

CISTO DERMOIDE SUBLINGUAL: RELATO DE CASO DERMOID CYST SUBLINGUAL: CASE REPORT

SINDY LAYS GUSMÃO ALKIMIM¹, WELLINGTON DANILO SOARES², PATRÍCIA NATALÍCIA MENDES DE ALMEIDA³

¹ Graduanda em Odontologia pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte), Montes Claros, MG, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PPGCS/ Unimontes, Montes Claros, MG, Brasil.

³ Professora Assistente das Faculdades Integradas do Norte de Minas (Funorte), Montes Claros, MG, Brasil.

RESUMO:

O cisto dermoide é uma má formação cística de desenvolvimento incomum. Ocorre mais comumente na linha média do assoalho da boca, ainda que ocasionalmente se localize lateralmente ou em outros sítios. Quando comparado a outras regiões da cabeça e pescoço, o assoalho bucal é o local em que mais ocorre. Usualmente, a lesão cresce lentamente sem provocar dor, apresentando-se como massa de consistência semelhante à de borracha ou à massa de pão, que frequentemente retém a marca formada pelos dedos depois de pressionada. O presente artigo vem discorrer sobre os achados clínicos e histopatológicos de um caso de cisto dermoide em paciente do sexo feminino, 21 anos de idade, melanoderma, que se apresentou à Clínica Odontológica da Funorte encaminhada pelo Sistema Público de Saúde através do médico otorrinolaringologista. A queixa principal era grande aumento de volume no assoalho bucal, ocasionando em grande dificuldade na deglutição e na fala. O tratamento adotado foi excisão cirúrgica com acesso intraoral e acompanhamento pós-cirúrgico.

Palavras-chave: Formação cística. Assoalho bucal. Lesão.

ABSTRACT:

The dermoid cyst is an bad cystic formation of uncommon development. It occurs more comumente in the camber line of the wooden floor of the mouth, despite occasionally if it locates laterally or in other small farms. When compared with other regions of the head and neck, the buccal wooden floor is the place where more they occur. Usually, the injury grows slowly without provoking pain, presenting itself as mass of similar consistency to the one of rubber or dough, that frequent holds back the mark formed for the fingers after pressured. The present article comes to discourse on the clinical and histopatológicos findings of a case of dermoid cyst in patient of the feminine sex, 21 years of age, melanoderma, that it was presented to the Odontológica Clinic of the Funorte directed for the Public System of Health through the otorrinolaringologista doctor. The main complaint was great increase of volume in the buccal wooden floor, causing in great difficulty in the deglutition and in it speaks. The adopted treatment was surgical excisão with intra-verbal access and after-surgical accompaniment.

Key words: Cystic Formation. Buccal floor. Injury.

Autor responsável pela correspondência: Patrícia N. Mendes de Almeida – E-mail: patricianobre@funorte.edu.br

INTRODUÇÃO

O cisto dermoide é uma má formação cística de desenvolvimento incomum. Ocorre mais comumente na linha média do assoalho da boca, ainda que ocasionalmente se localize lateralmente ou em outros sítios.^{1,2,3} Quando comparado a outras regiões da cabeça e pescoço, o assoalho bucal é o local em que mais há ocorrência do cisto dermoide. É limitado por um epitélio semelhante à epiderme e contém estruturas anexas da derme na parede do cisto. Esses cistos dermoides na cavidade oral podem variar de tamanho, atingindo desde alguns milímetros até 12 cm de diâmetro. Eles são mais comuns nas crianças e adultos jovens, geralmente entre a segunda e terceira década de vida, sem predileção por sexo. Não há evidências de fator hereditário, entretanto, 15% dos casos relatados são de origem congênita.⁴

Sua etiologia ainda é incerta, porém, acredita-se que esteja associada a remanescentes do ectoderma aprisionados no primeiro e segundo arcos branquiais ao longo da terceira e quarta semanas de vida intrauterina. Outras teorias são propostas, como eventos acidentais ou cirúrgicos, ocorrendo uma implantação traumática do epitélio dentro de estruturas profundas.⁵

Apesar de ser uma entidade rara e benigna, o cisto dermoide não deve ser subestimado. É interessante fazer o diagnóstico diferencial tanto clínico como anatomopatológico.⁵ Embora não existam histórias médica e dentária que sejam peculiares aos pacientes com esse tipo de

lesão, nem qualquer padrão familiar de ocorrência, o diagnóstico clínico presuntivo dessa patologia não é muito difícil devido ao abaulamento causado nas estruturas que a recobrem.⁶ Como diagnóstico diferencial do cisto dermoide, podemos considerar: rânula, cistos do conduto tireoglossos, higroma cístico, cistos das fendas branquiais, celulite, lipoma, lipossarcoma e massas adiposas normais da região submentoniana. Os exames complementares incluem ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética. Estes permitem a visualização e a localização precisa da lesão em relação às estruturas anatômicas adjacentes, além de auxiliar na escolha da técnica cirúrgica mais apropriada.⁵ Entretanto, deve ser grifado que o diagnóstico definitivo só é obtido com o exame histopatológico.⁶

Usualmente, a lesão cresce lentamente sem provocar dor, apresentando-se como massa de consistência semelhante à de borracha ou à massa de pão, que frequentemente retém a marca formada pelos dedos depois de pressionada.⁴ Apresenta coloração róseo-amarelada e possui consistência mole à palpação por conter restos de ceratina e secreções sebáceas em seu interior.⁷

Histologicamente, os cistos dermoides são limitados por epitélio escamoso estratificado ortoceratinizado, com uma camada de células granulares proeminentes, sendo comum encontrar ceratina abundante na luz do cisto. A parede do cisto é constituída de tecido conjuntivo fibroso que contém um ou

mais apêndices cutâneos, tais como glândulas sebáceas, folículos pilosos ou glândulas sudoríparas⁷. Esses apêndices são divididos em três tipos de acordo com seu conteúdo: se não há anexos dérmicos presentes, o cisto é dito epidermoide; se anexos como glândulas sebáceas, glândulas sudoríparas ou folículos pilosos estão presentes, o cisto é denominado dermoide, e o terceiro tipo, denominado teratoma, é formado por revestimento contendo estruturas derivadas das três camadas germinativas (ectoderma, endoderma e mesoderma), podendo conter em seu interior anexos dérmicos, segmentos de músculo, osso e mucosa respiratória ou gastrointestinal.^{4,8,9}

RELATO DE CASO

A metodologia deste relato de caso foi, previamente, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte, via sistema Plataforma Brasil, e aprovado sob o parecer número 646.135/2014.

A paciente K.K.M.B, gênero feminino, 23 anos de idade, melanoderma, procurou o serviço de saúde das Faculdades de Odontologia Funorte, encaminhada por um médico otorrinolaringologista do SUS da cidade de Montes Claros, queixando-se estar com “uma bola embaixo da língua”.

Durante a anamnese, a paciente relatou que a lesão tinha o tempo de evolução de, aproximadamente, um mês e sete dias, tendo procurado o serviço de saúde por razões estéticas de crescimento da lesão. A paciente apresentava dislalia, disfagia e desconforto ao dormir. Negou ser etilista, tabagista ou possuir qualquer alteração sistêmica.

Ao exame físico intrabucal, foi observada uma lesão que apresentava tumefação no assoalho de boca, na região anterior, na linha média, e mucosa íntegra. Observou-se um aumento volumétrico, principalmente no lado esquerdo. A lesão tornava-se mais evidente quando a língua era levantada. À palpação, apresentava consistência mole (Fig. 1).

O diagnóstico inicial provisório foi de rânula, porém, após punção aspirativa, constatou-se que em seu interior havia conteúdo ceratinoso, passando a hipótese diagnóstica para cisto dermoide.

A biópsia excisional foi realizada na clínica-escola das Faculdades de Odontologia da Funorte, subárea Diagnóstico Bucal, sob anestesia local, através de incisão linear intrabucal (Fig. 2) por meio da qual se conseguiu remover a lesão em sua totalidade (Fig.3). Foi feita a limpeza com soro fisiológico na loja cística e realizada a sutura (Fig.4). Após a remoção, o espécime foi encaminhado para análise anatomopatológica para, assim, ser submetido ao exame microscópico (Fig.5). O diagnóstico foi cisto dermoide.

A paciente foi medicada com anti-inflamatório (diclofenaco sódico 50mg), analgésico (paracetamol 750mg) e antibiótico (amoxicilina 500mg). Além disso, foi orientada a manter a correta higienização do local e realizar a crioterapia local nas primeiras 48 horas após a cirurgia.

A paciente submeteu-se a controle pós-operatório durante, aproximadamente 100 dias, não apresentando sinais de recidiva nem relatando dor e/ou desconforto.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os cistos dermoides são tratados exclusivamente por remoção cirúrgica, apresentando raras recorrências quando totalmente removidos. A cirurgia pode ser realizada através de abordagem transcutânea na região superior do pescoço ou

pelo acesso intrabucal. A escolha do tipo de abordagem cirúrgica dependerá da localização do cisto em relação à musculatura do assoalho bucal⁶. Quando a lesão estiver acima do músculo genioioide, a tumefação intrabucal pode causar a elevação e retração da língua, o que dificulta a fala, a mastigação e a deglutição por parte do paciente; por sua vez, se a localização for entre os músculos genioioideo e miloioideo, ou abaixo do último, a tumefação pode dar ao paciente a sensação de queixo duplo.⁴⁻¹⁰ Segundo NEVILLE B. W. *et al*⁴ (2004, p. 32): “[...] aqueles localizados acima do músculo genioioideo podem ser removidos por incisão intra-oral e os situados abaixo do músculo genioioideo podem necessitar de um acesso extra-oral [...]”. A recorrência é incomum, e são raros os relatos de transformação maligna. A recidiva normalmente é rara, contudo, pode ocorrer quando o cisto não foi completamente removido⁴.

A prevalência na região de cabeça e pescoço é baixa, porém, a localização do cisto é fator determinante na abordagem cirúrgica. Em sua maioria, os autores sugerem abordagem intraoral para o cisto sublingual e a abordagem submental para os cistos submental e submandibular.⁷⁻⁸

Seward (1965)¹ *apud* King (1994)¹¹, a partir de seus estudos, recomenda abordagem intraoral para todos os casos, exceto se houver vasos sanguíneos calibrosos adjacentes ao cisto. Já Carvalho *et al* (2009)⁷ sugerem abordagem extraoral para grandes cistos, para evitar lesão de estruturas adjacentes importantes.

Conclui-se, desta forma, que, com relação ao cisto dermoide, o tratamento é bem estabelecido na literatura, sendo improvável a sua recidiva após biópsia excisional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GALLICCHIO T. *et al*. Cisto dermoide lateral: relato de caso. *Rev. bras. odontol.* Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 128-31, jan-jun, 2010.b
2. RAPIDIS, A. D. *et al*. Large swelling of the lateral neck. *J Oral Maxillofac Surg.* v. 63, p. 820-828, 2005.
3. SOUZA, F. V. *et al*. Cisto Dermóide: Relato de Caso Clínico. *Rev. Cir. Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* Camaragibe, v. 7, n. 4, p. 37-42, out-dez, 2007.
4. NEVILLE B. W. *et al*. *Patologia oral e maxilofacial.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
5. PEREIRA J. V. *et al*. Cisto epidermoide em ventre de língua. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.* v. 74, n.3, mai-Jun, 2008.
6. BUENO A. C. C. *et al*. Cisto dermoide múltiplo do assoalho bucal. Apresentação de caso clínico. *Rev. Odont. USP.* v. 1, n. 2, p. 50-52, 1987.
7. CARVALHO, F. C. R. *et al*. Cisto dermoide no assoalho bucal: relato de caso. *Rev. Clín. Pesq. Odontol.* Curitiba, v. 5, n. 2, p. 161-164, mai-ago, 2009.
8. D'ANTÔNIO, W. E. P. A. *et al*. Cisto epidermoide gigante de assoalho de boca. *Rev. Bras. Otorrinolaringologia.* v. 66, 1. ed. jan-fev, 2000.
9. CARVALHO E. A. *et al*. Cisto Dermóide Simulando Neoplasia Retro-Retal. *Rev. Bras. Coloproct.* v. 27, n. 3, p. 328-329, 2007.
10. SHAFER, W.G., HINE, M. K., LEVY, B.M. *Tratado de patologia bucal.* 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, p.72-3, 1984.
11. King, R.C.; Smith, B.R.; Burk, J.L. - Dermoid cyst in the floor of the mouth. *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol.* v. 78, p. 567-576, 1994.