

Cisto epidermóide de assoalho bucal: diagnóstico, prognóstico e tratamento. Apresentação de um caso clínico

Diagnostic, prognostic and treatment of epidermoid cyst of the mouth floor. A case report

Roger William Fernandes Moreira¹, Satiro Watanabe², Renato Mazzonetto¹, Márcio de Moraes¹,
Robson Rodrigues Garcia³, Cristiana Marinho de Jesus⁴

¹Professor da área de Cirurgia Bucomaxilofacial, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp.

²Professor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. ³Aluno do curso de mestrado em Clínica Odontológica com área de Concentração em Cirurgia Bucomaxilofacial, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp. ⁴Aluna do 5º ano de Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

Resumo

O presente artigo visa abordar os aspectos inerentes ao diagnóstico, prognóstico e tratamento dos cistos epidermóides localizados na região de assoalho bucal, relatando o caso de uma criança com um ano e nove meses de idade portadora da lesão.

Palavras-chave: cisto epidermóide, cavidade bucal, tratamento.

Introdução

A presença dos cistos dermóides e epidermóides no assoalho bucal é rara (Black *et al.*, 1993). Entretanto, segundo Shear (1989), quando comparado a outras regiões da cabeça e pescoço, o assoalho bucal é o local em que esses mais ocorrem. New e Erich (1937) revisaram 1 495 casos desses cistos entre 1910 e 1945 e encontraram apenas 103 (6,94%) na região da cabeça e pescoço, 24 dos quais estavam situados no assoalho bucal, o que perfaz apenas 1,6% do total. A maioria ocorre em pacientes adultos jovens, entre 15 e 35 anos, e mais raramente pode aparecer nos primeiros anos de vida (Shear, 1989). Em relação à

Recebido em 11/8/97. Aceito em 17/11/97

inexistência de predileção por sexo masculino ou feminino, existe um consenso na literatura (Shafer *et al.*, 1984; Bueno *et al.*, 1987; Shear *et al.*, 1989; Brusati *et al.*, 1991).

Embora não existam histórias médica e dentária que sejam peculiares aos pacientes com esse tipo de lesão, nem qualquer padrão familiar de ocorrência, o diagnóstico clínico presuntivo dessa patologia não é muito difícil devido ao abaulamento causado nas estruturas que a recobrem. Entretanto, deve ser grifado que o diagnóstico definitivo só é obtido com o exame histopatológico (Bueno *et al.*, 1987).

Classificação e etiologia

Shear, em 1989, classificou os cistos dermóides e epidermóides como cistos do desenvolvimento dos tecidos moles da boca, face e pescoço. O autor afirmou que a etiologia dessas patologias, assim como de outros cistos do desenvolvimento, é bastante polêmica, não estando completamente elucidada. Contudo, uma das teorias mais aceitas afirma que eles são derivados dos restos epiteliais retidos na linha média durante o fechamento dos 1º e 2º arcos branquiais, em torno da terceira e quarta semanas de vida intra-uterina (New e Erich, 1937; Cook, 1950; Grispan, 1976; Gorlin e Goldman, 1977; Kruger, 1982; Tommasi, 1988; Shear, 1989; Brusati *et al.*, 1991; Di Francesco *et al.*, 1995).

Meyer, em 1955, apresentou a seguinte classificação histológica para os cistos dermóides no assoalho bucal:

1. Cisto epidermóide - cisto com o seu epitélio derivado da epiderme e tecido conjuntivo de suporte;
2. Cisto dermóide - cisto com o epitélio similar, mas contendo anexos dérmicos, como glândulas sebáceas ou sudoríparas, folículo piloso no tecido conjuntivo subjacente;
3. Teratoma - uma cavidade revestida de epité-

lio que contém derivações mesodérmicas e endodérmicas, como músculos, mucosa intestinal, mucosa respiratória, tecido fibroso, tecido ósseo, vasos sanguíneos e anexos dérmicos típicos dos cistos dermóides.

Características clínicas

A lesão é de consistência borrachóide à palpação e apresenta bordas delimitadas, situando-se a maioria na linha média da região submentoniana (Bueno *et al.*, 1987). Segundo Black *et al.*, 1993, geralmente é uma lesão assintomática e apresenta evolução lenta progressiva, podendo atingir vários centímetros de diâmetro. Wood e Goaz (1983) citaram um caso de cisto epidermóide apresentado por Chakovortt e Sehatzki, em 1975, em que a lesão atingiu o tamanho de 10x5x5 cm. Ainda quanto a sua localização, torna-se importante determinar a posição da lesão em relação aos músculos miloióide e genioiíide com vistas ao acesso cirúrgico de escolha (Graziani, 1986). Quando a lesão estiver acima do músculo genioiíide, a tumefação intrabucal pode causar a elevação e retração da língua, o que dificulta a fala, a mastigação e a deglutição por parte do paciente (Shafer *et al.*, 1984; Shear, 1989); por sua vez, se a localização for entre os músculos genioiíide e miloiíide, ou abaixo do último, a tumefação pode dar ao paciente o aspecto de queixo duplo (Shafer *et al.*, 1984).

Aspectos histopatológicos

A lesão é formada por epitélio estratificado queratinizado. Para o diagnóstico correto, existe a necessidade de cortes seriados que comprovem a ausência de qualquer outra estrutura cutânea especializada no seu interior, diferenciando-o do cisto dermóide que apresenta essas estruturas (Meyer, 1955; Shafer *et al.*, 1984; Tommasi, 1988).

Diagnóstico diferencial

Normalmente, os achados clínicos e radiográficos são suficientes para se fazer um diagnóstico presuntivo e para excluir uma variedade de outras lesões que são encontradas no assoalho bucal. Entretanto, algumas vezes, o uso de tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética ou exames citológicos após aspiração da lesão podem ajudar a determinar o diagnóstico (Black *et al.*, 1993; Di Francesco *et al.*, 1995).

Como diagnóstico diferencial, as seguintes lesões são citadas: rânula, bloqueio uni ou bilateral dos ductos de Wharton, cisto do ducto tireoglosso, higroma cístico, cisto da fissura branquial, infecção das glândulas submandibular e sublingual, tumores benignos e malignos do assoalho bucal e glândulas salivares adjacentes (Meyer, 1955; Bueno *et al.*, 1987; Shear, 1989; Black *et al.*, 1993). O diagnóstico e a localização correta da lesão em relação à musculatura do assoalho bucal são fatores imperativos para que se estabeleça a técnica cirúrgica adequada e o tratamento da lesão (Brusati *et al.*, 1991).

Tratamento

O tratamento do cisto epidermóide é exclusivamente cirúrgico. A cirurgia pode ser realizada através de abordagem transcutânea na região superior do pescoço ou pelo acesso intrabucal. A escolha do tipo de abordagem cirúrgica dependerá da localização do cisto em relação à musculatura do assoalho bucal (Bueno *et al.*, 1987). O acesso intrabucal é criticado por alguns autores sob a alegação de que não permite um bom controle da área a ser operada, especialmente em casos de cistos amplos (Brusati *et al.*, 1991). A recidiva normalmente é rara, contudo pode ocorrer quando o cisto não foi completamente removido (Tommasi, 1988).

Descrição do caso clínico

Paciente W.R.C., um ano e nove meses de idade, sexo masculino, melanoderma, foi levado pelos pais ao Serviço de Prevenção de Câncer Bucal da Central de Odontologia de Goiânia (SUS-GO), para avaliação de uma “bola embaixo da língua” (sic). No exame extrabucal, notou-se assimetria facial e falta de contato entre os lábios em consequência da presença da lesão. Ao exame intrabucal, observou-se uma tumefação na região do assoalho bucal com, aproximadamente, 4,0 cm de diâmetro, cuja mucosa de recobrimento aparentava ser normal. A lesão apresentava-se mole à palpação e de consistência pastosa, e a mãe do paciente relatou, aproximadamente, um ano e oito meses de evolução (Fig.1). Devido ao seu tamanho, a lesão havia causado a retrusão da língua do paciente, dificultando a

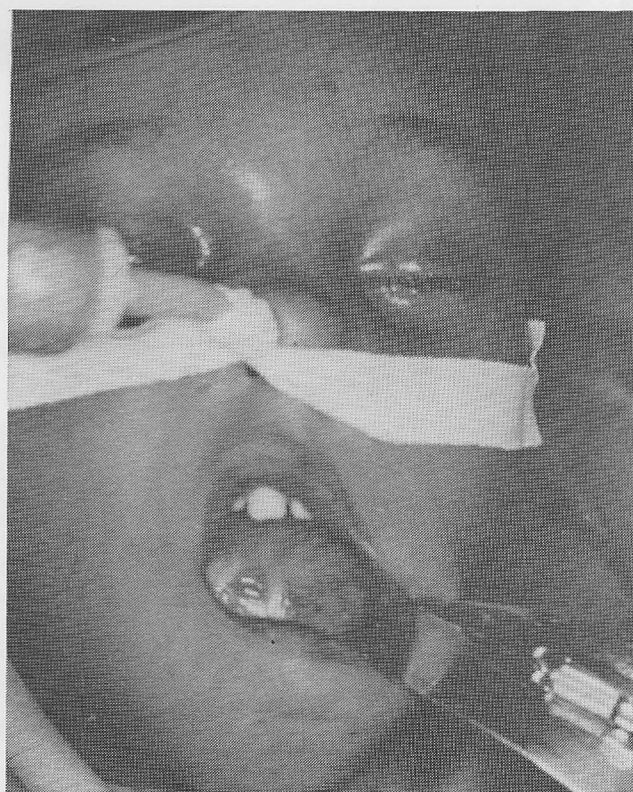


Figura 1 - Aspecto clínico pré-operatório do cisto epidermóide.

respiração da criança. O pai do paciente afirmou que a lesão já havia sofrido duas drenagens, não tendo sido obtidos, contudo, resultados positivos. O exame radiográfico panorâmico revelou ausência de comprometimento ósseo (Fig. 2). Após análise dos achados clínicos e radiográficos, decidiu-se pela exérese total da lesão em ambiente hospitalar, sob anestesia geral. Através de uma incisão realizada na região ventral da língua e linha mé-

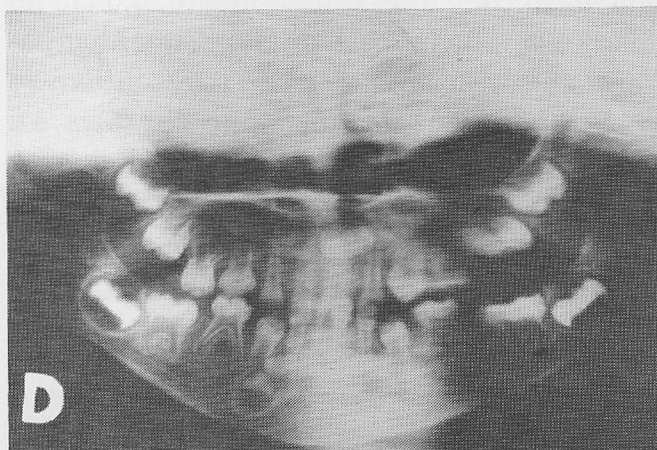


Figura 2 - Exame radiográfico panorâmico.

dia do assoalho bucal e posterior divulsão dos tecidos, promoveu-se a enucleação da lesão (Fig. 3). A ferida cirúrgica foi suturada por planos e teve evolução normal da cicatrização. O material removido foi enviado para o exame histopatológico (Fig. 4), cujo laudo descreveu uma cápsula de tecido conjuntivo revestida internamente por epitélio pavimentoso estratificado queratinizado. O diagnóstico definitivo após o resultado do exame histopatológico associado aos aspectos clínicos da lesão foi de Cisto Epidermóide. O paciente encontra-se em preservação há seis anos, não apresentando sinais de recidiva (Fig. 5).



Figura 3 - Aspecto transcirúrgico da enucleação da lesão.

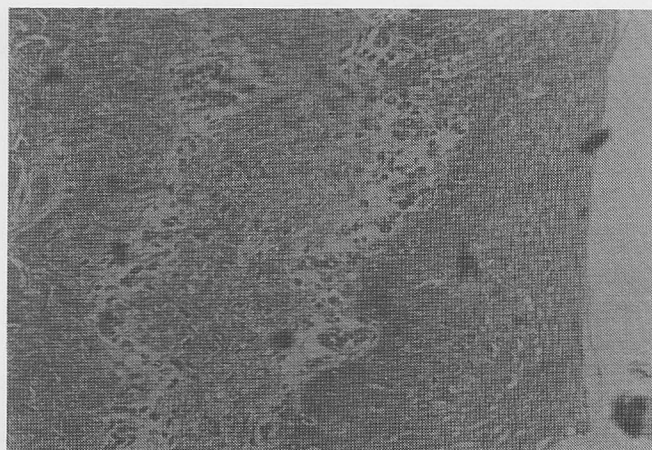


Figura 4 - Aspecto histopatológico do cisto epidermóide.

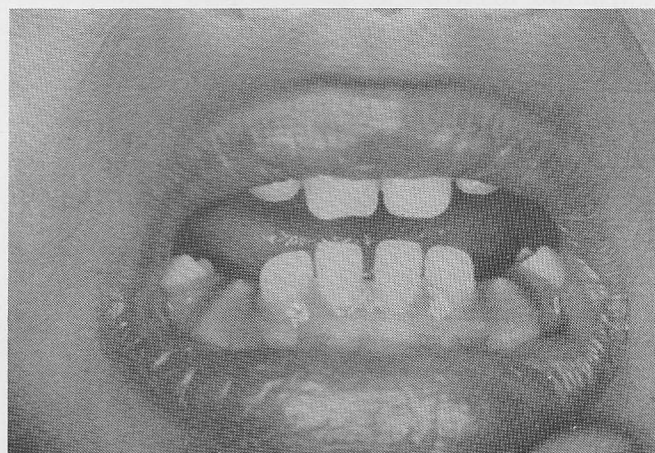


Figura 5 - Aspecto clínico pós-operatório.

Discussão

O tratamento dos cistos epidermóides resume-se à remoção cirúrgica da lesão, seguida de uma adequada proervação. O grande fator diferencial dos atos cirúrgicos para a remoção da lesão tem sido o acesso utilizado. A maioria dos autores concordam em que o acesso intrabucal deve ser escolhido sempre que a lesão estiver acima do músculo genioiíde (Shafer *et al.*, 1984; Bueno *et al.*, 1987). Esse mesmo acesso foi indicado por Brusati *et al.*, em 1991, para a lesão que estiver entre os músculos miloiíde e genioiíde; o autor citou ainda a marsupialização como uma outra forma de tratamento dessa patologia. Nos casos de lesões maiores, pode-se optar pelo esvaziamento do conteúdo cístico, seguido de remoção da cápsula no mesmo ato cirúrgico. Di Francesco *et al.*, em 1995, descreveram uma técnica pela qual todos os cistos epidermóides do assoalho bucal, inclusive os que estão localizados abaixo do músculo genioiíde, podem ser removidos pelo acesso intrabucal.

Parece haver um consenso na literatura de que o acesso de escolha para a remoção dos cistos epidermóides do assoalho bucal deve ser aquele que permite a melhor visualização do campo operatório, facilitando a remoção da lesão. Os acessos intrabucais, sempre que possível, deveriam ser escolhidos por apresentarem uma morbidade menor e por não possuírem a desvantagem de produzir uma cicatriz dérmica, que é sempre indesejável.

Conclusão

Devido ao processo de evolução da lesão e ao tamanho que esta pode atingir, o diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico se tornam imperativos para a melhora da condição do paciente. A localização da lesão em relação

aos músculos miloiíde e genioiíde tem grande importância para se determinar o acesso cirúrgico que proporcionará o melhor tratamento. Uma vez realizada a exérese total da lesão, a recorrência torna-se rara.

Abstract

This case report presents the aspects related to the diagnostic, prognostic and treatment of an epidermoid cysts located in the mouth floor of a 21-month old child.

Key words: epidermoid cyst, oral cavity, treatment.

Referências bibliográficas

- BLACK, E.E., LEATHERS, R.D., YOUNGBLOOD, D.
Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 75, p. 556-8, 1993.
- BRUSATI, R., GALIOTO, S., TULLIO, A., et al. The midline sagittal glossotomy for treatment of dermoid cysts of the mouth Floor. *J. O. Maxillofac Surg.*, v. 49, p. 875-78, 1991.
- BUENO, A.C.C., GREGORI, C., HOMEM, M.G.N.
Cisto dermóide múltiplo do assoalho bucal. Apresentação de caso clínico. *Rev. Odont. USP*, v. 1, n. 2, p. 50-52, 1987.
- COOK, J. T. Dermoid cysts: report of a case. *J. Oral Surg.*, v. 3, p. 740-42, 1950.
- DI FRANCESCO, A., CHIAPASCO, M., BIGLIOLI, F. et al. Intraoral aproch to large dermoid cysts of the floor of the mouth. A technical note. *Int. J. O. Maxillofac. Surg.*, v. 24, p. 233-35, 1995.
- GORLIN, G. J., GOLDMAN, H. M. *Thoma - Patologia Oral*, ed. reimp. Barcelona: Salvat. 1977, p. 507-8.
- GRAZIANI, M. *Cirurgia buco-maxilo-facial*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1986, p. 470-72.
- GRISPAN, D. *Enfermidades de la boca*. Buenos Aires: Ed. Mundial 1976, p. 2161-63.
- KRUGER, G.O. *Cirurgia buco-maxilo-facial*. 5. ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana. 1982, 244p., p. 231-32.
- MEYER, I. Dermoid cysts. (dermoids) of the floor of the mouth. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 8, p. 1149, 1955.
- NEW, G.B., ERICH, J.B. Dermoid cysts of head and neck. *Surg. Gynecol. Obstet.*, v. 65, p. 48-55, 1937.
- TOMMASI, A.F. *Diagnóstico em patologia bucal*. Rio de Janeiro: Artes Médicas. 1988, p. 245.
- SHAFFER, W.G., HINE, M.K., LEVY, B.M. *Tratado de patologia bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1984, p. 72-3.
- SHEAR, M. *Cistos da região bucomaxilofacial*. Diagnóstico e tratamento. Ed Santos. 1989, p. 214-19.
- WOOD, N.K., GOAZ, P.W. *Diagnóstico diferencial das lesões bucais*. 2. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1983, p. 232.

Endereço para correspondência

Prof. Roger William Fernandes Moreira
Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp
Área de Cirurgia Bucomaxilofacial
Av. Limeira 901, C.P. 52
CEP 13414-900
Piracicaba - SP