

ACESSO INFRA-ORBITARIO PARA REMOÇÃO DE CISTO SEBÁCEO FACIAL

INFRAORBITAL APPROACH FOR FACIAL SEBACEOUS CYSTREMOVAL

EVELYN ESTEFANI CRISTALDO ACOSTA¹, DELSON JOÃO DA COSTA², NELSON LUIS BARBOSA REBELLATO³, PAULO ROBERTO MULLER^{4*}, ALINE MONISE SEBASTIANI⁵

1. Aluna de graduação no curso de Odontologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil; 2. Professor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial II, Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil; 3. Professor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial II, Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil; 4. Professor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial II, Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil; 5. Mestranda em Odontologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

* Rua Cnel. Pedro Scherer Sobrinho, Cristo Rei, Curitiba, Paraná, Brasil. CEP 80050-470. evelyn-cristaldo@hotmail.com

Recebido em 03/11/2016. Aceito para publicação em 11/01/2017

RESUMO

O cisto sebáceo é uma lesão benigna da pele, que se origina de uma obstrução no ducto de uma glândula sebácea. Pode ocorrer em qualquer parte do corpo, sendo encontrados em aproximadamente 7% dos casos na região de cabeça e pescoço. O tratamento indicado na maioria dos casos é a excisão cirúrgica, que pode se tornar um desafio para o cirurgião quando localizados em regiões muito estéticas da face. Este trabalho relata uma excisão de cisto sebáceo na região zigomático-facial através de acesso infra-orbitário sob anestesia local.

PALAVRAS-CHAVE: Face, cisto epidérmico, biópsia.

ABSTRACT

The sebaceous cyst is a benign lesion of the skin, which originates from an obstruction in the duct of a sebaceous gland. It can occur in any part of the body, the lesions are found in the neck or face in approximately 7% of the cases. The treatment in most cases is surgical excision, and can become a challenge for the surgeon when the lesions are located in very aesthetic regions of the face. This paper reports a sebaceous cyst excision in zygomatic-facial region through infraorbital access under local anesthesia.

KEYWORDS: Face, epidermal cyst, biopsy.

1. INTRODUÇÃO

Os cistos sebáceos são lesões benignas da pele¹ que podem se desenvolverem qualquer parte do corpo, sendo encontrados em aproximadamente 7% das lesões encontradas na região de cabeça e pescoço²⁻³. A origem deste cisto é aparentemente decorrente da obstrução do ducto de uma glândula sebácea, causada principalmente por trauma local³.

Essas lesões se caracterizam por uma massa de crescimento lento variando em tamanho, de alguns milímetros a centímetros³⁻⁴. Geralmente são assintomáticos, até

que se tornem infectados, ou quando sua extensão causa danos à estrutura anatômica adjacente²⁻³. Apresentam forma arredondada, elevada, localizadas na derme ou hipoderme, de consistência não endurecida, e ocasionalmente podem apresentar um orifício por onde pode drenar substância esbranquiçada⁴⁻⁶.

O diagnóstico das lesões deve ser baseado em aspectos clínicos, exames de imagem e exame histopatológico⁵. A punção aspirativa pode auxiliar no diagnóstico, reforçando a hipótese de cisto sebáceo quando um fluido seroso é aspirado². Imagens pré-operatórias como ultrassonografia ou até mesmo a tomografia computadorizada, podem comprovar a natureza cística de uma massa e também fornecem informações importantes para o planejamento da remoção da lesão².

A terapia de escolha é a completa excisão da lesão, um procedimento simples que pode se tornar desafiador quando a sua localização é em região estética da face. Este trabalho relata uma excisão de cisto sebáceo na região zigomático-facial através de acesso infra-orbitário, sob anestesia local.

2. RELATO DE CASO

Uma paciente do gênero feminino, parda, com 53 anos de idade, compareceu a clínica de Estomatologia da Universidade Federal do Paraná queixando-se de aumento de volume em face, com histórico de surgimento há aproximadamente cinco anos. Ao exame clínico, foi constatado nódulo de aproximadamente 4 cm na região zigomática do lado esquerdo, de consistência macia, flutuante e indolor (Figura 1). Diante do histórico e achados clínicos, as principais hipóteses diagnósticas foram de cisto sebáceo ou lipoma. Foi solicitado exame de ultrassonografia que demonstrou nódulo subcutâneo sem envolvimento de estruturas adjacentes. Foi programado biópsia excisional, e devido à localização da lesão,

optou-se pela incisão infraorbitária para evitar danos ao nervo facial, além de evitar uma cicatriz evidente na face, que poderiam ocorrer com o acesso direto à lesão.



Figura 1. Aspecto frontal e vista inferior da face da paciente evidenciando aumento de volume na região zigomático-facial esquerda.

O procedimento foi realizado sob anestesia local, com infiltração subcutânea de 2mls de solução anestésica Mepivacaína 3% sem vasoconstritor na região infraorbitária esquerda. A incisão foi realizada com lâmina de bisturi número 15, aproximadamente 10mm inferiormente a pálpebra inferior, em região de linha de expressão facial. Com auxílio de tesoura Metzembaum prosseguiu-se a dissecação sobre músculo orbicular do olho em direção a lesão, que após exposta, foi cuidadosamente enucleada, mas acabou rompendo-se e expondo o conteúdo sebáceo. Após toda lesão ser removida, foi realizada sutura no plano subcutâneo com fio vicryl 4-0 e em pele com nylon 5-0. Um curativo compressivo foi mantido na região por 3 dias (Figura 2).



Figura 2: A) Incisão infraorbitária. B) Excisão cirúrgica do cisto sebáceo. C) Pós-operatório imediato, paciente com curativo compressivo.



Figura 3. Pós-operatório de 2 anos.

Com duas semanas de pós-operatório, a paciente já demonstrava regressão completa do edema, e função normal da musculatura inervada pelo nervo facial.

Dois anos após a abordagem cirúrgica, a paciente

encontra-se sem alterações neurossensoriais, com cicatriz pouco evidente na região do acesso e sem sinais de recidiva da lesão (Figura 3).

3. DISCUSSÃO

A completa excisão cirúrgica é a terapia de escolha para os cistos sebáceos²⁻⁶, possibilitando o diagnóstico definitivo da lesão através do exame histopatológico⁶, e prevenindo que a lesão se torne infectada⁹. Além disso, é indicada por questões estéticas¹, e para prevenir que a lesão evolua para dimensões grotescas^{2,3}.

O procedimento deve consistir em uma biópsia excisional, permitindo exame macroscópico da lesão, que revela uma massa encapsulada preenchida com material esbranquiçado⁶, e o exame histopatológico demonstrando um epitélio escamoso estratificado com a superfície interna revestida com lamelas de queratina^{2,3,6}. O exame histopatológico é o procedimento de diagnóstico tecidual mais preciso e apurado e deve ser realizado em qualquer situação em que um diagnóstico definitivo não pode ser obtido por meio de procedimento menos invasivo⁷. Um estudo realizado por Peker e colaboradores em 2016⁵, revelou uma concordância de apenas 80,5% entre os diagnósticos clínicos e os histopatológicos⁵. Em 2014, Patele e colaboradores⁷ relataram o caso de um paciente que apresentava uma lesão com características compatíveis a um cisto sebáceo e após a biópsia excisional, obtiveram o diagnóstico de leiomiossarcoma, um tumor de músculo liso⁸, o que reforça a necessidade de realizar a biópsia destas lesões.

Infecções associadas a cistos sebáceos também são relatadas na literatura, um estudo de 2006, realizado por Tamsikar e colaboradores⁹ descreve um caso de cisto sebáceo infectado por *Cladosporium cladosporioides* em um hospedeiro imunocompetente, apresentando sintomatologia eritematosa e dolorosa. Foram realizadas algumas tentativas de tratamento com antibioticoterapia, e até mesmo associando drenagem da lesão, ocorrendo recidivas da infecção. O caso foi resolvido após associação de antibioticoterapia com cefalexina 750 mg por dia durante três dias e remoção subsequente da lesão⁹. Em 2016 Zarrif-Nabbalie e colaboradores¹⁰ descrevem outro caso na literatura, de um homem de 44 anos diagnosticado com cisto sebáceo e após exames microbiológicos identificaram a presença de *Actinomyces europaeus*, um microrganismo gram positivo. Este paciente apresentava dor intensa, aumento de temperatura e eritema na região da lesão. Também foi tratado de forma efetiva com remoção da lesão e antibioticoterapia.

Um esforço deve ser realizado para remover todo o epitélio do cisto, preferencialmente sem romper a lesão, evitando recidivas. Entretanto, cistos de paredes finas tendem a se romper e acabam sendo removidos por partes, com o risco de recorrência¹. Uma excisão incomple-

ta pode induzir inflamação crônica ou recorrência da lesão, lesões recorrentes estão associadas ao aumento de malignidade, por isso a remoção cirúrgica é essencial para excisar a massa completamente⁶. No presente caso, durante a excisão, o cisto se rompeu, mas todos os fragmentos foram removidos. Até a presente data, não houve recidiva da lesão.

Nos casos de cisto sebáceos que acometem a face, os pacientes procuram a remoção da lesão principalmente por razões estéticas¹. O que torna o procedimento mais desafiador, visto que a incisão para a remoção da lesão pode ocasionar cicatrizes, dificultando um desfecho esteticamente agradável. A face é a porção do corpo mais exposta e visível a todos, uma cicatriz exacerbada pode criar uma deformidade estética tornando-se um problema para o indivíduo, tanto quanto a razão pela qual a cirurgia fora realizada. Acessos usando incisões na pele da face devem levar em consideração os músculos e as linhas da expressão facial. Além disso, a expectativa e o desejo do paciente devem ser sempre considerados em qualquer tomada de decisão sobre a localização da incisão¹¹. No caso relatado, uma incisão direta à lesão, poderia ocasionar uma cicatriz bem aparente, além de aumentar o risco de lesão a alguma ramificação do nervo facial. Assim, optou-se pela incisão infraorbitária, devido aos sulcos naturais e à espessura delgada da pele na região, tornando as cicatrizes mais imperceptíveis com o tempo, com menor tendência a formação de queloides. A paciente do caso relatado evoluiu com uma cicatriz pouco perceptível, não apresentando qualquer queixa estética. Assim, para remoção das lesões de face, o primeiro fator de escolha do local da incisão, não deve ser a conveniência cirúrgica, mas a estética facial¹¹.

REFERÊNCIAS

- [01] Wu H, Wang S, Wu L, Zheng S. A new procedure for treating a sebaceous cyst: removal of the cyst content with a laser punch and the cyst wall with a minimal postponed excision. *Aesthetic Plast Surg.* 2009; 33(4):597-9.
- [02] Pereira-Santos D, De Melo WM, Brêda MA Jr, Sonoda CK, Hochuli-Vieira E. Epidermal cyst causing facial asymmetry. *J Craniofac Surg.* 2001; 24(2):e112-4.
- [03] Kang SG, Kim CH, Cho HK, Park MY, Lee YJ, Cho MK. Two cases of giant epidermal cyst occurring in the neck. *Ann Dermatol.* 2011; 23 Suppl 1:S135-
- [04] Azulay RD, *Dermatologia*, 5^o Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.
- [05] Peker E, Ögütü F, Karaca İR, Gültekin ES, Çakır M. A 5 year retrospective study of biopsied jaw lesions with the assessment of concordance between clinical and histopathological diagnoses. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2016; 20(1):78-85.
- [06] Heo MS, An JH, Yang JW. Giant epidermal cyst of the periorbital area. *J Craniofac Surg.* 2012, 23(1):e10-2.
- [07] Hupp JR, Ellis E, Tucker MR, *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*, 5^a Ed, Rio de Janeiro, Elsevier Editora, 2008.
- [08] Patel B, Vora A, Muruve N. Case of Subcutaneous Leiomyosarcoma of the Scrotum Presenting as a Sebaceous Cyst in a 71-Year-old Man: A Case Report and Review of the Literature. *Urol Case Rep.* 2014; 2(6):181-2.
- [09] Tamsikar J, Naidu J, Singh SM, Phaeohyphomycotic sebaceous cyst due to *Cladosporium cladosporioides*: case report and review of literature. *J Mycol Med.* 2006; 16 e:55-7.
- [10] Zarrif-Nabbali H, Bolaños-Rivero M, Navarro-Navarro R, Martín-Sánchez AM. A sebaceous cyst infection by *Actinomyces europaeus*. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016; 34(5):324-5.
- [11] Ellis III E, Zide MF, *Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial*, 2^o Ed, São Paulo, Santos Editora.