

Iatrogenic infection in dermoid cysts of the floor of the mouth

Infecção iatrogênica em cisto dermoide no assoalho da boca

Thiago de Santana Santos¹, Ana Cláudia Amorim Gomes², Riedel Frota³, Emanuel Dias de Oliveira e Silva⁴, Paulo Ricardo Saquete Martins Filho⁵, Emanuel Sávio de Souza Andrade⁶

Keywords: dermoid cyst, iatrogenic disease, mouth floor, surgery, oral.

Palavras-chave: cirurgia bucal, cisto dermoide, doença iatrogênica, soalho bucal.

INTRODUÇÃO

Cistos dermóides são lesões císticas infrequentes, limitadas por epitélio epidérmico, contendo em seu interior estruturas anexas, tais como folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas. Considerados verdadeiros teratomas, os cistos dermóides podem ser de origem congênita ou adquirida, havendo maior incidência em indivíduos entre 15 e 35 anos, sem predileção por sexo¹.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 34 anos, relatou aumento de volume progressivo, com 6 anos de evolução, em região submental e submandibular, bilateralmente. Referiu ter agravamento da alteração há 7 dias, após a realização, em outro serviço, de punção aspirativa na região de assoalho bucal (Figura 1A). O exame físico revelou um quadro de febre, disfonía, disfagia e dispnéia. Procedeu-se, então, à internação hospitalar para drenagem cirúrgica por via intrabucal, sendo coletado conteúdo purulento e cístico contendo pelos e material amarelo-pastoso semelhante à ceratina. A radiografia panorâmica dos maxilares revelou a presença de lesão de cárie extensa com comprometimento pulpar na unidade 48, sugerindo uma infecção de origem odontogênica (Figura 1B). A ultrassonografia revelou formação ecogênica, bem delimitada, com contornos regulares na região submental, sugerindo imagem cística com conteúdo líquido espesso (Figura 1C). A hipótese diagnóstica formulada foi de cisto dermoide. A paciente então foi submetida, sob anestesia geral, à enucleação da lesão cística por via intrabucal (Figura 1D). O exame histopatológico confirmou a hipótese de diagnóstico (Figura 1E). Após 1 ano e 6 meses da cirurgia, a paciente não apresentou recidiva da lesão (Figura 1F).

DISCUSSÃO

Os cistos dermóides apresentam-se geralmente como lesões de crescimento lento e assintomáticas, podendo apresentar diversos tamanhos. A localização anatômica é crítica na sua apresentação clínica. As lesões localizadas acima do músculo geniiohioideo podem ocasionar aumento de volume sublingual, enquanto as localizadas abaixo deste músculo produzem um aumento de volume na região submental, gerando a impressão de queixo duplo^{2,4}. No caso aqui relatado, apesar de a lesão estar localizada

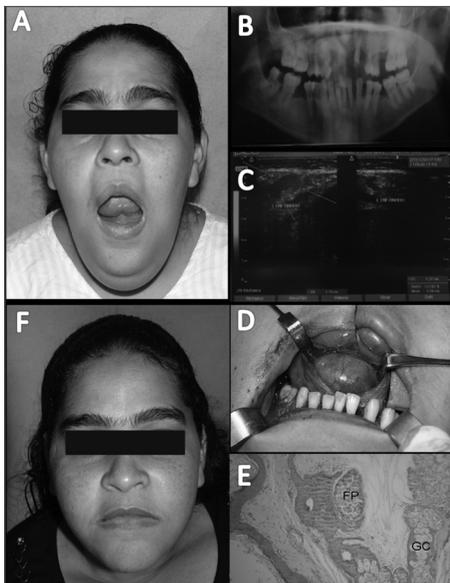


Figura 1. Cisto dermoide - A. Aumento de volume bilateral na região submental e submandibular, conferindo à paciente um aspecto de "queixo duplo", limitação de abertura de boca e elevação do assoalho bucal; B. Exame radiográfico panorâmico dos maxilares; C. Ultrassonografia com setas delimitando área sugestiva de cavidade com conteúdo semilíquido no interior dos espaços fasciais da musculatura de assoalho bucal; D. Remoção cirúrgica da lesão por acesso intraoral; E. Análise histopatológica. Observa-se a presença de parede cística, constituída de tecido conjuntivo fibroso, contendo anexos cutâneos, como o folículo piloso (FP) e a glândulas sebáceas (GC) (H.E. 100x); F. Pós-operatório de 1 ano e 6 meses.

acima do músculo geniiohioideo, a infecção inicial e o quadro de obesidade da paciente denotavam um aspecto concomitante de queixo duplo, descharacterizando a apresentação clínica original das lesões localizadas na região sublingual.

O diagnóstico diferencial dos cistos dermóides localizados no assoalho bucal inclui uma gama de lesões, como rânula, obstrução do ducto submandibular/sublingual, cisto do ducto tireoglossos, infecções de origem odontogênica, tumores benignos e malignos e até mesmo a presença excessiva de gordura na região submental. Além da avaliação clínica, deve-se lançar mão de métodos complementares, como tomografias computadorizadas, ultrassonografias e técnicas

de biópsia para elucidação diagnóstica¹. A correta realização da manobra semiotécnica da palpação, pela qual os cistos dermóides apresentam-se com consistência flutuante ou semelhante à massa de pão, aliada a métodos de imagem como a ultrassonografia, teriam sido suficientes para elucidação diagnóstica, evitando-se, desta forma, o procedimento da punção aspirativa, não recomendado pela literatura médica como meio de diagnóstico do cisto dermoide e considerada, portanto, uma manobra iatrogênica. Além disso, as alterações no estado geral e a presença de elementos dentários mal-conservados induziram à hipótese inicial de infecção de origem odontogênica com envolvimento dos espaços fasciais primários.

O tratamento proposto consiste na remoção cirúrgica das lesões, com abordagem extra ou intraoral, a depender da localização e tamanho das lesões^{2,5}. No presente caso, foi realizada a remoção por via intraoral, uma vez que a lesão encontrava-se acima do músculo geniiohioideo.

COMENTÁRIOS FINAIS

Um exame clínico com a correta realização de manobras semiotécnicas evita a ocorrência de iatrogenia no levantamento da hipótese diagnóstica do cisto dermoide, uma vez que este se apresenta, na maioria das vezes, com características bem definidas quando localizado no assoalho bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. King RC, Smith BR, Burk JL. Dermoid cyst in the floor of mouth: review of the literature and case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;78(5):567-76.
2. El-Hakim IE, Alyamani A. Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008;37(5):497-9.
3. Armstrong JE, Darling MR, Bohay RN, Cobb G, Lawen D, Daley TD. Trans-geniiohyoid dermoid cyst: considerations on a combined oral and dermal surgical approach and on histogenesis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(12):1825-30.
4. Kim IK, Kwak HJ, Choi J, Han JY, Park SW. Co-existing sublingual and submental dermoid cyst in an infant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102(6):778-81.
5. Shaari C, Ho BT, Shah K, Biller HF. Lingual dermoid cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;112(3):476-8.

¹ Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, FOP/UPE.

² Doutora em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco, FOP/UPE. Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, FOP/UPE.

³ Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco, FOP/UPE. Staff da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, HUOC/UPE.

⁴ Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Chefe da Residência e Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, HUOC/UPE.

⁵ Mestre em Ciências da Saúde pelo Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe, UFS. Professor Substituto de Patologia Oral da Universidade Federal de Sergipe, UFS.

⁶ Doutor em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN. Professor Adjunto de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, FOP/UPE. Universidade de Pernambuco.

Endereço para correspondência: Thiago de Santana Santos - Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco - Av. General Newton Cavalcanti, 1650. Camaragibe, PE, Brasil. CEP 54753-220.

Tel. (+55 81) 345828 - Fax: (+55 81) 34582867 - E-mail: thiago.ctbmf@yahoo.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 4 de maio de 2010. cod. 7063

Artigo aceito em 20 de julho de 2010.