



RELATO DE CASO

Epidermoid cyst of the suprasternal region: a rare case report[☆]



Cisto epidermoide da região suprasternal: relato de caso raro

Manal Al Bin Manie^a, Khalid Hussain Al-Qahtani^{ib a,*}, Ahmed Al Ammar^a,
Tahera Islam^b e Faiza N. Al Otaibi^a

^a King Saud University, College of Medicine, Department of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, Riade, Arábia Saudita

^b King Saud University, College of Medicine and Research Center, Riade, Arábia Saudita

Recebido em 21 de março de 2016; aceito em 27 de abril de 2016

Disponível na Internet em 9 de junho de 2017

Introdução

Cistos epidermoides e dermoides constituem lesões benignas comuns que envolvem a pele. Eles são classificados como cisto epidermoide quando o revestimento contém apenas epitélio escamoso, “verdadeiros cistos dermoides quando anexos da pele (como folículos pilosos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas) estão presentes e cistos teratoides quando os tecidos de todas as três camadas germinativas (como cartilagem, osso, músculo e epitélio respiratório ou gastrointestinal) estão presentes.¹

Essas lesões podem ocorrer em qualquer parte do corpo. Os cistos dermoide e epidermoide de cabeça e pescoço são responsáveis por 7% de todos os cistos epidermoides e dermoides.² A região suprasternal é um local incomum

de apresentação para cisto epidermoide, com o primeiro caso documentado na Turquia² em 2008 e, recentemente, seis na Índia.¹ Relatamos um caso de cisto epidermoide na região suprasternal, apresentado como uma grande massa associada a odinofagia e perda de peso.

Relato de caso

Um menino de 13 anos, clinicamente sem morbidades prévias, apresentou-se com queixa de inchaço na região suprasternal por mais de quatro anos. O inchaço aumentou de tamanho no último mês antes da sua apresentação. A história clínica pregressa revelou quadro de infecção do trato respiratório superior que agravou a condição. A criança tinha um histórico de dor ao engolir havia um mês, assim como perda de peso de cerca de 2 a 3 kg no mesmo período. Não havia história de rouquidão, falta de ar ou obstrução nasal. Sem história de traumatismos ou procedimentos cirúrgicos anteriores. A história familiar era negativa para condição semelhante.

O exame do pescoço revelou uma massa de 2,5 × 2,5 cm na região suprasternal. A massa era firme, não sensível, sem alterações da pele sobrejacente – mudança de cor ou ulceração. A margem inferior da massa era difícil de palpar. Nenhum movimento da massa podia ser desencadeado com a

DOI se refere ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.04.010>

[☆] Como citar este artigo: Bin Manie MA, Al-Qahtani KH, Al Ammar A, Islam T, Al Otaibi FN. Epidermoid cyst of the suprasternal region: a rare case report. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86:133–5.

* Autor para correspondência.

E-mail: kqresearch@hotmail.com (K.H. Al-Qahtani).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

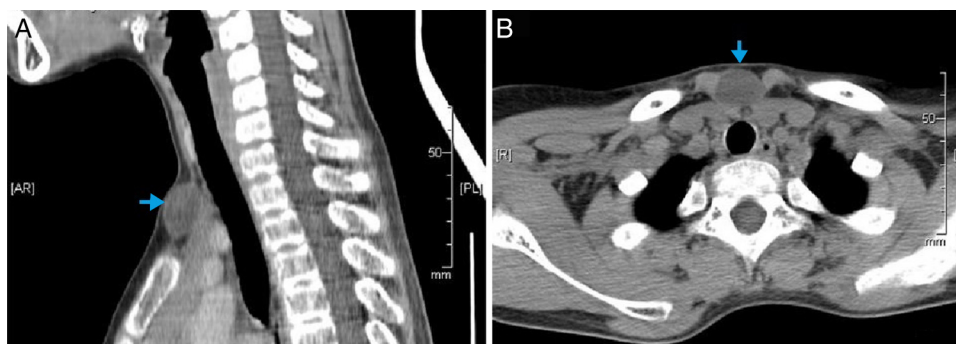


Figura 1 A, TC de pescoço sagital mostra o cisto (seta azul) na área supraesternal; B, TC axial com contraste do pescoço mostra o cisto e sua relação com a estrutura circundante.

deglutição ou protusão da língua. Nenhum outro inchaço no pescoço ou linfadenopatia observados. O exame sistêmico apresentou-se normal.

Exames laboratoriais de rotina, como hemograma completo, função hepática e renal, estavam normais.

A tomografia computadorizada do pescoço mostrou uma massa cística na região suprasternal, não aderente às estruturas profundas, localizada na linha média, no lado anterior do pescoço abaixo da glândula tireoide, e media $23 \times 14 \times 20$ mm. Era muito bem definida e com conteúdo líquido, mostrava realce da parede no exame com contraste (fig. 1).

O cisto foi removido por excisão cirúrgica sob anestesia geral. Uma incisão transversal foi feita 2 cm acima do esterno, com dissecação em torno da cápsula da massa (fig. 2). O acesso à margem inferior foi conseguido por hiperextensão do pescoço e retração para cima da massa. A massa foi ressecada em bloco com a cápsula intacta, media $2,5 \times 2,5$ cm e pesava 4,4 g (fig. 3).

O exame histopatológico revelou um cisto na derme revestido por epitélio escamoso estratificado com queratinização. Não havia estruturas anexas (folículos pilosos ou glândulas écrinas) presentes na parede do cisto. O epitélio continha camada de células granulares. A queratina consistia em flocos eosinofílicos lamelares. Não foram

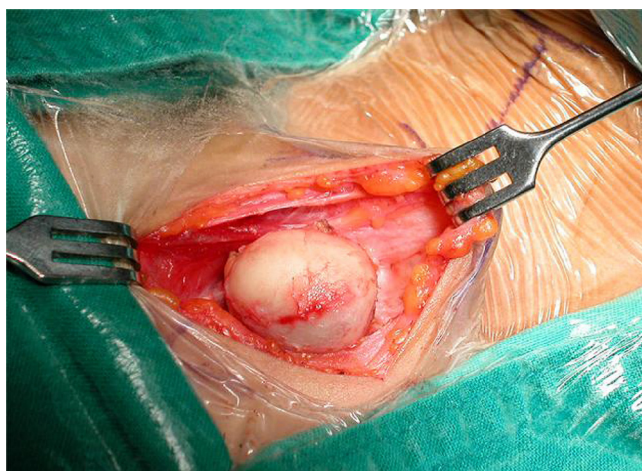


Figura 2 Vista intraoperatória do cisto e dissecação cirúrgica em seu redor.



Figura 3 Cisto epidermoide íntegro após excisão.

identificadas células. Esse aspecto mostrou-se compatível com cisto epidermoide (fig. 4).

A criança foi acompanhada por um ano, sem recidiva.

Discussão

Massa cervical em crianças é uma lesão comum. No entanto, um cisto epidermoide supraesternal é muito raro. Cistos epidermoides e dermoides podem ser congênitos ou adquiridos, mesmo que a apresentação ou a histologia seja semelhante.³ Cistos congênitos são lesões disembrionárias que surgem a partir de elementos ectodérmicos aprisionados durante a fusão do primeiro e segundo arcos branquiais.³ Cistos adquiridos derivam de inclusão traumática ou iatrogênica de células epiteliais ou da oclusão de um ducto da glândula sebácea. Os cistos dermoides de cabeça e pescoço são considerados cistos de inclusão congênitos.³

Com exceção de muito poucos casos (doença de Bowen, doença de Paget e carcinoma espinocelular), eles geralmente são lesões benignas.²

Os cistos epidermoides subcutâneos são geralmente muito pequenos e comumente diagnosticados clinicamente, sem imagem. Raramente, crescem o suficiente para exigir avaliação adicional. Cistos epidermoides grandes ou médios podem estar em locais incomuns, perto de órgãos especifi-

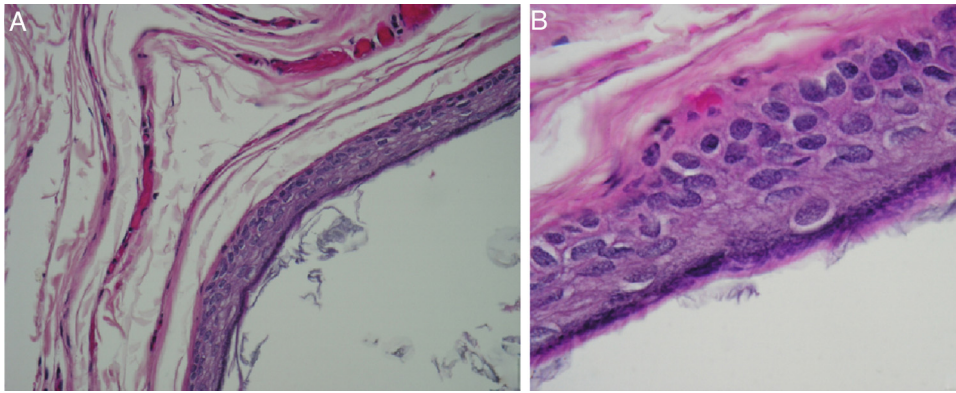


Figura 4 A, Vista microscópica do cisto epidermoide. Parede do cisto revestida por epitélio escamoso estratificado queratinizado e com flocos de queratina (coloração de hematoxilina e eosina, aumento 100 ×); B, Vista microscópica do cisto epidermoide. Parede do cisto revestida por epitélio escamoso estratificado queratinizado (coloração de hematoxilina e eosina, aumento 400 ×).

cos que simulam tumores originários daquele tecido, como no nosso caso.⁴

A história natural dos cistos epidermoides é de crescimento lento e progressivo; eles permanecem assintomáticos, a menos que aumentem de tamanho. O rápido crescimento do cisto pode indicar tanto processos infecciosos como presença de lesão maligna.⁵ O carcinoma espinocelular decorrente de cisto epidermoide, embora raro, foi relatado em dez casos.⁶

A perda de peso observada em nosso caso não foi relacionada com um processo neoplásico, tal como comprovado por exame histopatológico. Acreditamos que tenha resultado de má alimentação, devido à deglutição dolorosa causada por esse grande cisto.

O diagnóstico diferencial de massa cervical anterior em crianças inclui cisto do ducto tireoglossa, massa tireoideia, higroma cístico, cisto broncogênico cervical e massa tímica ectópica.⁷

A excisão cirúrgica de cisto epidermoide é o tratamento de escolha.⁸ Em geral, como no nosso caso, ela é feita no centro cirúrgico e sob anestesia geral. No entanto, demonstrou-se que o manejo cirúrgico em consultório com anestesia local é bem-sucedido em casos de cisto epidermoide pequeno em diferentes posições anatômicas.⁹ Além disso, o uso de laser de dióxido de carbono foi relatada no tratamento de diversos pequenos cistos epidermoides.¹⁰

Conclusão

O cisto epidermoide que envolve a região suprasternal é uma condição extremamente rara. Assim, eles podem ser erroneamente diagnosticados como neoplasia maligna, especialmente quando se apresentam com outros sintomas e sinais, como perda de peso recente. O cisto epidermoide deve ser incluído no diagnóstico diferencial da lesão cística do pescoço, especialmente na faixa etária jovem.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Dutta M, Saha J, Biswas G, Chattopadhyay S, Sen I, Sinha R. Epidermoid cysts in head and neck: our experiences, with review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;65:14–21.
2. Ciftci I, Sert A, Odabas D, Kocaoglu C, Kayacetin S. A rare suprasternal cystic neck mass in a pediatric patient: epidermoid cyst. *Otolaryngol – Head Neck Surg.* 2008;139:733–4.
3. Boo SH, Heo M, Han C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra.* 2009;4:158–61.
4. Suzuki C, Maeda M, Matsumine A, Matsubara T, Taki W, Maier SE, et al. Apparent diffusion coefficient of subcutaneous epidermal cysts in the head and neck: comparison with intracranial epidermoid cysts. *Acta Radiol.* 2007;14:1020–8.
5. Cameron D, Hilsinger R. Squamous cell carcinoma in an epidermal inclusion cyst: case report. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;129:141–3.
6. Morgan MB, Stevens GL, Somach S, Tamenbum M. Carcinoma arising in epidermoid cyst: a case series and aetiological investigation of human papilloma virus. *Br J Dermatol.* 2001;145:505–6.
7. Gaddikeri S, Vattoth S, Gaddikeri RS, Stuart R, Harrison K, Young D, et al. Congenital cystic neck masses: embryology and imaging appearances, with clinicopathological correlation. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2014;43:55–67.
8. Suliman M. Excision of epidermoid (sebaceous) cyst: description of the operative technique. *Plast Reconstr Surg.* 2005;1:2042–3.
9. Alder A, Livingston E, Barnett D. Office based surgical management of epidermoid cysts. *J Surg Res.* 2008;144:369.
10. Reynolds N, Kenealy J. Use of carbon dioxide laser in the treatment of multiple epidermoid cysts. *Br J Plast Surg.* 2002;55:260–1.