

Um caso invulgar de um quisto dermóide do pavimento da boca numa doente de 73 anos: Caso clínico

Mariana Neto • Cláudia Santos • Ricardo São Pedro • Carla André • Luís Antunes

RESUMO

Os quistos dermóides são massas derivadas de elementos da ectoderme, caracterizados por apresentarem estruturas anexas associadas. São lesões benignas de crescimento lento, que raramente surgem no pavimento da cavidade oral, sendo a maioria diagnosticada em jovens adultos.

Este artigo relata o caso de uma doente do sexo feminino com 73 anos de idade com um quisto dermóide no pavimento da boca, correspondendo a um achado incidental em Ressonância Magnética Crânio-Encefálica (RM-CE).

O diagnóstico foi alcançado com recurso a Tomografia Computorizada (TC) de pescoço com contraste que evidenciava imagens patognomónicas de quisto dermóide e corroborado, após excisão cirúrgica, com a confirmação anatomopatológica. O tratamento definitivo do quisto dermóide é cirúrgico, tendo sido realizado através de abordagem cervical a sua excisão completa.

Este artigo demonstra então que o quisto dermóide é um diagnóstico diferencial a ter em consideração para massas nesta localização, mesmo em doentes de faixas etárias mais avançadas.

Palavras-chave: Quisto dermóide; Pavimento da cavidade oral; Caso clínico; Doente de 73 anos

INTRODUÇÃO

Os quistos dermóides correspondem a lesões raras que têm origem em elementos da ectoderme, sendo formados por um lúmen revestido por epitélio escamoso e contendo um ou mais apêndices dérmicos, como folículos pilosos ou glândulas sebáceas, associados^{1,4}. A região da cabeça e pescoço é a terceira localização mais comum, correspondendo a cerca de 7% de todos os quistos dermóides⁶. Nesta região, a órbita, a cavidade oral e as fossas nasais constituem os locais de maior incidência^{2,3}.

Geralmente surgem entre a segunda e terceira décadas de vida e segundo a bibliografia atual, apresentam-se na maioria das vezes como massas indolores, de consistência mole e de crescimento lento, recorrendo o doente aos cuidados médicos apenas pela sensação da presença de uma massa naquela localização⁸. Quando mais sintomáticos, provocam geralmente queixas de dificuldade na deglutição de alimentos sólidos⁷. O aumento súbito no tamanho está descrito como sendo devido ao início da puberdade, quando existe um aumento do conteúdo sebáceo das glândulas a nível do quisto dermóide⁷. Quando atingem então maiores dimensões, apesar de não ser frequente, podem causar complicações como disfagia, disфонia e dispneia pelo efeito de massa associado e pela sua localização³. O seu tratamento consiste na excisão cirúrgica total, com uma baixa frequência de recidiva rondando os 3%⁷, estando, no entanto, reportado que se existir infeção secundária do quisto, existe uma taxa de recorrência de 20% após excisão cirúrgica do mesmo⁷. A técnica cirúrgica utilizada depende da localização e dimensão do quisto⁸. A abordagem intraoral é preferida para quistos sublinguais, enquanto a abordagem cervical é utilizada para quistos submandibulares⁸. Apesar disto, a abordagem cervical pode ser usada em quistos sublinguais de maiores dimensões⁸. A abordagem mais usada na literatura é a intraoral, uma vez que acaba por ter resultados estéticos e funcionais melhores do que a abordagem cervical⁸ mas não existem, no entanto, diferenças reportadas em termos de recidiva de acordo com a técnica utilizada. Há casos descritos na literatura de quistos dermóides do pavimento da boca em recém-nascidos e até em doentes na sétima década de vida, mas apesar disto, a incidência mais alta ocorre em

Mariana Neto
Hospital Garcia de Orta

Cláudia Santos
Hospital Garcia de Orta

Ricardo São Pedro
Hospital Garcia de Orta

Carla André
Hospital Garcia de Orta

Luís Antunes
Hospital Garcia de Orta

Correspondência:
Mariana Neto
maiananeto@hotmail.com

Artigo recebido a 21 de Abril de 2021. Aceite para publicação a 20 de Dezembro de 2021.



doentes dos 15 aos 35 anos, com a média de diagnóstico aos 32 anos.^{9,10}

OBJETIVOS

Este artigo apresenta o caso de uma doente de 73 anos com um quisto dermóide no pavimento da boca, e visa discutir os aspetos imagiológicos, histológicos e terapêuticos da patologia, com vista ao diagnóstico e abordagem correta destas lesões mesmo quando surgem em idades mais avançadas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O recrutamento da doente foi feito a partir da consulta externa da especialidade de otorrinolaringologia, tendo sido encaminhada a partir do médico de família. A informação da doente foi consultada com recurso ao processo clínico informático e meios complementares de diagnóstico. A revisão da literatura científica foi realizada com recurso a pesquisa no PubMed, UpToDate e bibliografia específica.

RESULTADOS

Uma doente do sexo feminino com 73 anos de idade, sem antecedentes médicos relevantes, recorreu à consulta de otorrinolaringologia por referência externa devido a um achado incidental numa RM-CE. Este achado apresentava-se como uma lesão quística complexa, com reforço de sinal periférico após gadolínio, no pavimento da cavidade oral (figura 1).

A doente não apresentava sintomatologia, negando disfagia, disфонia ou dispneia. Ao exame objetivo, na

inspeção da cavidade oral, palpava-se na linha média do pavimento bucal uma massa com cerca de 4 cm, com limites bem definidos, de consistência quística, móvel, indolor à palpação. Não se individualizam outras massas. Realizou uma TC de pescoço com contraste para melhor caracterização da lesão naquela localização, que evidenciava uma lesão quística, unilocular, centrada no espaço sublingual, com parede fina e regular, não nodular com 27x22x30 mm, sem realce significativo. Afastava os músculos genioglosso e milohioideu da linha média. Apresentava conteúdo hipodenso heterogéneo constituinte de gordura, com imagens múltiplas de eventual calcificação de elementos dérmicos, num aspeto de “saco de berlines”, patognomónico de quisto dermóide (figura 2).

A doente foi submetida a cirurgia por abordagem cervical com incisão cutânea suprahioideia para excisão completa do quisto (figura 3). A avaliação macroscópica da lesão revelou uma massa quística unilocular com 3x2,5x1,5 cm (figura 4).

Microscopicamente apresentava aspetos concordantes com quisto dermóide, constituído por epitélio escamoso com restos de queratina e glândulas sebáceas associadas. Existiam sinais de inflamação crónica e reação de células gigantes, sugerindo história de rutura microscópica da parede.

Não existia evidência de malignidade (figura 5). A doente evoluiu favoravelmente, mantendo-se assintomática e sem sinais de recorrência da lesão.

FIGURA 1

RM pré-operatória com imagens do quisto dermóide no pavimento da cavidade oral. A- Corte coronal; B- Corte sagital

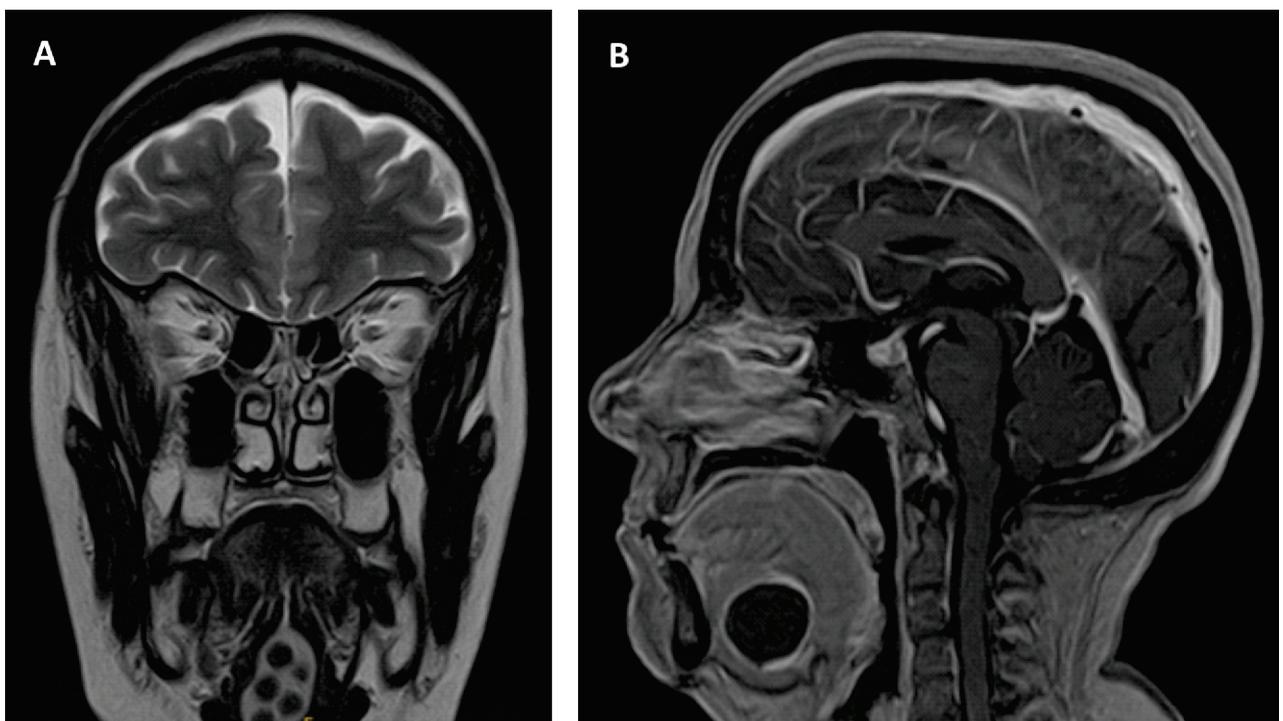
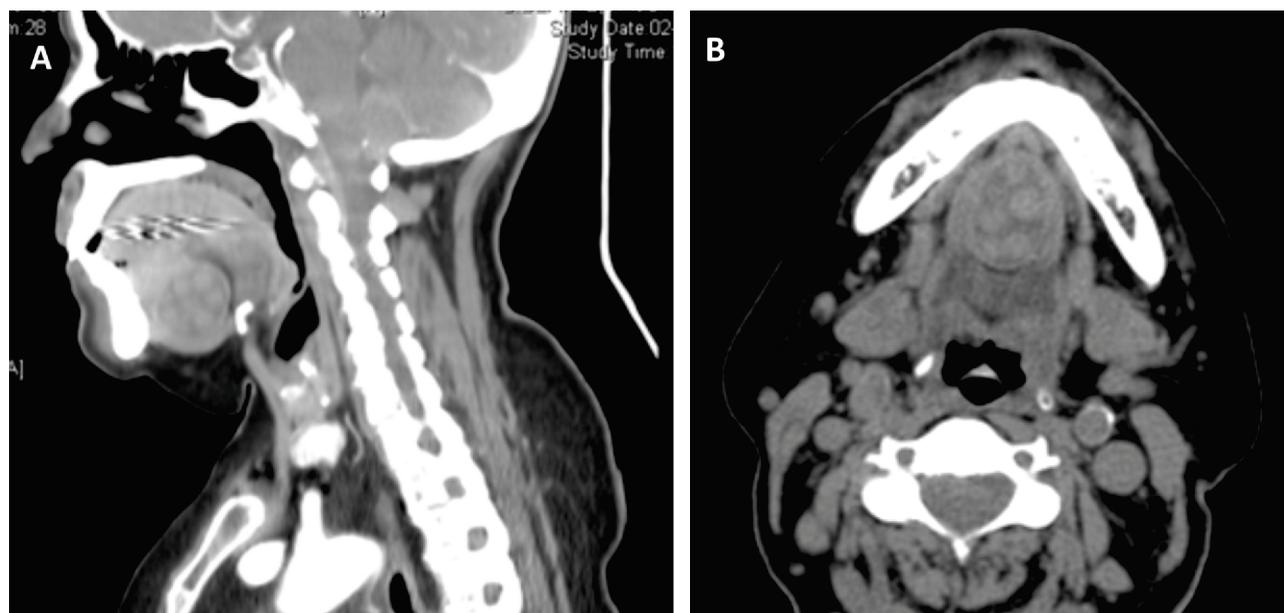
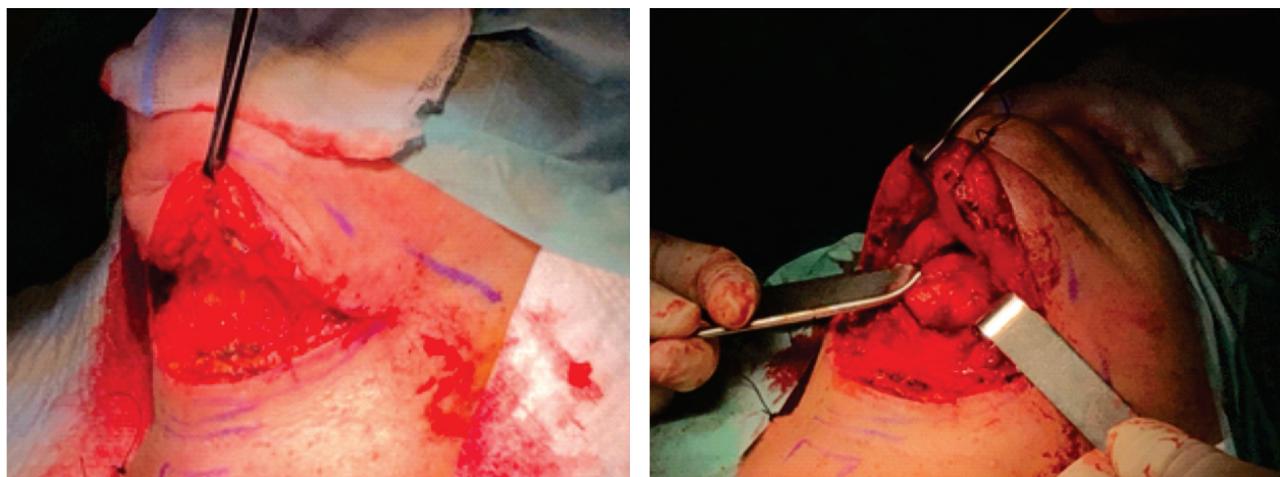


FIGURA 2

TAC com contraste pré-operatória com imagens do quisto dermoide no pavimento da cavidade oral com 27x22x30 mm e aspecto de “saco de berlindes”. A- Corte sagital; B- Corte axial

**FIGURA 3**

Imagens intraoperatórias da excisão do quisto dermoide da base da cavidade oral por abordagem cervical.

**FIGURA 4**

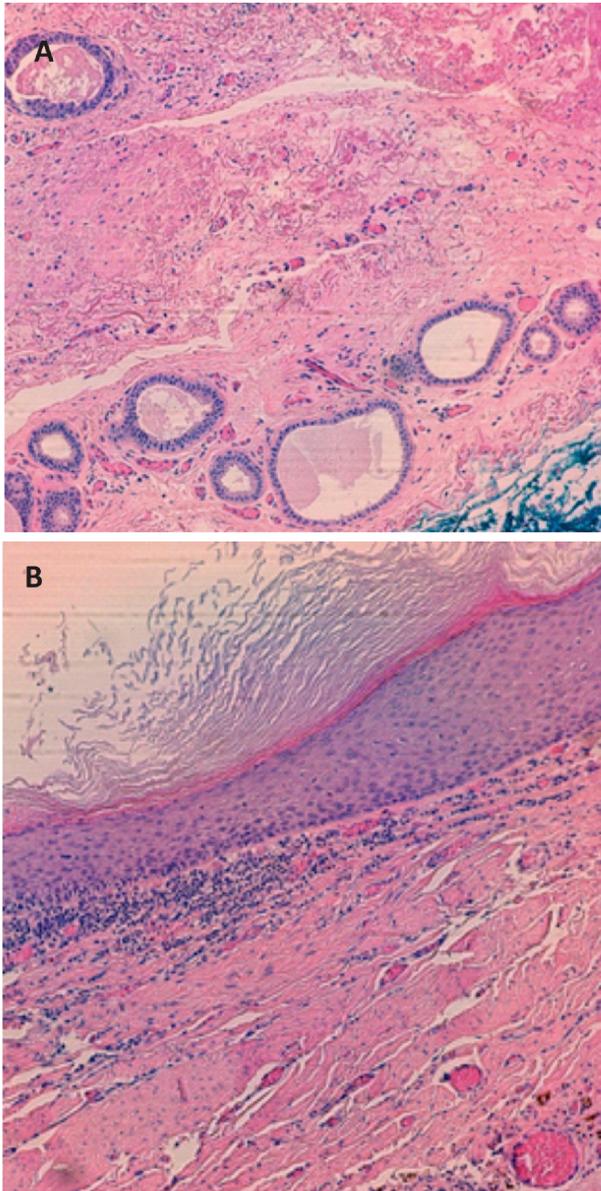
Avaliação macroscópica da lesão demonstrou uma massa quística unilocular com 3x2,5x1,5 cm

**DISCUSSÃO**

Os quistos dermóides podem ter origem congénita ou adquirida. Na forma congénita derivam de células epiteliais retidas durante o desenvolvimento embrionário. Na forma adquirida desenvolvem-se através da implantação de células epiteliais em tecidos adjacentes, devido a trauma ou por iatrogenia.⁵ No caso desta doente não existia história de traumatismo nem de cirurgias prévias naquela localização anatómica, parecendo tratar-se então de uma origem congénita. São habitualmente diagnosticados em jovens adultos, sendo a maior incidência entre os 15 e os 35 anos.⁵ Apesar disto podem surgir em qualquer idade, como no presente caso em que a doente tinha 73 anos, sendo por isso importante considerá-los no diagnóstico diferencial de massas nesta localização em qualquer

FIGURA 5

Imagens microscópicas do quisto dermoide (ampliação 10x). A- Estruturas anexas glandulares associadas; B- Parede do quisto composta por epitélio escamoso com vestígios de queratina



faixa etária. Apesar de usualmente serem indolores, podem causar complicações como disfagia, disфонia ou dispneia quando são de maiores dimensões. Neste caso não existia extensão até à via aérea nem deslocamento da língua, fazendo com que a doente se apresentasse assintomática. A transformação maligna é rara, reportada em menos de 5% dos casos.³ Por estas razões é indicada a excisão da lesão, como acontece nos casos descritos na literatura disponível e como foi adotado nesta doente.⁵ Os exames de imagem, neste caso concreto a TC de pescoço, são fundamentais, auxiliando no diagnóstico diferencial deste tipo de lesões. Surgem na TC como massas uniloculares de parede fina, preenchidas com material homogêneo e hipoatenuado, contendo múltiplos nódulos hipoatenuados de

gordura, criando o aspeto patognomónico do “saco de berlindes”⁶ como acontecia no presente caso clínico. Para além disso, os exames de imagem ajudam também no planeamento da melhor abordagem cirúrgica, tendo em conta o tamanho do quisto e a sua localização anatómica. A cirurgia de um quisto dermoide pequeno (menos de 6 cm) acima do músculo milohioideu pode ser possível através de uma abordagem intraoral e os que surgem abaixo do músculo podem necessitar de uma abordagem cervical.^{3,5} Neste caso, apesar do quisto não ter grandes dimensões, afastava o músculo milohioideu da linha média, tendo sido necessária uma abordagem cervical do mesmo. O diagnóstico definitivo é alcançado com a confirmação anatomopatológica da peça cirúrgica, como aconteceu neste caso em que a histologia era consistente com um quisto dermoide, sem evidência de malignidade.

CONCLUSÃO

Este artigo pretende então relembrar a importância de considerar estas lesões no diagnóstico diferencial de massas nesta localização, independentemente da idade do doente. Pretende também demonstrar a importância dos exames de imagem para o correto diagnóstico e abordagem destas lesões e descrever os aspetos imagiológicos e anatomopatológicos característicos dos quistos dermóides, com enfoque na idade pouco usual para a patologia da doente em causa.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Política de privacidade, consentimento informado e Autorização do Comité de Ética

Os autores declaram que têm o consentimento por escrito para o uso de fotografias dos pacientes neste artigo.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

Abreviaturas:

TC- Tomografia Computorizada

RM-CE- Ressonância Magnética Crânio-Encefálica

Referências bibliográficas

- 1- Martins S, Neto T, Soares J, Balhau R. Large dermoid cyst of the floor of the mouth. An emphasis on differential diagnosis. Case report. *Rev Esp Cir Oral Maxilofacial* 2019; p. 149-152. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v41n3/2173-9161-maxi-41-03-00149.pdf>.
- 2- Koch BL, Hamilton B, Hudgins P, Harnsberger HR. *Diagnostic Imaging Head and Neck*, 3ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 1352
- 3- Patel, H., Mayl, J., Chandra, B., Pritchett, C., & Chandra, T. Dermoid of the oral cavity: case report with histopathology correlation and review of literature. *J Radiol Case Rep*. 2016 Dec p. 19-27. doi: 10.3941/jrcr.v10i12.2995.
- 4- Dermoid of floor of the mouth Case 42. In: Lin H, Roberts D, Harris J. Cummings Review of Otolaryngology. Philadelphia: Elsevier; 2017; pp 277-278
- 5- Dillon JR, Avillo AJ, Nelson BL. Dermoid Cyst of the Floor of the Mouth. *Head and Neck Pathology*. 2015 Sep; p. 376-8. doi: 10.1007/s12105-014-0576-y.
- 6- Giarraputo L, Savastano S, D'Amore E, Baciliero U. Dermoid Cyst of the Floor of the Mouth: Diagnostic Imaging Findings. *Cureus*. 2018 Apr. P. 2403. doi: 10.7759/cureus.2403
- 7- Dabholkar JP, Patole AD, Sheth AS, Saaj R. Congenital cystic lesions in head and neck. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003 Apr;55(2):128-30. doi: 10.1007/BF02974621.
- 8- Ucar S, Iseri M, Ozturk M, Ulubil SA. Dermoid cysts of the floor of mouth: a review. *J Otolaryngol ENT Res*. 2015;2(3):106-109. DOI: 10.15406/joentr.2015.02.00024.
- 9- King RC, Smith BR, Burk JL. Dermoid cyst in the floor of the mouth. Review of the literature and case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994 Nov;78(5):567-76. doi: 10.1016/0030-4220(94)90166-x.
- 10- Ucar S, Iseri M, Ozturk M, Ulubil SA. Dermoid cysts of the floor of mouth: a review. *J Otolaryngol ENT Res*. 2015;2(3):106-109. DOI: 10.15406/joentr.2015.02.00024.