

Cisto Dermóide Lateral De Assoalho Bucal

Robson Fidalgo AMUI*

SINOPSE: O autor apresenta um caso de volumoso cisto dermóide lateral de assoalho bucal, raro, tratado cirurgicamente por via intra-oral sob anestesia local. Faz revisão da literatura.

UNITERMOS: Cisto dermóide - cisto de desenvolvimento - cisto congênito.

Introdução

Os cistos dermóides são pseudo-neoplasias, representando uma mal-formação do desenvolvimento, derivados de restos de células multipotentes¹⁷. Podem ser encontrados na cavidade bucal, embora nesta localização sejam bastante raros^{9,10,11,14,15,19}. Ocorrem em qualquer parte do corpo humano, com frequência nos ovários e testículos onde devem ser denominados "teratomas císticos ou cistos teratóides"^{16,19,20}.

Estes cistos, em geral, seriam o produto final da proliferação e degeneração cística de restos epiteliais do tipo ectodérmico, retidos entre a 3ª. e 4ª. semanas intra-uterinas, quando se produz a oclusão das primeiras fissuras embrionárias^{3,5,7,20}.

NEW and ERICH^{12,13}, citado por MEYER¹¹, diagnosticaram 1495 cistos dermóides entre os anos de 1910 e 1935, dos quais 103 (6,94%) localizavam-se na região de cabeça e pescoço e somente 24 destes (1,6%) estavam no assoalho bucal.

Estando tratando este artigo, de um cisto dermóide de cavidade bucal, faremos algumas considerações específicas a esta área, baseadas em revisão da literatura:

* Professor Assistente responsável pela Disciplina de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Uberaba (UNIUBE); Especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade Brasília; Especialista em Saúde Pública pelo CEUB.

Etiopatogenia

Os c.d., que aparecem no assoalho bucal, seriam derivados de restos epiteliais retidos na linha média durante o fechamento dos arcos branquiais mandibular e hióideo^{3,5,11,18}.

Incidência

São considerados cistos de ocorrência rara na cavidade oral^{9,10,11,14,15,19}, mas podem localizar-se na língua, palato duro e mole, bochechas, assoalho bucal, etc.^{2,8,10,11,12,13,20}.

Faixa etária

Não ocorre predileção pela idade^{10,11,14}.

Os cistos dermóides, que aparecem no assoalho bucal, raramente são encontrados por ocasião do nascimento, ao contrário dos dermóides em outras localizações¹⁸. Estas lesões podem ser encontradas em crianças, jovens e adultos. NOGUEIRA¹⁴ relata um caso em uma criança de 4 anos; MATHUR & MENON¹⁰, em uma jovem de 13 anos e NEW and ERICH^{12,13}, citado por MEYER¹¹, relata um caso em um homem de 72 anos. MEYER¹¹ realizou uma estatística onde a média de idade de maior ocorrência ficou entre os 15 e 35 anos.

Sexo

Não há predileção pelo sexo^{1,3,5,11,14,20}. NEW and ERICH^{12,13}, citado por MEYER¹¹, considerou haver uma incidência equilibrada entre ambos os sexos.

Localização

O cisto dermóide de assoalho bucal ocorre com maior frequência dentre os cistos de cabeça e pescoço^{12,13}. No assoalho bucal, aparecem geralmente na linha média e raramente ocorrem lateralmente nesta região, onde são denominados cisto dermóide MEDIANO e LATERAL, respectivamente^{4,5,7,8,20}. Segundo GRINSPAN⁵, os cistos medianos situam-se acima do músculo geni-hióideo, manifestando-se para o assoalho bucal, elevando a língua, sendo também denominados, por GORLIN & GOLDMAN³, de cisto dermóide sub-lingual ou genioglossos. Quando localizados mais profundos, entre os músculos geni-hióideo e milo-hióideo, segundo GRISPAN⁵, se manifestam para a região submentoniana, também sendo denominados, por GORLIN & GOLDIMAN, de cisto dermóide submentoniano ou geni-hióideo (fig. 1).

Para GRINSPAN⁵, os cistos laterais, raros, se localizam profundamente na ranhura que formam as faces externas dos músculos geni-hióideo e milo-

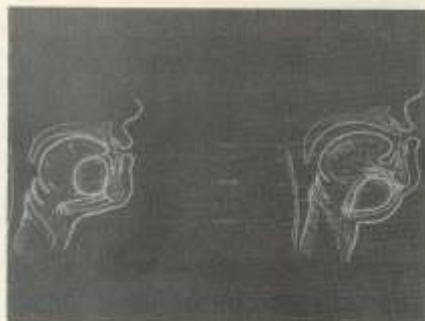


Figura 1

hióideo e só se manifestam quando atingem mais de 3 cm de diâmetro, podendo manifestar-se, indistintamente, para a mucosa ou para a pele.

Para GULLO e cols⁶, quer seja a posição mediana ou lateral, o que mais interessa saber, é a localização, sub-lingual ou submentoniana do cisto, a fim de indicar a mais segura via de acesso cirúrgico, respectivamente intra ou extra-oral.

Aspecto clínico

Estas lesões são formações indolores, de crescimento lento, que variam em tamanho entre alguns milímetros e 10 cm¹⁵. Para ZEGARELLI "et cols"²⁰, o cisto dermóide sub-lingual apresenta superfície lisa, formato arredondado, de coloração rosada, podendo, dependendo do tamanho, elevar a língua (fig. 1) e trazer transtornos à função bucal e, segundo GORLIN & GOLDIMANN³, ao ato de falar, comer, inclusive de respirar devido à pressão exercida sobre a epiglote.

De acordo com ZEGARELLI "et cols"²⁰, o cisto dermóide submentoniano, localizando-se abaixo do m. geni-hióideo, ao contrário, se manifesta como uma tumoração de linha média, de superfície lisa, imediatamente debaixo do mento, onde GRISPAN⁵ relata nesta posição, o aspecto conferido de mento duplo ou papada (fig. 1).

Os cistos laterais, por se localizarem lateralmente no as-

soalho bucal, encontrados entre a face lateral dos m. geni-hióideo e milo-hióideo, produzem clinicamente menos tumefação que os cistos medianos³.

Estes cistos podem ser flutuantes segundo a composição de seu conteúdo^{18,20}. Para LEHMANS⁹, são lesões de coloração amarelada, com sensação pastosa, grumosa à palpação, persistindo a impressão do dedo (sinal do cacifo).

Para vários autores^{1,5,11,16,20}, não muito raro, estes cistos podem se infectar secundariamente, podendo produzir um conduto fistuloso que se abre na boca ou na pele.

Aspecto radiográfico

O exame radiográfico pode distinguir um cisto dermóide de outras lesões de natureza similar, devido a seus conteúdos, que frequentemente são radiopacos^{8,16}, (fig. 2).



Figura 2

Diagnóstico diferencial

Os cistos medianos devem ser diferenciados dos cistos tiroglossos, das adenopatias da área, com cistos sebáceos⁵. Segundo MEYER¹¹, o diagnóstico diferencial de dermóides do assoalho bucal, incluem: (1) rânula, (2) higroma cístico, (3) bloqueio dos condutos de Warthon, unilateral ou bilateral, (5) cistos branquiais, (6) infecções ou celulites do assoalho bucal, (7) infecções de glândulas submandibular e

sublingual, (8) tumores benignos e malignos do assoalho bucal e glândulas salivares adjacentes e (9) massa gordurosa, normal, na área submentoniana. Para GRISPAN⁵, os cistos laterais devem ser diferenciados de todo desenvolvimento anormal da região submandibular, seja inflamatório, tumoral e de fenômenos de retenção (mucocele, rânulas).

Os cistos dermóides laterais podem ser diferenciados facilmente das rânulas⁸, seja pelo exame radiográfico⁸ ou realizando uma punção com agulha grossa, podendo aspirar um material sebáceo, viscoso, amarelado, de cheiro rançoso, característico dos cistos dermóides⁹, enquanto nas rânulas, encontra-se apenas muco em seu conteúdo, o que lhe confere aspecto radiográfico radiolúcido⁸, sendo que a coloração rosada da mucosa oral que recobre o cisto dermóide ajuda na diferenciação de uma rânula, que contém coloração azulada^{5,8}.

Aspecto histológico

Estes cistos são compostos por uma parede de tecido conjuntivo, forrada em sua superfície interna por uma camada fina de epitélio pavimentoso estratificado, contendo na cápsula numerosas glândulas sebáceas, folículos, além de glândulas sudoríparas e sua cavidade preenchida por material sebáceo, bem como queratina^{1,2,3,5,6,11, 14,18,19,20}. MEYER¹¹ propôs uma classificação para os cistos de desenvolvimento do assoalho bucal, considerando a histologia destes:

- Cisto Epidermóide: uma cavidade com revestimento epitelial, circundada por uma cápsula sem a presença de acessórios da pele.
- Cisto Dermóide: uma cavidade com revestimento epitelial, com acessórios da pele (cabelo, folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas) presentes no tecido

conjuntivo subjacente. Isto é um cisto COMPOSTO.

c) Cisto Teratóide: além do encontrado no cisto dermóide, podem ser encontrados na cápsula, os seguintes elementos: derivados do tecido conjuntivo, como fibras, osso, músculos e vasos sanguíneos, tecido respiratório e gastrointestinal. Isto é um cisto COMPLEXO.

Tratamento

Para todos os autores citados na referência bibliográfica deste artigo, estes cistos devem ser tratados cirurgicamente. Segundo MEYER¹¹, a aspiração e o uso de agentes esclerosantes não são tratamentos definitivos. Para LEHMANS⁹, estes cistos são de fácil clivagem e sua exeresse cirúrgica é obrigatória.

Apresentação do caso tratado cirurgicamente

Paciente masculino, cor branca, 19 anos, relatando algumas dificuldades na fala, mastigação, apresentando ligeira elevação lateral sob a língua, no assoalho bucal (fig. 3), e pronunciada tumefação lateral na região submentoniana do lado esquerdo (fig. 4), que surgiram há 3 anos. Inicialmente, descartamos a possibilidade de estarmos diante de uma rânula, devido à coloração rósea normal da mucosa oral que recobria a lesão, pela palpção, da aspiração, por punção, de material oleoso com cheiro rançoso e do aspecto radiopaco no Rx

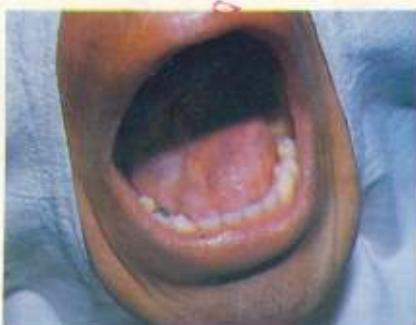


Figura 3



Figura 4

oclusal, caracterizando um cisto de desenvolvimento do assoalho bucal dermóide ou epidermóide. Tomados todos os cuidados prévios, iniciamos a cirurgia sob anestesia local, que mesmo estando a lesão com localização profunda, optamos pelo acesso intra-oral, realizando uma incisão de \pm 5 cm diretamente sobre a elevação e paralela à linha média. Iniciamos cuidadosa divulsão dos tecidos, chegando à lesão de coloração amarelada, de superfície lisa e de consistência pastosa (fig. 5); com o auxílio do dedo indicador, conseguimos fazer a liberação do cisto dos tecidos que o circundavam e, em seguida, fizemos sua enucleação (fig. 6,7). Foi realizada sutura com fio de seda, deixando uma fina sonda de nelaton agindo como dreno. O paciente recebeu medicação antibiótica, analgésica e todos os cuidados gerais da enfermagem. A lesão cística, medindo 7,0x4,0 cm (fig. 8), foi enviada em formol a 10%, para exame de histopatologia. O dreno foi removido após 24 horas da cirurgia e os pontos retirados com 7 dias, apresentando excelente cicatri-



Figura 5



Figura 6

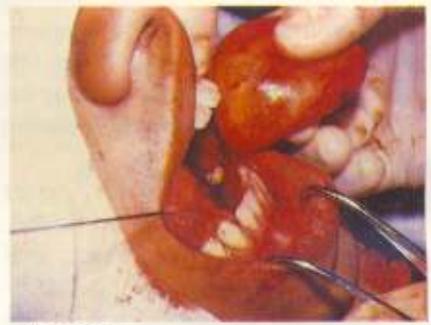


Figura 7

ção e normalidades motoras e sensitivas na região intervida.

Resultado histopatológico

O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de CISTO DERMÓIDE para a lesão enviada.

Discussão

Cisto dermóide é uma lesão de desenvolvimento, congênito, benigno, podendo ocorrer em qualquer parte do corpo, mas raramente na cavidade bucal, com maior incidência no assoalho bucal. Não há predileção por sexo e idade e deve ser diferenciado de outras lesões semelhantes. Histo-



Figura 8

logicamente exibe elementos que o caracterizam, como: folículos pilosos, glândulas sebáceas, sudoríparas e tem sua cavidade preenchida por secreção sebácea e por queratina. Seu tratamento indicado é a enucleação cirúrgica.

Summary

The author presents a case of large lateral dermoid cyst of the floor of the mouth, considered as of rare occurrence to the region, which has been surgically treated through intraoral access and under

local anesthesia. The author accomplished literature revision.

Uniterms

Dermoid cyst - development cyst - congenital cyst

Referências Bibliográficas

01. BUENO, A.C.C. et cols. - Cisto dermóide Múltiplo do V.O.
02. CAHN, L.R. - Patologia da Cavidade Oral - Trad. Claudio Melo. 1a. edição. Rio de Janeiro. Interamericana. 1955. pp. 204-205.
03. GORLIN, G.J., GOLDMAN, H.M.: "THOMA - Patologia Oral". ed. reimp. Barcelona. Editora Salvat S.A. 1977. pp.507-508.
04. GRAZIANI, M. - Cirurgia Buco-Maxilo-Facial - 6a. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1976. pp.476-478.
05. GRISPAN, D. - Enfermidades de La Boca - 1a. ed. Buenos Aires. Editorial Mundia S.A. 1976. pp.2161-2163.
06. GULLO, N. et cols. - Cisto Dermóide Lateral do Assoalho da Boca. Rev. Gaúcho de Odont. RGO. 23 (1): pp.8-14. 1975.
07. HARNICH, H. - Clínica y Terapéutica de Los Quistes Maxilares. Trad. Dr. Bernardo Schwarcz. 1a. edição. Chicago. Quintessence books. 1973. pp. 26, 31-32.
08. KRUGER, G.O. - Cirurgia Buco-Maxilo-facial - 5a. edição Buenos Aires, Editorial Medica Panamericana. 1982 pp.231-232,244.
09. LEHMANS, J. - Vademecum de Odonto-Estomatologia. Trad. Joaquim Clemente de Almeida Moura. 1a. edição. São Paulo. Organização Andrei Editora S.A. 1976 p. 150.
10. MATHUR, S.K., MENON, P.R.N. - Dermoid Cyst of the Tongue. Oral Surg. 50 (3):pp.217-218. 1980.
11. MEYER, I. - Dermoid Cysts (dermoids) of the Floor of the Mouth. Oral Surg. 8: pp. 1149-1164. 1955.
12. NEW, G.B. - Congenital Cysts of the Togue, the Floor of the Mouth, the Pharynx, and the Larynx. Arch Otoraryng. 45: 145-158. 1947. Apud MEYER, I. - Dermoid Cysts (dermoids) of the Floor of the Mouth. Oral Surg. 8: 1149-1164. 1955.
13. NEW, G.B. & ERCH, J.B. - Dermoid Cysts of the Head and Neck. Surg. Gynec. & Obst. 65:48-55. 1937. Apud MEYER, I. - Dermoid cysts (dermoids) of the Floor of the Mouth. Oral Surg. 8: 1149. 1955.
14. NOGUEIRA, C.J.M. - Cisto Dermóide Sublingual. Rev. Gaúcho de Odontologia, RGO. 23 (3): pp. 184-190. 1975.
15. PINDBORG, J.J. - Atlas das Doenças da Mucosa Oral. Trad. Maria A. Madail. 3a. edição. São Paulo. Editorial Médica Panamericana. 1981. p. 172.
16. RAPIDIS, A.D. et cols. - Drmoid Cyst of the Floor of the Mouth. B.J. Oral Surg. 19(1):pp.43-51. 1981.
17. ROBBINS, S.L., COTRAN, R.S. - Patologia Estrutural e Funcional. Trad. Zilton A. Andrade. 2a. edição. Rio de Janeiro. Interamericana. 1983. pp. 119, 744, 1014, 1063.
18. SHAFER, W.G. et cols - Tratado de Patologia Bucal. Trad. Sylvio Bevilacqua. 2a. edição. Rio de Janeiro. Interamericana. 1985. pp. 72-73.
19. TOMASI, A.F. - Diagnóstico Bucal. 1ª. edição. São Paulo. 1976. pp.292-293.
20. ZEGARELLI, V.E. et cols. - Diagnóstico em Patologia Oral. edição reimp. Barcelona. Salvat Editores S.A. 1974. pp. 204-206.