EXTENSO CISTO DERMÓIDE EM REGIÃO SUBMENTONIANA: RELATO DE CASO

EXTENSIVE DERMOID CYST IN THE SUBMENTAL REGION: CASE REPORT

AIRTON VIEIRA **LEITE SEGUNDO**[1], BRUNO LUIZ MENEZES DE **SOUZA**[2]*, ANA PAULA NOGUEIRA DUARTE **FREIRE**[3], MARIA SUELI MARQUES **SOARES**[4]

1. Chefe do Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru-PE. Mestre e Doutor em Estomatologia/ Universidade Federal da Paraíba; **2.** Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru-PE; **3.** Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Associação Caruaruense de Ensino Superior – ASCES, Caruaru-PE; **4.** Doutora em Estomatologia pela Universidade de Barcelona/Espanha - Professora do Programa Integrado de Doutorado em Odontologia UFPB/UFBA.

* Hospital Regional do Agreste, BR 232 Km 130, Caruaru, Pernambuco, Brasil. CEP: 55030-400. brunomenezes1905@gmail.com

Recebido em 06/05/2014. **Aceito** para publicação em 14/05/2014

RESUMO

O cisto dermoide constitui uma má formação cística, de ocorrência incomum na região de cabeça e pescoço, representando apenas 2% do total de casos quando acomete essa região. Acometem principalmente adultos jovens, durante a segunda e terceira décadas de vida, apresentando-se como lesões de crescimento lento, assintomático, que podem atingir grandes dimensões, causando distúrbios fonéticos, respiratórios, alimentares e estéticos de caráter importante. Corresponde a uma lesão atípica que apresenta em sua parede cística anexos cutâneos como glândulas sebáceas, glândulas sudoríparas e folículos pilosos, mimetizando a pele. O tratamento consiste na enucleação cirúrgica da lesão, sendo a recidiva incomum. O presente artigo relata o caso clínico de um extenso cisto dermoide, localizado em região submentoniana de uma paciente de 24 anos. São discutidos os achados clínicos, imaginológicos, diagnóstico diferencial e tratamento da lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto dermoide, patologia bucal, cirurgia bucal.

ABSTRACT

Dermoid cysts are uncommon entities in the head and neck region, accounting for only 2% of the total cases. They occur frequently in young adults, during the second or third decades of life, presenting as slow-growing and asymptomatic lesions, which can reach large dimensions and cause relevant phonetic, respiratory, nutritional or aesthetic disturbings. It is an atypical lesion that presents with skin appendages as sebaceous glands, sweat glands and hair follicles on its walls, mimicking skin. Treatment consists of surgical enucleation of the lesion and recurrence is unusual. This article reports a case of a 24 years old patient with an extensive dermoid cyst in the submental region, discussing about clinical and imaging findings, differential diagnosis, as its treatment.

KEYWORDS: Dermoid cyst, oral pathology, oral surgery.

1. INTRODUÇÃO

Os Cistos dermoides (CD) são patologias benignas originárias da proliferação aberrante de tecidos primordiais durante a embriogênese. São lesões relativamente incomuns na região de cabeça e pescoço, correspondendo a apenas 2% de todos os CD e a 34% de todos os cistos de desenvolvimento da cabeça e do pescoço. Quando acometem tal região, são geralmente encontrados na região de supercílios. Outro local de frequente ocorrência dessa patologia corresponde a região submentoniana, o qual pode se desenvolver abaixo do músculo milohióide, causando tumefação em região cervical, ou acima do mesmo músculo, causando aumento de volume no assoalho bucal, com deslocamento súpero-posterior da língua e possíveis transtornos fonéticos, alimentares e respiratórios. Outras possíveis localizações relatadas na literatura incluem o dorso nasal e língua[1,2].

São mais frequentes em adultos jovens, entre a segunda e terceira décadas de vida, com leve predileção pelo gênero masculino. As lesões congênitas ou com surgimento em crianças são incomuns[2]. Quando acometem a região de cavidade bucal, representam uma tumefação flutuante de crescimento lento, sem alteração da coloração dos tecidos adjacentes, de consistência mole ou borrachoide à palpação, assintomático, de tamanho que pode variar de poucos milímetros a até 12 centímetros de diâmetro[3,4,5].

O tratamento do cisto dermoide consiste na cirurgia para enucleação total da lesão, sendo utilizados os acessos intra e/ou extra-bucal, de acordo com a localização. Os relatos de recidiva ou transformação maligna são raros[1,2,3,4,5].

O presente estudo objetiva relatar o caso de uma paciente de 24 anos, portadora de um extenso cisto dermoide em região submentoniana, discutindo seus achados clínicos e imaginológicos, bem como as opções de tratamento para a lesão.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 24 anos, procurou o Serviço de Cirurgia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional do Agreste/Pernambuco com queixa de aumento de volume em região submentoniana, com evolução de aproximadamente 3 anos. Ao exame físico, foi observada uma extensa lesão envolvendo a região submentual e assoalho bucal, sem alteração da coloração da pele ou mucosa, consistência mole, indolor, que, devido ao seu tamanho, causava transtornos alimentares, fonéticos e estéticos a paciente (Figura 1).

Figura 1. Exame clínico: Observar aumento de volume envolvendo a região submentoniana.

Foi solicitada uma tomografia computadorizada com janela para tecidos moles que revelou lesão cística extensa, envolvendo a região sublingual e submentoniana (Figura 2).

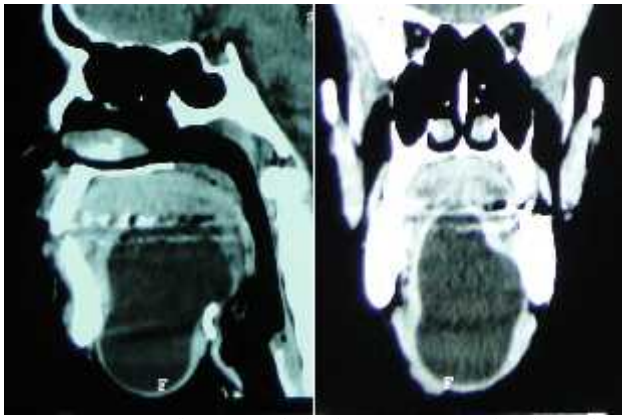

Figura 2. Tomografia computadorizada: Imagem sugestiva de patologia cística envolvendo a região submentoniana com extensão para lingual. Observar diminuição do espaço aéreo do paciente.

A punção aspirativa teve como resultado um material semilíquido esbranquiçado, sugestivo de lesão cística. As hipóteses diagnósticas foram de mucocele de assoalho bucal (rânula), cisto tireoglosso e cisto dermoide. A paciente foi submetida a cirurgia sob anestesia geral, que constou da enucleação da lesão (Figura 3). O exame histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de CD.

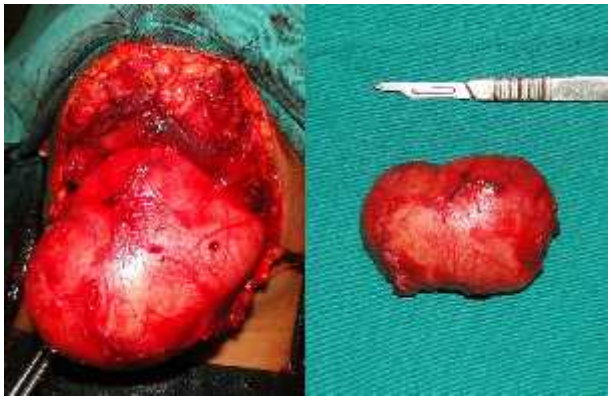

Figura 3. Aspecto transoperatório: Dissecção da lesão e peça cirúrgica.

Na avaliação pós-operatória 14 dias após a cirurgia, a paciente encontrava-se em fase de reparação tecidual adequada, com resultados satisfatórios (Figura 4). Após 14 meses de acompanhamento, não foram observados sinais clínicos de recidiva da lesão ou sequelas associadas ao tratamento cirúrgico da mesma.

Figura 4. Pós-operatório de 14 dias: Cicatrização adequada, com resultado satisfatório.

3. DISCUSSÃO

A ocorrência do cisto dermoide na região de cabeça e pescoço, em especial nos tecidos que envolvem a cavidade bucal, é um fato incomum. Quando ocorre em região mandibular submentoniana, pode estar localizado abaixo do músculo milohiódeo, o que resulta clinicamente em tumefação local, ou acima do músculo, causando um aumento de volume no assoalho de boca, com alterações na fala, deglutição e respiração[5,6,7]. No presente caso, com base nos achados imaginológicos, a lesão apresentava topografia abaixo do músculo milohiódeo, confirmada pela extensa tumefação submentoniana observada clinicamente. As queixas quanto aos distúrbios alimentares e fonéticos estavam relacionadas com o deslocamento súpero-posterior da língua devido à grande extensão do cisto.

Com base nas características clínicas da lesão, os possíveis diagnósticos diferenciais seriam: mucocele de assoalho bucal (rânula), cisto do ducto tireoglosso, bloqueio uni ou bilateral dos ductos de Wharton, teratoma,

cisto teratoide, cisto dermoide, cisto da fenda branquial, infecção, neoplasia de glândula salivar menor, lipoma e linfangioma[3,6,8,9]. Haja vista a evolução, sintomatologia, achados imaginológicos e o resultado da punção aspirativa, no pré-operatório já existia forte suspeita de se tratar de um cisto dermoide, diagnóstico confirmado após exame anatomopatológico.

Para realizar o diagnóstico diferencial das lesões acima citadas a literatura refere diversos exames de imagem. Como se tratam de alterações dos tecidos moles, as radiografias convencionais não oferecem dados relevantes. A ultrassonografia representa uma possibilidade viável, com vantagens como custo reduzido e ausência de exposição do paciente à radiação, porém a qualidade das imagens geradas não permite correta definição da lesão e de seus limites anatômicos. Assim, os cortes tridimensionais em tomografias computadorizadas e/ou ressonâncias magnéticas surgem como primeira escolha. Esses últimos permitem definição detalhada da relação entre a posição da lesão e dos músculos geniohioide e milohióide, permitindo ao cirurgião determinar a abordagem cirúrgica mais apropriada para o caso[4,9,10]. No caso apresentado, a tomografia foi de extrema utilidade por revelar a localização e extensão da lesão, relação com estruturas adjacentes e proximidade com a pele.

Quanto ao tratamento, há consenso na literatura de que a enucleação cirúrgica representa a melhor forma de tratar o cisto dermoide, sem necessidade de abordagens mutiladoras. A via de acesso é dependente da localização da lesão, sendo importante, portanto um diagnóstico bem elaborado. Caso esteja localizado acima do músculo milohióide, o acesso intrabucal é a primeira escolha, caso seja inferior, o acesso extra-bucal é utilizado[3,6,9]. O conteúdo interno ao cisto, em contato com o tecido fibrovascular sadio adjacente, promove inflamação pós-operatória intensa, devendo-se prezar, portanto, por cuidados adicionais durante dissecção da lesão, objetivando completa remoção, sem ruptura da mesma[1]. Apesar de raras, transformações malignas de cistos dermoides em carcinoma de células escamosas e carcinoma de células basais são citados na literatura[11,12]. Neste caso, apesar da grande extensão da lesão, localização abaixo do músculo milohiódeo e a íntima relação do cisto com a pele determinou o acesso extra-bucal como via de abordagem, obtendo-se excelentes resultados estéticos e funcionais.

4. CONCLUSÃO

Cistos dermoides apresentam risco aumentado de infecção local secundária, podem comprometer a fonação, a deglutição e a estética, bem como podem sofrer transformação maligna, o que ressalta a importância do correto diagnóstico e tratamento com a completa remoção cirúrgica da lesão. Particularmente em lesões extensas, como no caso apresentado, exames de imagem específicos são essenciais para o estabelecimento de um correto diagnóstico e de uma conduta cirúrgica adequada, visando o melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

[1] Jeyaraj WCP, Sahoo BNK. A case of an unusually large Sublingual dermoid cyst of the maxillofacial region. J. Dent. Med. Med. Sci. 2012; 2(2):19-25.
[2] Bonet-Coloma C, Mínguez-Martínez I, Palma-Carrió C, Ortega-Sánchez B, Peñarrocha-Diago MA, Mínguez-Sanz JM. Orofacial dermoid cysts in pediatric patients: A review of 8 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011; 16(2):e200-3.
[3] Teszler CB, El-Naaj IA, Emodi O, Luntz M, Peled M. Dermoid cysts of the lateral floor of the mouth: A comprehensive anatomosurgical classification of cysts of the oral floor. J Oral Maxillofac Surg. 2007; 65:327-32.
[4] Seah TE, Sufyan W, Singh B. Case Report of a Dermoid Cyst at the Floor of the Mounth. Ann Acad Med Singapore 2004; 33(Suppl):77S-9S.
[5] El-Hakim IE, Alyamani A. Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008; 37:497-9.
[6] Armstrong JE, Darling MR, Bohay RN, Cobb G, Lawen D, Daley TD. Trans-geniohyoid dermoid cyst: considerations on a combined oral and dermal surgical approach and on histogenesis. J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64(12):1825-30.
[7] Mandel L, Surattanont F. Lateral Dermoid Cyst. J Oral Maxillofac Surg. 2005; 63:140-4.
[8] Pryor SG, Lewis JE, Weaver AL, Orvidas LJ. Pediatric dermoid cysts of the head and neck. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005; 132:938-42.
[9] Ariyoshi Y, Shimahara M. Magnetic Resonance Imaging of a Submental Dermoid Cyst: Report of a Case. J Oral Maxillofac Surg. 2003; 61:507-10.
[10] 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; 69:535-41.
[11] Tuz M, Dogru H, Uygur K, Baykal B. Rapidly growing sublingual dermoid cyst throughout pregnancy. Am J Otolaryngol. 2003; 24:334-37.
[12] Rutherford SA, Leach PA, King AT. Skull Base: An Interdisciplinary Approach. 2006; 2:109-15.