

DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DO CISTO EPIDERMÓIDE

REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

Diagnosis, Treatment And Prognostic of Cyst Epidermoide Literature review and A Case Report

Renato Ribeiro Nascimento*
Weuler dos Santos Silva**

RESUMO

O cisto epidermóide é um cisto comum da pele, mas também pode estar associado a cavidade bucal, essa entidade é limitada por um epitélio semelhante ao da epiderme. A presença dos cistos dermóides e epidermóides na face é rara e sua ocorrência na região maxilo-facial é de aproximadamente 7%. O objetivo desse trabalho é apresentar passos que auxiliam no diagnóstico e tratamento, relatando dois casos de cistos epidermóides. A etiologia dessa patologia é bastante questionável e não está bem esclarecida. Concluímos que após o diagnóstico e a remoção da lesão há uma melhora na condição estética e psicológica do paciente.

UNITERMOS

Cirurgia, Cisto, Cisto Epidermóide.

INTRODUÇÃO

A manifestação dos cistos dermóides e epidermóides na face ocorre de forma rara e eles são incomuns antes da puberdade a menos que estejam associados à Síndrome de Gardner e sua manifestação é mais freqüente nas áreas propensas à acne da cabeça, pescoço e costas⁹. NEW & ERICH¹⁰ (1937) revisaram 1495 casos desses cistos entre 1910 e 1945 e encontraram 103 (6,94%) na região maxilo-facial. O epitélio que compõe este cisto é do tipo pavimentoso estratificado queratinizado e eventualmente pode ser composto por epitélio do sistema respiratório (pseudo estratificado ciliado) e sua manifestação é maior em pessoas com idade entre 15 e 35 anos, portanto a incidência já no nascimento e em idosos é rara¹⁴.

O objetivo desse trabalho é apresentar dois casos nos quais os pacientes apresentam essa entidade patológica rara, apontar passos que auxiliam no diagnóstico, tratamento e apresentar o prognóstico.

REVISÃO DE LITERATURA

Há um consenso na literatura que esse cisto não apresenta predileção para gênero^{2,3,5,8,13,14}. A etiologia dos cistos dermóide e epidermóide é bastante polêmica e não está completamente esclarecida. Para NEVILLE⁹ et al (1998), muitas vezes estes cistos desenvolvem-se após a inflamação localizada do folículo e provavelmente representam uma proliferação do epitélio infundibular como resultado de um processo de cicatrização, ocasionalmente os cistos dermóides e epidermóides na pele podem originar por uma implantação

traumática do epitélio.

Para fazer o diagnóstico correto entre cisto dermóide e epidermóide é necessário fazer cortes histológicos seriados que comprovem a ausência de anexos cutâneos, uma vez que essas estruturas estão presentes somente no cisto dermóide^{7,13,15}. BARBACHAN¹ et al (1987), afirmaram que um dado clínico importante é a presença de queratina em seu interior.

Segundo D'ANTÔNIO⁴ et al, (2000) quando a lesão manifesta-se na pele o diagnóstico diferencial deve ser estabelecido entre celulite, acúmulo de tecido adiposo e neoplasia dos tecidos moles locais e diante da manifestação dessa lesão no assoalho da boca deve-se diferenciar de uma rânula, obstrução do ducto da glândula submandibular, neoplasia da glândula sublingual e salivares menores, cisto do ducto tireoglosso, higroma cístico e as demais citadas acima. HEINE & CARLET⁵ (1997), afirmaram que a lesão pode causar elevação da língua gerando dificuldade de fonação e deglutição quando se manifesta no assoalho bucal mais precisamente acima do músculo gênio-hióideo.

Para KING⁶ et al (1994), dividiram histologicamente em três tipos de acordo com o seu conteúdo. Se não há anexos dérmicos presentes, o cisto é dito epidermóide; se anexos como glândulas sebáceas, glândulas sudoríparas ou folículos pilosos estão presentes, o cisto é dito dermóide. O terceiro tipo, denominado teratoma, é formado por revestimento contendo estruturas das três camadas germinativas – ectoderma, mesoderma e endoderma – podendo conter em seu interior anexos dérmicos, segmentos de músculo, osso e mucosa respiratória ou

*Aluno do 9º período da FOA, estagiário em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis.

**Especialista em CTBMF pelo HCFMUSP, Cirurgião Buco Maxilo Facial do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis.

gastrointestinal.

O tratamento consiste na enucleação cística com remoção completa da cápsula, sua recidiva é rara e seu prognóstico bastante favorável^{15,8,11,12,15}. MOREIRA⁸ et al (1997), relataram um caso onde houve drenagem espontânea, mas a resolução da lesão só ocorreu com a abordagem cirúrgica. Para SHAFER¹³ et al (1984) apresentam que o acesso cirúrgico intrabucal deve ser escolhido de acordo com a localização da lesão.

CASO CLÍNICO 1

Paciente R.N.C.S., 19 anos de idade, masculino, melanoderma, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, com queixa principal do aparecimento de um "caroço" no rosto (sic). A lesão apresentou um crescimento lento com início aproximadamente quatro anos, localizado na região zigomática direita, assintomático, mas em hipertermia o paciente relata discreta dor no local da área afetada. Os antecedentes pessoais e familiares revelaram que o paciente é alérgico a poeira e a mãe é diabética. No exame físico extrabucal nota-se aumento de volume na região zigomática do lado direito, gerando assimetria facial (Figuras 1 e 2). A lesão apresenta com característica exóftica, com tamanho de aproximadamente 2 cm de diâmetro, consistência firme a palpação, apresentando mobilidade e não estando aderida em planos profundos e a pele está íntegra no local com ausência de ulceração. No exame físico intrabucal as estruturas anatômicas mostram-se normais e as condições de higiene são boas. Com base na anamnese e no exame clínico foi solicitado exames complementares (hemograma completo, coagulograma completo e glicemia em jejum) para realização da cirurgia e estes apresentaram com valores normais, o exame radiográfico de Waters (Figura 3) revelou ausência de comprometimento ósseo.



Figura 1 – Assimetria facial evidenciada na região zigomática do lado direito.



Figura 2 – Nódulo de aproximadamente 2 cm de diâmetro envolvendo a região zigomática direita.



Figura 3 – Incidência radiográfica de Waters revelando estruturas com contorno e densidade radiográfica com aspectos de normalidade na região zigomática direita.

Após uma avaliação dos achados clínicos e radiográficos optaram por uma biópsia excisional com exérese total da lesão sob anestesia local. A punção aspirativa por agulha fina foi negativo (Figura 4).



Figura 4 – Ausência de secreção na punção aspirativa por agulha fina.

Uma incisão reta foi feita sobre a pele que recobria a lesão, em seguida com a ordenha do local gerando uma drenagem de material pastoso de coloração esbranquiçada (Figura 5) e odor característico. Com posterior divulsão dos tecidos promoveram enucleação da lesão (Figuras 6 e 7). A sutura da ferida cirúrgica foi realizada através de pontos simples (Figura 8) e a cicatrização ocorreu de maneira normal (Figura 9). O conteúdo da lesão e a cápsula cística foram enviados para o exame histopatológico e a descrição do laudo feito da seguinte maneira, cortes que exibem formação cística, revestida por epitélio pavimentoso estratificado com diferenciação em camadas espinhosas, granulosas, córneas, não havendo indícios de malignidade (Figura 10) e diagnóstico conclusivo de cisto epidermóide. O paciente está em proervação há 12 meses e não há sinais clínicos de recidivas.



Figura 5 – Ceratina com aspecto pastoso, coloração esbranquiçada e odor característico.



Figura 6 - Divulsão dos tecidos moles com tesoura Metzenbaum e enucleação da cápsula da lesão.

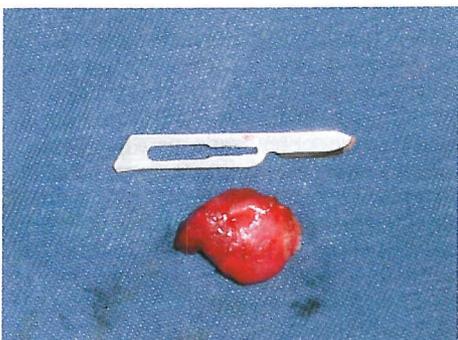


Figura 7 - Cápsula cística com aproximadamente 2cm x 2,5cm.



Figura 8 - Sutura da ferida cirúrgica através de 3 pontos simples usando fio de nylon 00000.



Figura 9 - Remoção da sutura após 7 dias mostrando a cicatrização em condições de normalidade.

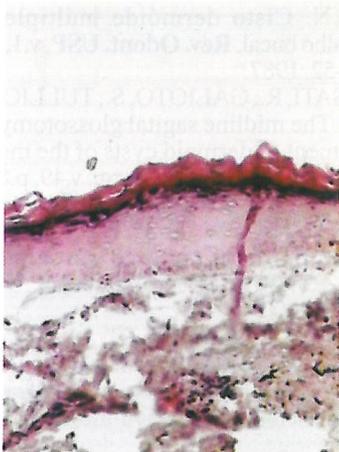


Figura 10 - Parede cística mostrando tecido conjuntivo fibroso e epitélio pavimentoso estratificado ceratinizado revelando as camadas espinhosa e córnea associada ao lúmen cístico.

CASO CLÍNICO 2

Paciente J.S.S, 12 anos de idade, feminino, leucoderma, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, com queixa estética por ter aparecido um “lobinho” em seu rosto (sic). A lesão localiza-se na região zigomática direita, assintomático e aproximadamente 6 meses a paciente notou o início do aumento volumétrico. Os antecedentes pessoais e familiares não revelaram nada digno de nota. No exame físico extrabucal nota-se discreto aumento volumétrico na região zigomática direita (Figuras 11 e 12).

A lesão apresenta com característica exofítica, com aproximadamente 1 cm de diâmetro, consistência firme a palpação, presença de mobilidade, não estando aderida a planos profundos e a pele apresenta íntegra no local. No exame físico intrabucal as estruturas apresentam-se normais. Com base nos dados obtidos na anamnese e no exame clínico foi solicitado exames complementares (hemograma completo, coagulograma completo e glicemia em jejum) para realização do procedimento cirúrgico e estes apresentaram com valores normais.

Após a análise dos dados clínicos optou-se por uma biópsia excisional com exérese total da lesão sob anestesia local. Uma incisão reta foi feita sobre a pele que recobria a lesão (Figura 13), obedecendo a linhas de tensão (rugas) da face para favorecer a cicatrização, posteriormente realizando divulsão dos tecidos moles (Figura 14) foi feito exérese da lesão (Figura 15). A sutura da ferida cirúrgica foi executada com ponto contínuo intradérmico (Figura 16) e a cicatrização ocorreu de maneira normal (Figura 17). A cápsula cística enviada para o exame histopatológico apresenta a descrição do laudo da seguinte forma, estrutura cística formada por parede de tecido conjuntivo, revestida por epitélio escamoso com formação de camada granulosa, contendo no lúmen lamelas córneas (Figura 18), não havendo indícios de malignidade e o diagnóstico de cisto epidermóide é conclusivo. A paciente está em proervação há seis meses e não há sinais clínicos de recidiva.



Figura 11 - Discreto abaulamento na região zigomática direita



Figura 12 - Nódulo de aproximadamente 1 cm de diâmetro presente na região zigomática direita.



Figura 13 - Incisão reta feita com lâmina 15 obedecendo às linhas de tensão da face (rugas).



Figura 14 - Divulsão dos tecidos moles com uma tesoura Metzenbaum.

Associação Educativa Evangélica
BIBLIOTECA



Figura 15 - Inuclação da lesão usando uma pinça hemostática curva.



Figura 16 - Sutura contínua intradérmica com fio de nylon 0000.



Figura 17 - Cicatrização com aspecto de normalidade revelando uma cicatriz discreta após 15 dias.

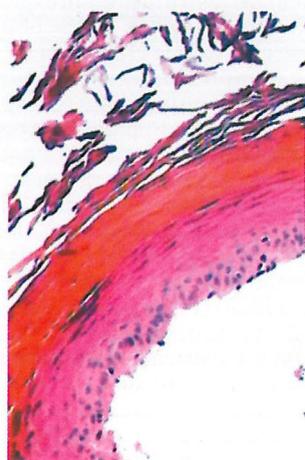


Figura 18 - Fotomicrografia mostrando ausência de anexos cutâneos, presença de epitélio pavimentoso estratificado ceratinizado, lúmen cístico e ortoceratina em seu interior.

DISCUSSÃO

A etiologia dos cistos epidermóides é bastante polêmica e não está bem esclarecida. Acredita-se que a implantação devido a um trauma seria o mecanismo de desenvolvimento mais aceito⁹, mas no presente trabalho apresentado não foi relatado nenhum trauma pelos pacientes que pudéssemos relacionar ao surgimento da lesão. Em relação à faixa etária estamos em comum acordo com a literatura para o caso clínico 1, pois o caso clínico 2 apresenta uma manifestação ligeiramente precoce ao relatado. No exame histopatológico os anexos cutâneos estavam ausentes e a patologia foi classificada em cisto epidermóide.⁶

O tratamento dos cistos dermóides e epidermóides define na abordagem cirúrgica da lesão, seguida de uma proservação adequada.^{5, 8, 11, 12, 15}

A grande questão é sobre a escolha do acesso cirúrgico, sempre que possível o acesso intrabucal deve ser utilizado, quando

a lesão está associada à cavidade bucal¹³. No caso apresentado a lesão localiza-se em uma região onde o acesso extrabucal é facilitado porque a lesão apresenta-se na região zigomática e não está aderida a planos profundos, logo esse acesso cirúrgico permite uma melhor visualização do campo operatório, mas a desvantagem do mesmo é a cicatriz proporcionada na face que é sempre indesejável, logo a incisão deve obedecer às linhas de tensão (rugas) da face favorecendo a cicatrização⁸. O prognóstico é bastante favorável quando a cápsula cística é removida completamente.^{5, 8, 11, 12, 15} Os pacientes estão em proservação, sendo o do caso clínico 1 em proservação há 11 meses e o do caso clínico 2 a 5 meses e não há sinais clínicos de recidiva confirmando esse dado.

CONCLUSÃO

De acordo com a revisão bibliográfica e os casos clínicos apresentados podemos concluir que o cisto epidermóide apresenta

crescimento lento, progressivo, é assintomático, exceto quando associado a um processo infeccioso ou quando gera compressão em filamentos nervosos.

O diagnóstico precoce sempre que possível deve ser realizado, para que o plano de tratamento seja feito da forma correta evitando transtornos para o paciente e gerando melhora da sua condição, no que diz respeito aos fatores estéticos, psicológico e funcional em algumas ocasiões dependendo da localização do cisto epidermóide.

SUMMARY

The cyst epidermoid is a skin common cyst, but can also be associate the buccal cavity, this entity is limited by a similar epithelium to of the epidermis. The presence of the dermoid and epidermoids cysts in the face is rare. Its occurrence in the maxillo-face region is of approximately 7%. The objective of this work is to present steps that assist in the diagnosis and treatment, relate two cases of epidermoids cysts. The etiology of this pathology is sufficiently questionable and well it is not clarified. We conclude that after the diagnosis and the removal of the injury have an improvement in the aesthetic and psychological condition of the patient.

UNITERMS

Surgical, Cyst, Epidermóide Cyst.

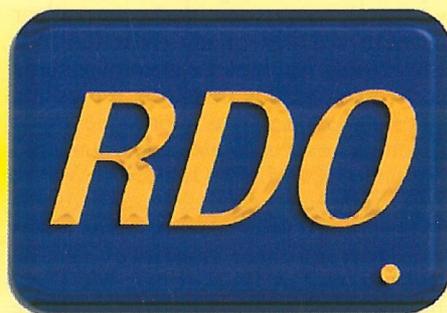
AGRADECIMENTOS

A Dra. Cyntia Virginia R. Arruda pelo fornecimento dos laudos e pela cortesia das fotomicrografias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBACHAN, J, J, D., et al. Cistos embrionários da face. **Rev. da Fac. Odontol. Porto Alegre**, p. 28-31, 1987.
2. BUENO, A.C.C., GREGORI, C., HOMEM, M.G.N. Cisto dermóide múltiplo do assoalho bucal. **Rev. Odont. USP**, v.1, n.2, p.50-52, 1987.
3. 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.
4. D'ANTÔNIO, W. E. P. A. et al. Cisto epidermóide gigante de assoalho de boca. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, 66(1), p.63-6, 2000.
5. HEINE, R.A. & CARLET, M. L. Cisto epidermóide de assoalho de boca – cirurgia pela técnica de marsupialização. **JBC- Jornal Bras. de Odontol. Clin.** v.1, n.3, mai/jun., 1997.
6. KING, R. C., SMITH, B.R., BURK, J.L. Dermoid cyst in floor of the mouth. **Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol.**, 78: 567-76, 1994.

7. MEYER, I. Dermoid cysts. (dermoids) of the mouth. **Oral Durg Med. Oral Pathol.**, v.8, p.1149, 1955.
8. MOREIRA, R. W. F. et al. Cisto epidermóide de assoalho bucal: diagnóstico, prognóstico e tratamento. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo.**, v.2, n.2, p.19-24, jul/dez. 1997.
9. NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.11, p. 28-30. 1998.
10. NEW, G. B., ERICH, J. B. Apud. MOREIRA, R. W. F. et al. Cisto epidermóide de assoalho bucal: diagnóstico, prognóstico e tratamento. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo.**, v.2, n.2, p.19-24, jul/dez. 1997.
11. PILLE, I. S., et al. Revisión bibliográfica y reporte de un caso clínico de un quiste epidermóide en piso de boca en el Hospital Juárez de México. **Rev. ADM.**, 51(5) págs. 263-7, 1994.
12. REGEZI, J. A.; SCIUBA, J. J. **Cistos da Boca**. III ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 286-7, 2000.
13. SHAFER, W. G., HINE, M. K., LEVY, B. **M. Tratado de patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. p.72-3, 1984.
14. SHEAR, M. **Cistos da região bucomaxilofacial. Diagnóstico e tratamento**. São Paulo, III ed, Ed. Santos, p.214-19, 1999.
15. TOMMASI, A. F. Diagnóstico em patologia bucal. Rio de Janeiro. **Artes Médicas**. p.245, 1988.



ANÁPOLIS

R. T. Dr. Marcos Virgílio Tortezi Rocha
Radiologista - CRO-GO 1684

Rua Dona Doca, 102 - Centro
(62) 321-3764 - 321-3840

E-mail: rdo@genetic.com.br

GOIÂNIA

R. T. Dr. Rogério Ribeiro de Paiva
Radiologista - CRO-GO 4042

SETOR SUL

Rua 94, 483
(62) 218-6068 - 218-5368

E-mail: rdo@cultura.com.br

SETOR BUENO

Rua T-53, 491
(62) 274-4125