



CISTO DERMOIDE NO ASSOALHO BUCAL: relato de caso

Dermoid cyst in the floor of the mouth: case report

**Flávia Cristina Rosas de Carvalho^a, Nadine Vibian Taira^b, Taciana Barcellos Carvalheira^b,
Débora de Martins e Silva^b, Paula Aparecida Monfardini Gonçalves^b**

^a CD, MsC, Professora de Propedêutica Clínica do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras, RJ - Brasil, e-mail: flaviacristina@globo.com

^b Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras, RJ - Brasil.

Resumo

OBJETIVOS: Apresentar e discutir um caso de cisto dermoide, uma incomum má-formação cística de desenvolvimento. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** Este cisto ocorre comumente na linha média do assoalho da boca ou na área submentoniana. A prevalência é muito baixa em cabeça e pescoço (2% de todos os cistos dermóides). A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha. Discutem-se aspectos relativos ao diagnóstico, ao tratamento estabelecido e ao acompanhamento do paciente.

Palavras-chave: Cisto dermoide. Teratoma. Patologia bucal. Cirurgia bucal.

Abstract

OBJECTIVES: To present and discuss a case of dermoid cyst, an uncommon developmental cyst malformation. **DISCUSSION AND CONCLUSION:** The incidence of this cyst in the head and neck regions is low, occurring in only about 2 % of all dermoid cysts. The diagnosis is established through clinical and histopathologic exams, and its treatment is surgical excision as early as possible. The authors report here the case of a patient who developed a dermoid cyst and emphasize the clinical exam, treatment and follow up features of this case.

Keywords: Dermoid cyst. Teratoma. Oral pathology. Oral surgery.

INTRODUÇÃO

O cisto dermoide é uma má-formação cística de ocorrência rara, classificada como teratoma cístico benigno. É limitado por um epitélio semelhante à epiderme, contendo estruturas anexas em sua parede, como glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos. Estes cistos originam-se de restos epiteliais retidos na linha média durante o fechamento dos arcos branquiais mandibulares e do osso hioideo. A prevalência na região de cabeça e pescoço é baixa (2% de todos os cistos dermoides). Acometem mais adultos jovens sem predileção por sexo (1-5). Clinicamente apresenta-se como tumefação, de consistência mole à palpação por conter restos de ceratina e secreções sebáceas em seu interior. Apresenta coloração róseo-amarelada, de crescimento lento e indolor (6-10).

A lesão geralmente apresenta aproximadamente 2 cm de diâmetro, tendo sido relatado casos com 5 à 12 cm. Pode acometer a região anterior do assoalho bucal na linha média, região submandibular e sublingual, havendo relatos de localização na mucosa jugal. Quando em localização supra-milohioidea, pode causar deslocamento antero-posterior da língua, causando transtornos fonéticos e respiratórios; se inframilohioidea, causará tumefação no pescoço (5, 6, 9). Microscopicamente são limitados por epitélio estratificado pavimentoso, contendo no seu interior ceratina e conteúdo lipídico derivado de secreções sebáceas. Sua parede é formada por tecido conjuntivo fibroso e estruturas anexas.

No diagnóstico diferencial, deve-se considerar rânula, bloqueio uni ou bilateral dos ductos de Wharton, cisto do trato tireoglossal, higroma cístico, cisto da fenda branquial, infecção ou celulite do assoalho de boca e região submandibular (8, 10).

A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha, com pouco risco de recidiva. Portanto, é importante que seja diagnosticado precocemente para profilaxia dos citados transtornos fisiológicos. Apresenta-se um caso de cisto dermoide de grande tamanho, enfatizando-se diagnóstico e tratamento (4, 5, 7).

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 27 anos de idade, leucoderma, apresentou-se com queixa de

“bola embaixo da língua”. Apresentava dislalia, disfagia e desconforto para dormir. Atribuía a lesão ao uso de aparelho ortodôntico que usava até poucos dias antes da consulta.

Apresentava tumefação no assoalho de boca, na região anterior, na linha média, com coloração róseo-amarelada, mucosa íntegra e medindo aproximadamente 5 cm de diâmetro (Figura 1). A lesão tornava-se mais evidente quando a língua era levantada; à palpação, apresentava consistência macia.

O diagnóstico inicial provisório foi de cisto dermoide. Indicou-se excisão cirúrgica, sob anestesia local (Figura 2). Após a remoção, o espécime foi submetido a exame microscópico. O diagnóstico foi cisto dermoide (Figura 3). O aspecto clínico após uma semana é mostrado pela Figura 4.



FIGURA 1 - Tumefação situada no assoalho da boca, mediana, deslocando a língua



FIGURA 2 - Peça cirúrgica, cisto enucleado

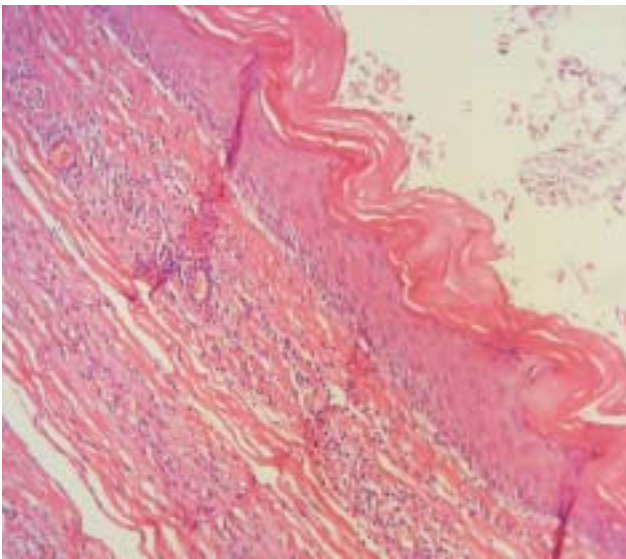


FIGURA 3 -Epitélio escamoso estratificado ceratinizado; tecido conjuntivo fibroso subjacente. (HE 40 X)



FIGURA 4 -Aspecto pós-operatório, 7 dias

O paciente submeteu-se a controle pós-operatório durante um ano, não apresentando recidiva.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os dados relativos aos aspectos clínicos, incidência, meios de diagnóstico e tratamento do caso relatado estão de acordo com a literatura (2, 3, 5, 7). Os cistos dermoides são tratados por excisão cirúrgica, apresentando raras recorrências quando totalmente removidos. As lesões

geralmente atingem menos de 2 cm de diâmetro (1). No caso ora apresentado, o grande tamanho alcançado pela lesão pode ter sido decorrente do diagnóstico tardio (9, 10).

Outro aspecto relevante que merece destaque é a localização no assoalho bucal, raramente descrita na literatura (2).

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem ao Dr. Abner Senna Pires, pela sua contribuição durante o procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Laureano JRF, Oliveira e Silva ED, Morais HHA, Xavier RLF. Cisto dermoide: relato de um caso. *Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Fac.* 2003;3(1):17-22.
2. de Aquino HB, de Miranda CC, de Britto Filho CA, Carelli EF, Borges G. Congenital dermoid inclusion cyst over the anterior fontanel: report of three cases. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(2B):448-52.
3. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
4. Shear, M. Cistos da região buco-maxilofacial. 3a ed. São Paulo: Santos; 1999.
5. Santos-Briz Jr A, Serrano R, Del Cañizo A, Santos-Briz A, Agustín PP. Liesegang rings in a dermoid cyst of the floor of the mouth. Report of a case with a cytologic findings. *Acta Cytol.* 2000;44(6):1062-5.
6. Mathews J, Lancaster J, O'Sullivan G. True lateral dermoid cyst of the floor of the mouth. *J Laryngol Otol.* 2001;115(4):333-5.
7. Komiyama K, Miki Y, Oda Y, Tachibana T, Okaue M, Tanaka H, et al. Uncommon dermoide cyst presented in the mandible possible originating from embryonic epithelial. *J Oral Pathol Med.* 2002;31(3):184-7.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM. Patologia oral e maxilofacial. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

9. Neville BW, Damm DD, Allen, CM. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
10. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.

Recebido: 15/03/2009
Received: 03/15/2009

Aceito: 08/04/2009
Accepted: 04/08/2009

Revisado: 29/07/2009
Reviewed: 07/29/2009