial, evidenciando a diminuição das vias aéreas.

Após anestesia nasotraqueal, realizou-se uma incisão intrabucal realizada com lâmina 15 na su-

perfície ventral lingual (Figura 2A), procedendo-se, em seguida, a um cuidadoso deslocamento que facilmente expôs a cápsula. Posteriormente, toda a lesão foi removida (Figura 2B) e procedeu-se à sutura com pontos simples e fio reabsorvível poliglactina 910 (Figura 2C). Paciente segue em acompanhamento há 5 anos, sem indícios de recidiva.

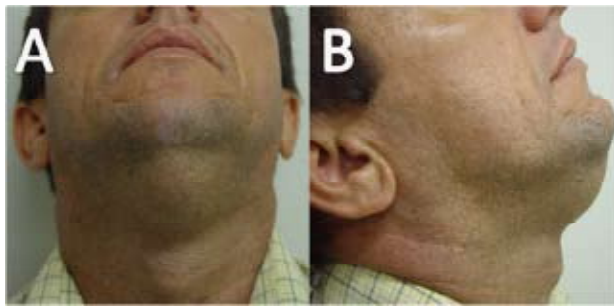


**Figura 2** - A: Vista frontal intrabucal do cisto dermoide durante o transoperatório; B: Imagem macroscópica da lesão após remoção; C: Sutura ventral lingual.

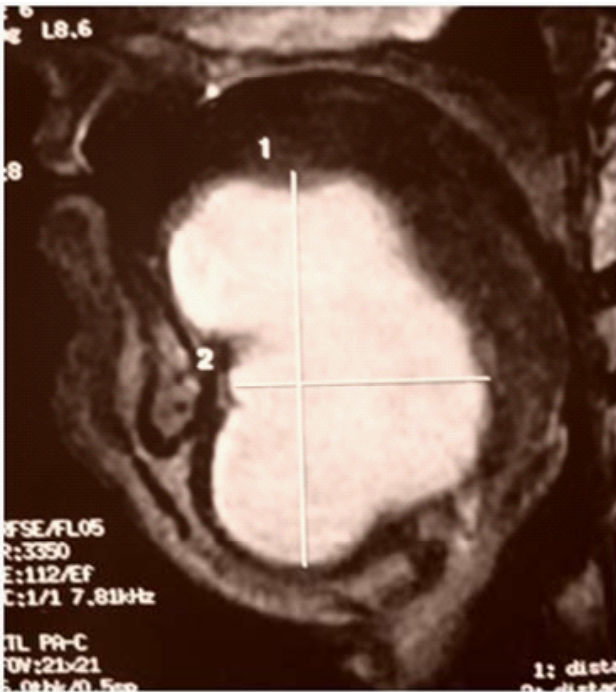
### Caso 2

Paciente, gênero masculino, 45 anos de idade, pardo apresentou-se à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, com assimetria facial provocada por uma tumefação localizada na região de assoalho bucal (Figura 3A, B). O paciente queixava-se de disfagia e dificuldades respiratórias, principalmente quando se encontrava em posição supina. A lesão era mole à palpação com consistência “borrachoide”, e período de evolução de 1 ano e 2 meses. Não havia história de febre ou drenagem, envolvimento traumático nem linfadenopatia cervical. A compressão externa da região das glândulas submandibulares produzia saliva de aparência normal dos orifícios do ducto de Wharton. Na imagem da ressonância nuclear magnética, observa-se uma massa sob o nível superior do músculo milohioideo (Figura 4).

Com o paciente em decúbito dorsal e intubação nasotraqueal e por meio de uma incisão retilínea na região ventral da língua, realizou-se o acesso, e em seguida, o descolamento para a exposição de toda a lesão. Após a exérese, procedeu-se à sutura com fio poliglactina 910.

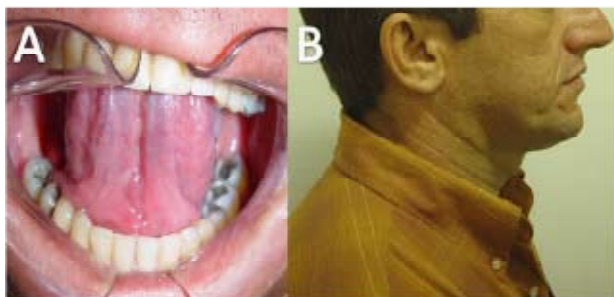


**Figura 3-** A: Vista ínfero-superior facial; B: Vista lateral facial. Ambas mostram o aumento de volume resultante da extensão da lesão.



**Figura 4:** Imagem da ressonância magnética nuclear, corte sagital, mostrando uma extensa lesão hipodensa sublingual.

Esse paciente segue em retornos anuais há 4 anos (Figura 5A, B), clínico e radiograficamente dentro dos padrões de normalidade.



**Figura 5-** A: Vista frontal intrabucal. Vista lateral facial. Ambas no pós-operatório de 4 anos, após a remoção da lesão.

Em ambos os casos, no exame histopatológico, mostrou-se um epitélio escamoso, apêndices das estruturas de pele e anexos de glândulas sebáceas, encapsuladas, compatíveis com cisto dermoide.

## DISCUSSÃO

Cisto dermoide é uma entidade patológica, classificada como cisto de desenvolvimento, que ocorre, principalmente, nos órgãos genitais (ovários e testículos)<sup>5</sup>. Essa lesão é mais frequentemente manifestada entre a segunda e a sexta década de vida, embora casos de pacientes mais jovens e idosos já tenham sido relatados<sup>1</sup>. Portanto é uma lesão incomum na cabeça e no pescoço, com apenas 6,9% de cistos dermoides apresentando-se nessas regiões<sup>3</sup>. Jain et al. 2012 relataram um caso de uma paciente de 17 anos de idade com um grande cisto dermoide no assoalho bucal com crescimento progressivo.

A grande maioria dos cistos dermoides do assoalho bucal está localizada na linha média (52% sublingual e 26% submentoniano); 16% envolvem mais do que um dos três possíveis espaços no assoalho bucal (submentoniano, sublingual, submandibular) e 6% estão situados exclusivamente no espaço submandibular, ou seja, parecem ser cistos laterais do pescoço<sup>6</sup>. Portanto, os casos apresentados estão em conformidade com a literatura, com a apresentação clínica na linha média e localização sublingual.

Clinicamente, tumores, processos infecciosos e de desenvolvimento, além da obstrução salivar, são o diagnóstico diferencial para uma massa no assoalho bucal envolvendo os espaços sublingual, submandibular e/ou submentoniano<sup>7</sup>. Em relação aos casos apresentados neste trabalho, descartou-se qualquer obstrução salivar, por exemplo, rânula mergulhante, quando se realizou a punção por aspiração com agulha fina (PAAF), cujo conteúdo não era líquido. Outras formas de massa podem

confundir o diagnóstico como cisto do trato tireo-glosso, linfagioma cístico, higroma cístico, tumores das glândulas salivares e neoplasmas benignos<sup>8</sup>. O diagnóstico definitivo, no entanto, só deve ser confirmado após análise histopatológica dos espécimes.

Os cistos dermoides sublinguais são geralmente mais quiescentes, até se tornarem tão grandes ou infectados, que a remoção cirúrgica faz-se necessária<sup>4</sup>. A lesão pode crescer muito a ponto de causar disfagia, impossibilidade de selamento labial, dispneia e dificuldade de mastigação, como os casos descritos. Dor é um sintoma, que pode surgir, caso haja infecção associada ao cisto.

Para delinear a arquitetura interna e revelar a posição da lesão em relação à musculatura da língua ou assoalho bucal, é necessária uma visualização do cisto dermoide por meio de tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RNM) ou ultrassonografia (US)<sup>9, 10</sup>. A remoção cirúrgica é facilitada pela presença da parede cística bem definida e facilmente reconhecida, em que resulta, em muitos casos, na excisão completa da lesão, descartando qualquer possibilidade de recidiva.

A remoção cirúrgica completa é o tratamento para os cistos dermoides, e a abordagem dependerá da localização anatômica da lesão. Há um consenso entre os autores que o melhor acesso é aquele que permite a melhor visualização do campo operatório, em que pode ser realizada uma incisão intraoral para pequenos cistos localizados sob o músculo milohioideo. O acesso extrabucal, recomendado para cistos maiores, em que a lesão desenvolve-se abaixo do músculo gênio hioideo<sup>4, 8</sup>. Em algumas situações clínicas, podem ser realizados os dois acessos<sup>9</sup>. Nos casos apresentados, os autores optaram pelo acesso intrabucal, em virtude da localização superior ao músculo milo-hioideo, mesmo se referindo a uma lesão de tamanho considerável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em ambos os casos apresentados, devido ao tempo de evolução e às possíveis consequências negativas para os pacientes, optou-se imediatamente pela excisão cirúrgica intrabucal, já que as localizações anatômicas das lesões eram acima dos músculos milo-hioideo e gênio hioideo. Quando o diagnóstico é precoce e a intervenção, correta, o índice de recidiva torna-se raro.

## REFERÊNCIAS

1. Jadwani S, Misra B, Kallianpur S, Bansod S. Dermoid cyst of the floor of the mouth with abundant hair: a case report. *J Maxillofac Oral Surg.* 2009 Dec;8(4):388-9. PubMed PMID: 23139552. Pubmed Central PMCID: Pmc3454098. Epub 2009/12/01. eng.
2. Pan M, Nakamura YC, Clark M, Eisig S. Intraoral dermoid cyst in an infant: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 May;69(5):1398-402. PubMed PMID: 20739110. Epub 2010/08/27. eng.
3. Papadogeorgakis N, Kalfarentzos EF, Vourlakou C, Alexandridis C. Surgical management of a large median dermoid cyst of the neck causing airway obstruction. A case report. *Oral Maxillofac Surg.* 2009 Sep;13(3):181-4. PubMed PMID: 19629550. Epub 2009/07/25. eng.
4. Teszler CB, El-Naqj IA, Emodi O, Luntz M, Peled M. Dermoid cysts of the lateral floor of the mouth: A comprehensive anatomo-surgical classification of cysts of the oral floor. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Feb;65(2):327-32. PubMed PMID: 17236944. Epub 2007/01/24. eng.
5. Lin HW, Silver AL, Cunnane ME, Sadow PM, Kieff DA. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: unusual radiologic and pathologic findings. *Auris Nasus Larynx.* 2011 Oct;38(5):650-3. PubMed PMID: 21334151. Epub 2011/02/22. eng.

6. Gordon PE, Faquin WC, Lahey E, Kaban LB. Floor-of-mouth dermoid cysts: report of 3 variants and a suggested change in terminology. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013 Jun;71(6):1034-41. PubMed PMID: 23434158. Epub 2013/02/26. eng.
7. Jain H, Singh S, Singh A. Giant sublingual dermoid cyst in floor of the mouth. *J Maxillofac Oral Surg.* 2012 Jun;11(2):235-7. PubMed PMID: 23730076. Pubmed Central PMCID: Pmc3386402. Epub 2013/06/05. eng.
8. Pirgousis P, Fernandes R. Giant submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Feb;69(2):532-5. PubMed PMID: 21168251. Epub 2010/12/21. eng.
9. El-Hakim IE, Alyamani A. Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008 May;37(5):497-9. PubMed PMID: 18272345. Epub 2008/02/15. eng.
10. Boko E, Amaglo K, Kpemissi E. A bulky dermoid cyst of the floor of the mouth. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2013 Jul 8. PubMed PMID: 23845291. Epub 2013/07/13. Eng.

### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Júlio César Silva de Oliveira

Rua José Bonifácio, 1193 – Bloco 5

Araçatuba/SP

CEP: 16015-050

Tel.: (18) 3636- 3270

oliveirajulius@yahoo.com.br

