

# Quisto dermóide do pavimento da boca: a propósito de dois casos clínicos

Sandra Teixeira<sup>1</sup>, Sandra Rodrigues<sup>1</sup>, Susana Tavares<sup>1</sup>, Carla Pilar<sup>2</sup>, Cidade Rodrigues<sup>3</sup>

## RESUMO

Os quistos dermóides são raros no pavimento da boca. Actualmente são aceites duas teorias quanto à sua etiologia: a congénita e a adquirida. Podem classificar-se de acordo com a sua origem embriológica, localização e histologia.

Habitualmente apresentam-se como tumefacção mole não dolorosa, de crescimento lento, estando os sintomas dependentes da localização e suas relações de vizinhança anatómica.

O tipo de abordagem cirúrgica está dependente da sua localização, sendo o prognóstico bom.

Os autores apresentam os casos clínicos de duas crianças com quisto dermóide do pavimento da boca, submetidos a exérese cirúrgica. Num dos casos é colocada a hipótese de se tratarem de dois quistos síncronos.

**Palavras-chave:** Quisto dermóide, Pavimento da boca, crianças.

Nascer e Crescer 2004; 13 (2): 138-140

## INTRODUÇÃO

Os quistos dermóides são raros no pavimento da boca. Uma das primeiras descrições foi feita em 1778 por Jordain<sup>(1)</sup>. Numa revisão casuística efectuada por Taylor em 1966, referente a um período de 25 anos, na clínica Mayo, dos 541 quistos dermóides diagnosticados, 6,5% localizavam-se no pavimento da boca<sup>(1)</sup>.

Apesar de estarem descritos casos desde o período neonatal até à 7ª década de vida, a incidência é maior entre os 15 e os 35 anos, com uma frequência idêntica em ambos os sexos<sup>(1,2,3)</sup>.

Clinicamente manifestam-se como uma tumefacção mole, não dolorosa, de crescimento lento, localizada no pavimento da boca, podendo causar disfagia, perturbações da fala e, eventualmente, dispneia<sup>(1,2,3)</sup>.

O tratamento é cirúrgico<sup>(1,2,3)</sup>. A degenerescência maligna não é habitual<sup>(1,2,3)</sup>.

A recorrência está relacionada com a exérese incompleta.

## CASO CLÍNICO 1

D.C.M.S. do sexo feminino com 14 anos de idade, é observada na Consulta de Cirurgia por tumefacção submandibular à esquerda, com 6 meses de evolução, sem sintomas associados.

Nos antecedentes pessoais é de realçar tumefacção submandibular à direita, submetida a exérese cirúrgica aos 7 anos de idade, cujo diagnóstico anatomo-patológico foi de quisto epidermóide.

Ao exame objectivo apresentava tumefacção submandibular esquerda, aparentando “duplo queixo”, sem sinais inflamatórios, mole, não aderente aos planos profundos.

A ecografia cervical revelou uma imagem quística com 1,9 cm de diâmetro, com ecos internos, localizada na região submandibular esquerda.

Realizou Ressonância Magnética Nuclear cervical (Figura 1) que evidenciou uma lesão expansiva no músculo genioglosso esquerdo, bem delimitada, cuja evolução de sinal era compatível com lesão quística, com conteúdo proteico elevado, eventualmente hemorrágico.

Foi submetida a exérese cirúrgica por via cervical. O exame histológico revelou quisto epidermóide (Figura 2).

## Quadro I

Classificação dos quistos dermóides

### Origem embrionária (histologia)

- Epidermóides (simples)
- Dermóides (compostos)
- Teratóides (complexos)

### Localização

- Genioglosso mediano ou sublingual
- Geniohióideu mediano ou submentoniano
- Lateral

## CASO CLÍNICO 2

J.M.N.M., do sexo feminino, com 8 anos de idade, com tumefacção sublingual mediana com 3 meses de evolução, sem sintomatologia associada. Efectuou-se exérese cirúrgica por via endobucal. O exame anatomo-patológico revelou um quisto epidermóide.

## DISCUSSÃO

Em sentido lato, considera-se quisto dermóide, toda a cavidade quística contendo material sebáceo<sup>(1)</sup>.

No que se refere à etiologia, existem dois grupos de teorias: a *congénita* (que reúne mais consenso), segundo a qual os quistos dermóides resultariam de tecido ectodérmico “encarcerado” na linha média durante a fusão dos primeiro e segundo arcos branquiais; a *adquirida ou pós-traumática*, segundo a qual resultariam da implantação traumática (traumatismo cirúrgico ou acidental) de células epiteliais nos tecidos profundos<sup>(1)</sup>.

Os quistos dermóides do pavimento da boca podem classificar-se quanto à origem embrionária, localização e histologia<sup>(1)</sup> (Quadro I). Relativamente à ori-

<sup>1</sup> Interna Complementar de Pediatria

<sup>2</sup> Interna Complementar de Cirurgia Pediátrica

<sup>3</sup> Assistente Graduado de Cirurgia Pediátrica

gem embrionária, todos os quistos dermóides são revestidos por epiderme. Os *dermóides* distinguem-se dos *epidermóides* por conterem anexos cutâneos (glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos). Os *teratóides* apresentam tecidos derivados dos três folhetos germinativos.

Anatomicamente classificam-se como: *genioglosso mediano ou sublingual*/localizados superiormente ao músculo geniohioideu; *geniohioideu mediano ou submentoniano* localizados entre os músculos geniohioideu e milohioideu; *lateral* se no espaço submandibular, superiormente ao músculo milohioideu e lateralmente à base da língua. Esta classificação tem interesse no tipo de abordagem cirúrgica a utilizar.

Histologicamente podem ser: *simples* (epidermóide); *composto* (dermóide) e *complexo* (teratóide).

Numa revisão efectuada por King et al <sup>(1)</sup> em 1994, envolvendo 195 casos de quistos dermóides bem documentados, publicados até então, o tipo dermóide foi o mais comum (72,9%) e a localização sublingual a mais frequente (52%). Os nossos casos eram ambos epidermóides, um com localização sublingual e o outro lateral.

Em conformidade com os casos publicados, são lesões bem capsuladas, moles, com crescimento lento e não doloroso. Não se acompanham de adenomegalia satélite. A fistulização é rara.

Na literatura, estão descritos oito casos de quistos múltiplos: quatro doentes com dois e outros quatro doentes com três quistos concomitantemente<sup>(1)</sup>. Não nos foi possível recuperar a Tomografia Computadorizada cervical da primeira doente descrita, relativa à primeira intervenção cirúrgica, mas pensamos que se trataria de um caso de dois quistos concomitantes.

As manifestações clínicas estão relacionadas com a localização anatómica da lesão. Se sublingual, habitualmente manifesta-se por tumefacção do pavimento da boca, disfagia, perturbações da fala e dispneia; se submentoniano, o doente apresenta tumefacção cervical, aparentando “queixo duplo”.

Figura 1 - Ressonância Magnética cervical que evidenciou lesão quística no músculo genioglosso esquerdo.

Figura 2 - Histologia (HE X40).

É extensa a lista de diagnósticos diferenciais: rânula, obstrução do canal da glândula submandibular, quisto do canal tiroglosso, quisto branquial, linfadenopatia, lesões neoplásicas, higroma cístico, tecido tiroideu aberrante localizado no pavimento da boca.

A Ecografia é o meio auxiliar de diagnóstico de primeira escolha. Nos casos mais complicados, recorre-se à Tomografia Computadorizada ou à Ressonância Magnética. A utilização de Radiografias contrastadas é controversa, sendo utilizada por alguns autores para melhor definição anatómica<sup>(1)</sup>.

O tratamento é cirúrgico, mas o tipo de abordagem a utilizar não é consensual. Seward, Rapidis e Zelster preconizam uma abordagem sempre endobucal<sup>(5)</sup>. Brown e Faber utilizam a abordagem endobucal nos quistos sublinguais e cervical nos submentonianos e submandibulares<sup>(1)</sup>. Nas duas doentes descritas, efectuou-se uma abordagem cervical no primeiro caso e endobucal no segundo.

O prognóstico é bom, sem recorrências se a excisão for completa.

## **DERMOID CYST IN THE FLOOR OF THE MOUTH - TWO CASE - REPORTS**

### **ABSTRACT**

Dermoid cysts of the mouth floor are rare. Two theories are accepted for their origin: congenital or acquired. Classification is based on location, embryologic origin and histologic findings.

They are painless and slow growing, and symptoms depend on the location and relationships with other structures.

The type of surgical approach is dependent on the location, and the prognosis is good.

The authors present the case report of two children with dermoid cysts of the mouth floor, who underwent surgical resection. In one of the cases it is discussed the hypothesis of being two cysts concomitantly.

**Key-words:** Dermoid cyst. Mouth floor, children.

---

Nascer e Crescer 2004; 13 (2): 138-140

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1 - King R, Smith B, Burck J. Dermoid cysts in the floor of the mouth: Review of the literature and case reports. *Oral Surg Med Oral Pathol* 1994; 78 (5): 567-576.
- 2 - Zelster R, Milhem I, Azar B, Hasson O. Dermoid cysts of the floor of the mouth. *Am J Otolaryngology* 2000; 21 (1): 55-80.
- 3 - Damlem V, Irani D Z, Hiranani L. *Epidermoid cyst of the floor of the mouth*. Disponível em [www.bhj.org/journal/2002\\_4402\\_apr/case\\_267.htm](http://www.bhj.org/journal/2002_4402_apr/case_267.htm). Acesso em 13 de Fevereiro de 2003.
- 4 - Desnyder L, Hermans R, Gaens J, Bart A L. *Dermoid cyst in the floor of the mouth*. Disponível em [www.rbrs.org/database/81-5/page\\_238.html](http://www.rbrs.org/database/81-5/page_238.html). Acesso em 13 de Fevereiro de 2003.
- 5 - Bloom D, Carvalho D, Edmonds J, Magit A. Neonatal Dermoid Cyst of the Floor of the Mouth Extending to the Midline Neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128:68-70.

### **Correspondência:**

Sandra Teixeira  
R. Dr. Rodrigo de Freitas Beca, 37  
4560-566 Penafiel  
nery@portugalmail.pt