

Cisto dermoide lateral: relato de caso

Lateral dermoid cyst: a case report

Tariza Gallicchio

Especialista e mestranda em Cirurgia Bucomaxilofacial pela FO/Unigranrio

Cristina Jardelino

Cirurgiã-dentista

Martha Salim

Doutoranda em Cirurgia Bucomaxilofacial da FO/Unigranrio e Faesa

Roberto Prado

Professor Doutor em Cirurgia Bucomaxilofacial da FO/Unigranrio e Uerj

Resumo

O presente artigo relata o caso de um cisto dermoide lateral tratado cirurgicamente, acometendo o espaço submandibular esquerdo de uma criança com 9 anos de idade, com uma história de evolução de aproximadamente 1 ano e crescimento lento. A paciente foi admitida no serviço de cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Bonsucesso com queixa estética e sem sintomatologia dolorosa. O exame histopatológico evidenciou uma cavidade revestida por epitélio escamoso estratificado orto-ceratinizado com ceratina abundante no interior do lúmen cístico e anexos de glândulas sebáceas e folículos pilosos, compatível com o diagnóstico de cisto dermoide.

Palavra-chave: cisto dermoide; cisto; pescoço.

Abstract

The present study reports the case of a surgically treated lateral dermoid cyst, affecting the left submandibular space of a nine-year-old child, with a history of evolution of slow growth during approximately 1 year. The patient was admitted in the oral and maxillofacial surgery service of the Hospital Geral de Bonsucesso, complaining of esthetics in the absence of pain. The histopathologic exam revealed a cavity covered by orthokeratinized stratified epithelium, with abundant keratin in the cystic lumen and adnexal sebaceous glands and hair follicles in the capsule. Such characteristics were consistent with the diagnosis of dermoid cyst.

Keywords: dermoid cyst; cyst; neck.

Introdução

O cisto dermoide é uma má formação cística de desenvolvimento incomum. Geralmente é classificado como uma forma benigna de teratoma embora não contenha tecidos das três camadas germinativas (4). Quanto à etiologia, este cisto deriva do aprisionamento de epitélio no fechamento dos arcos branquiais. Ocorre mais comumente na linha média do assoalho de boca, ainda que ocasionalmente se localize lateralmente ou se desenvolva em outras localizações (8). Geralmente indolor e com crescimento lento, pode variar em tamanho e é mais comum nas crianças e adultos jovens. Ambos os gêneros podem ser afetados (3, 6). Histologicamente, os cistos são limitados por epitélio escamoso estratificado ortoceratinizado, com uma camada de células granulares proeminente. Em raras ocasiões, estão presentes, áreas de epitélio respiratório. 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 sudoríparas (6, 8). O tratamento é feito através de remoção cirúrgica e a recorrência da lesão ou transformação maligna são raras (8, 14). Este trabalho tem como objetivo informar através de um relato de caso, os aspectos clínicos, histopatológicos, diagnóstico diferencial e tratamento do cisto dermoide lateral.

Relato de Caso

Paciente F.S.L., gênero feminino, melanoderma, 9 anos de idade, foi encaminhada ao serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Bonsucesso, com aumento de volume em região submandibular no lado esquerdo da face. Na anamnese, a responsável relatou que o tempo de evolução foi de, aproximadamente, 1 ano, assintomático, tendo ido ao serviço motivado por razões estéticas. No exame físico extrabucal, observou-se que a lesão era bem delimitada, móvel à palpação digital e recoberta por pele de coloração normal. Não foi observado alteração clínica intraoral. Foi solicitado tomografia computadorizada que constatou formação cística de conteúdo homogêneo, encapsulado e de paredes finas, localizado abaixo do músculo geniohioideo e acima do músculo milohioideo (Figura 1). Após punção aspirativa negativa, as hipóteses diagnósticas foram: cisto linfoepitelial cervical; cisto epidermoide e lipoma. A paciente foi submetida à cirurgia sob anestesia geral para a realização de excisão cirúrgica. Foi realizado acesso submandibular (Risdon), dissecação roma para desinserção da lesão da musculatura subjacente e enucleação da lesão sem rompimento de sua cápsula (Figura 2). Macroscopicamente, observou-se uma lesão cística bem delimitada com, aproximadamente, 6 x 4 x 3,5 cm. A mesma

foi colocada dentro de um frasco com formol a 10% tendo flutuado (Figura 3). A análise histopatológica mostrou uma cápsula cística revestida por epitélio escamoso estratificado ortoceratinizado com anexos de glândulas sebáceas e folículos pilosos e com ceratina abundante no interior do lúmen cístico, compatível com o diagnóstico de cisto dermoide (Figura 4). A paciente encontra-se sob acompanhamento ambulatorial de 2 anos, sem recidiva da lesão.

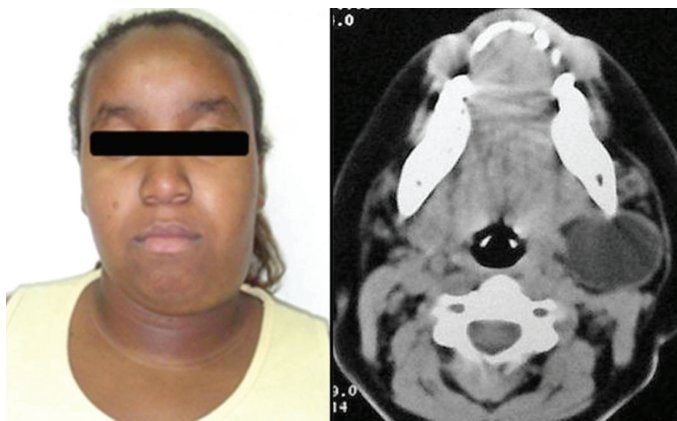


FIGURA 1: Aspecto facial pré-operatório / Tomografia computadorizada corte axial evidenciando lesão cística

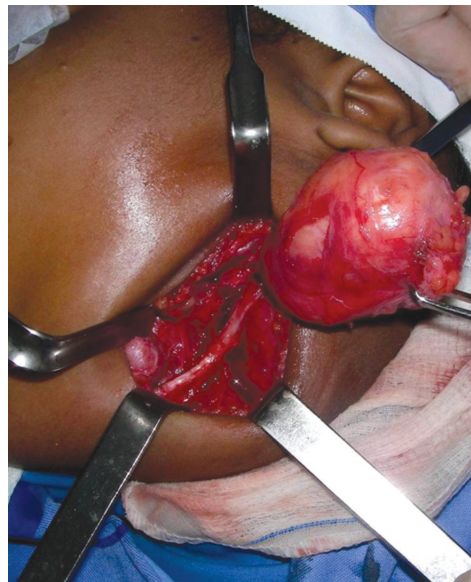


FIGURA 2: Trans-operatório – remoção da lesão

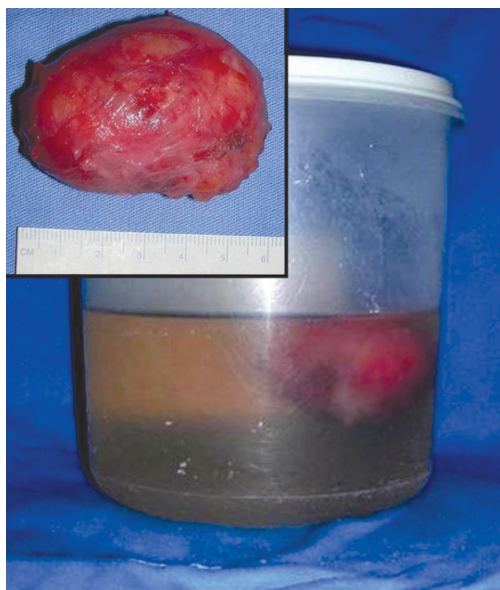


FIGURA 3: Aspecto macroscópico da lesão / lesão flutuante em frasco contendo formol a 10%

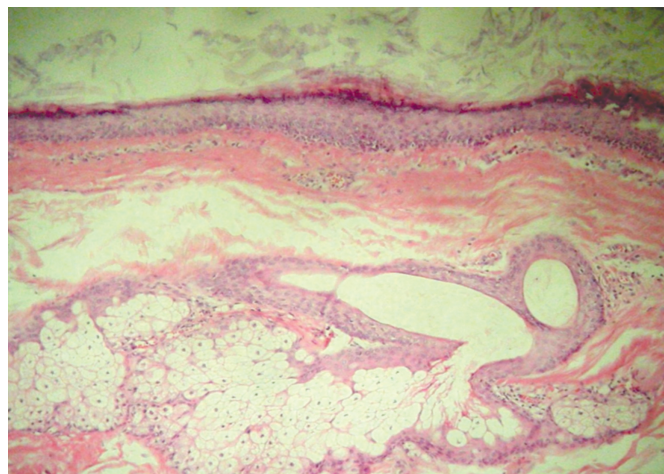


FIGURA 4: Cápsula cística revestida por epitélio escamoso estratificado orto-ceratinizado com anexos de glândulas sebáceas, folículos pilosos e com ceratina abundante no interior do lúmen cístico.

Discussão

Acredita-se que o cisto dermoide e sua variação epidermoide que aparece na área de cabeça e pescoço resulta do ectoderma congênito que foi aprisionado durante a fusão embriológica dos primeiros e segundos arcos branquiais, respectivamente, entre as terceiras e quartas semanas de vida intrauterina (1, 4, 6). Pensa-se que o cisto dermoide lateral origina-se na linha média da cavidade oral, acima do músculo milohioideo e, então, é deslocado lateralmente durante o crescimento, estendendo-se para o interior do pescoço acometendo a região submandibular, com isso, perde a conexão oral e sua identidade (6).

Segundo SEWARD (11), a localização anatômica do cisto dermoide lateral indica sua origem no final da face ventral da primeira bolsa faríngea ou do extremo ventral da primeira fenda branquial (4, 11). Para SHEAR (13), esses cistos são provavelmente derivados de restos epiteliais retidos na linha média durante o fechamento dos arcos branquiais mandibular e hioideo (4, 13).

Cistos dermoides do assoalho de boca compreendem somente 1,6% a 6,5% de todos os cistos dermoides do corpo e calcula-se de 23% a 34% para as regiões de cabeça e pescoço. A grande maioria dos cistos dermoides situa-se na linha média, 16% envolve mais do que um dos três possíveis espaços da região do assoalho de boca e somente 6% são situados exclusivamente no espaço submandibular (13).

NEW & ERICH (9) realizaram uma revisão de 1.495 casos de cisto dermoide. Vinte e quatro casos foram relatados na região oral e somente sete foram localizados na região submandibular (9). Embora raros, outros investigadores também relataram a sua ocorrência na área submandibular/cervical (4, 6).

Se o cisto se localiza acima do músculo genioihoideo, a tumefação sublingual pode deslocar a língua superiormente e causar disfagia, dislalia ou, ainda, dispneia. Os cistos localizados abaixo do músculo genioihoideo muitas vezes causam uma tumefação submentoniana, dando a aparência de um “queixo duplo” ou submandibular (1, 2, 8).

É assintomático, possui crescimento lento, bem circunscrito e unilocular. À palpação possui consistência borrachoide. As lesões são geralmente menores

que 2 cm em diâmetro no entanto, exemplos extremos podem ser de 8 a 12 cm. O cisto dermoide lateral tende a ser maior porque seu crescimento está limitado somente pelo tecido mole circunvizinho, enquanto, que o cisto dermoide oral é limitado pelos confinamentos do osso mandibular adjacente. Nenhum aumento de volume intraoral é observado com o cisto dermoide lateral. O crescimento continua até que a pressão intracística for equilibrada pela resistência de estruturas anatômicas. Pode ocorrer infecção secundária e a lesão drenar para o interior da cavidade oral ou para a pele. Devido à sua posição no triângulo submandibular, o cisto dermoide lateral pode ser mal interpretado e representar uma patologia de glândula salivar submandibular (4, 6).

O diagnóstico por imagem usado para lesão maciça, situado no assoalho da boca ou nas regiões submental e submandibulares, incluem o tomografia computadorizada (CT), a ultrassonografia (USG) e ressonância magnética (IRM) (2).

São limitados por epitélio escamoso estratificado ortoceratinizado, com uma camada de células granulares proeminente e ceratina abundante no interior da luz do cisto. A parede cística é constituída de tecido conjuntivo fibroso que contém um ou mais anexos cutâneos, tais como glândulas sebáceas, folículos pilosos ou glândulas sudoríparas. Pelos são raramente encontrados (6, 8).

O diagnóstico definitivo se a lesão cística é cisto dermoide ou epidermoide não pode ser determinado sem análise histopatológica (2).

SEWERIN & PRAETORIUS (12) chamam a atenção para a im-

portância de cortes seriados para a diferenciação entre cistos epidermoides e dermoides, já que quando o patologista lança mão de poucos cortes pode pegar para o estudo áreas não representativas de toda a lesão, como, por exemplo, áreas que não contenham os anexos cutâneos que por ventura estejam presentes, causando a erro no diagnóstico (4, 12).

Diagnóstico Diferencial

A maioria dos patologistas distinguem entre o cisto epidermoide, que consiste em um cisto simples alinhado pelo epitélio escamoso ceratinizado e no cisto dermoide, que tem o forro epitelial similar mas com uma ou mais estruturas do anexo cutâneo (3, 4, 8).

Cistos dermoides do assoalho de boca em região lateral são raramente considerados diagnóstico diferencial de massas submandibulares laterais. Segundo LOUIS *et al.* (5), os diagnósticos diferenciais podem ser amplamente agrupados em quatro categorias: infecções/inflamações, tumores, obstrução de glândula salivar, fenômeno de extravasamento de muco e anomalias embriológicas anatômicas (2, 5, 14).

MEYER (7) ressalta algumas entidades que podem se assemelhar clinicamente a um cisto dermoide: rânula mergulhante, obstrução uni ou bilateral dos ductos de Wharton, cisto do ducto tireoglossal, angina de Ludwig, higroma cístico, cisto da fenda branquial, infecção ou celulite aguda do assoalho de boca, infecção das glândulas submandibular e sublingual, tumores benignos e malignos do assoalho da boca e das glândulas saliva-

res adjacentes e massa de gordura normal na área submentoniana (3, 4, 6, 7).

Do grupo benigno de tumores, os lipomas são encontrados frequentemente no pescoço. Embora superficiais os lipomas são diagnosticados facilmente pela palpação, lipomas profundos são mais difíceis de avaliar clinicamente. Linfangiomas são geralmente diagnosticados e tratados durante a infância (10).

A fim de avaliar um aumento de volume no pescoço, o clínico deve sempre examinar e inspecionar ambos os lados do pescoço, já que muitas condições patológicas ocorrem bilateralmente. Girar e dobrar a cabeça do paciente são essenciais, não só para avaliar a provável dimensão do tumor mas para avaliar a

natureza dolorosa ou indolor da massa e a condição dos tecidos circunvizinhos (10).

Tratamento e Prognóstico


São tratados por excisão cirúrgica. Aqueles localizados acima do músculo geniioideo podem ser removidos por incisão intraoral e os situados abaixo do músculo geniioideo podem necessitar de um acesso extraoral. A recorrência é incomum (3, 8, 14). São raros os relatos de transformação maligna para um carcinoma de células escamosas (8).

Cisto dermoide lateral ao asoalho de boca aparece no espaço submandibular ou alcança o espaço sublingual e é mais convenientemente ser removido através de incisão submandibu-

lar. Grandes cistos peri e transmilohioideo podem requerer ambos acessos (intra e extraoral) para fornecer a visualização direta de estruturas adjacentes importantes (1, 3, 14).

A remoção cirúrgica é facilitada pela presença de sua parede cística bem definida e reconhecível (6).

Conclusão

- As características clínicas do cisto dermoide podem levar a erros no diagnóstico.
- O diagnóstico definitivo só pode ser determinado após análise histopatológica realizando cortes seriados a fim de se avaliar toda a lesão.
- O seu tratamento é bem estabelecido na literatura, sendo improvável a sua recidiva após biopsia excisional. 

Referências Bibliográficas

1. AL-KHATEEB, T. H., AL-MASRI, N. M., AL-ZOUBI, F. Cutaneous cysts of the head and neck. *J Oral Maxillofac Surg.*, v. 67, p. 52-57, 2009.
2. ARIYOSHI, Y., SHIMAHARA, M. Magnetic Resonance Imaging of a submental dermoid cyst: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.*, v. 61, p. 507-510, 2003.
3. ARMSTRONG, J. E., DARLING, M. R., BOHAY, R. N. et al. Trans-geniiohyoid dermoid cyst: considerations on a combined oral and dermal surgical approach and on histogenesis. *J Oral Maxillofac Surg.*, v. 64, p. 1825-1830, 2006.
4. FILHO, J. R. L., SILVA, E. D. O., MORAIS, H. H. A. et al. Cisto dermóide: relato de um caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial.*, v. 3, n.1, jan./mar., 2003.
5. MANDEL, L., SURATTANONT, F. Lateral dermoid Cyst. *J Oral Maxillofac Surg.*, v. 63, p.140-144, 2005.
6. NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. et al. *Patologia Oral & Maxillofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
7. NEW, G.B., ERICH J.B. Dermoid cysts of the head and neck. *Surg Gynecol Obstet.*, p. 48:65, 1937.
8. RAPIDIS, A. D., FARATZIS, G., LAGOIANNIS, G. et al. Large swelling of the lateral neck. *J Oral Maxillofac Surg.*, v. 63, p. 820-828, 2005.
9. ESZLER, C. B., EL-NAAJ, I. A., EMODI, O. et al. Dermoid Cysts of the lateral Floor of the mouth: A Comprehensive Anatomico-Surgical Classification of Cysts of the Oral Floor. *J Oral Maxillofac Surg.*, v. 65, p. 327-332, 2007.

Recebido em: 03/12/2009

Aprovado em: 26/04/2010

Tariza Gallicchio

Praia do Flamengo, 374 - bloco B/apt. 602 - Flamengo

Rio de Janeiro/RJ, Brasil - CEP: 22210-030

E-mail: tarizabuco@yahoo.com.br