

CARLOS JOSÉ DE PAULA SILVA

CISTO DERMOIDE EM ASSOALHO DE BOCA: *relato de caso*

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2021**

Carlos José de Paula Silva

CISTO DERMOIDE EM ASSOALHO DE BOCA: *relato de caso*

Monografia apresentada ao Colegiado de Pós Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Drummond Naves

Belo Horizonte

2021

Ficha Catalográfica

S586c Silva, Carlos José de Paula.
2021 Cisto dermoide em assoalho da boca: relato de caso /
MP Carlos José de Paula Silva. -- 2021.
46 f. : il.
Orientador: Marcelo Drummond Naves.
Monografia (Especialização) -- Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.
1. Cisto dermoide. 2. Boca. 3. Neoplasias. I. Naves,
Marcelo Drummond. II. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK - D792

Elaborada por: Miriam Cândida de Jesus - CRB: 6/2727.

Biblioteca Faculdade de Odontologia - FAO UFMG



Ata da Comissão Examinadora para julgamento de Monografia do aluno **CARLOS JOSÉ DE PAULA SILVA**, do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, realizado no período de 05/03/2018 a 31/03/2021.

Aos 08 dias do mês de março de 2021, às 10:00 horas, por meio da Plataforma virtual Microsoft Teams®, reuniu-se a Comissão Examinadora, composta pelos professores PROF. DR. MARCELO DRUMMOND NAVES (orientador), DR. MICENA ROBERTA MIRANDA ALVES E SILVA e DR. EDUARDO MORATO DE OLIVEIRA. Em sessão pública foram iniciados os trabalhos relativos à Apresentação da Monografia intitulada **“CISTO DERMÓIDE EM ASSOALHO DE BOCA: RELATO DE CASO”**. Terminadas as arguições, passou-se à apuração final. A nota obtida pelo aluno foi 100 (cem) pontos, e a Comissão Examinadora decidiu pela sua **APROVAÇÃO**. Para constar, eu, PROF. DR. MARCELO DRUMMOND NAVES, Presidente da Comissão, lavrei a presente ata que assino, juntamente com os outros membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 08 de março de 2021.

MARCELO DRUMMOND Assinado de forma digital por MARCELO
NAVES:52281191672 DRUMMOND NAVES:52281191672
Dados: 2021.03.29 19:29:08 -03'00'

Prof. Dr. MARCELO DRUMMOND NAVES
Orientador

Prof. Dra. MICENA ROBERTA MIRANDA ALVES E SILVA

Prof. Dr. EDUARDO MORATO DE OLIVEIRA

Á **YHWH**, O Rei dos Céus e Imperador do Universo e a SEU filho Jesus Cristo, toda honra, toda gloria e todo louvor, pelos séculos e séculos...Amém...

AGRADECIMENTOS

À Liliam, pelo carinho, compreensão e incentivo em todos os momentos. O seu entusiasmo com o curso sempre foi igual ao meu. “Todos os meus plantões também foram seus plantões”. E os plantões para corrida de leito? Você também acordava às 5 da manhã para todos eles! Aos meus pais José e Vera, que nunca pouparam esforços para minha formação. Perdão pela ausência durante esse tempo.

Ao meu orientador o Prof. Dr. Marcelo Drummond Naves. É um sonho realizado. Lembro-me como se fosse hoje dos dias em que eu ainda defendia o mestrado em 2009 e o doutorado em 2013. Em todas as oportunidades expressava meu desejo de um dia... (só não sabia quando) ser seu colega de especialidade. Obrigado por tudo!

Ao Prof. Dr. Evandro Guimarães Aguiar pelos ensinamentos e pela confiança. Não posso esquecer suas palavras. “Carlos, sua vida vai mudar para sempre com o curso de cirurgia”. Sim, realmente mudou. É, sem dúvida, um divisor de águas. Eu me orgulho muito do curso!!!

Obrigado ao Prof. Dr. Cláudio Comuniam por dividir conhecimento e também por suportar comigo as posições políticas e sobre futebol. O tempo mostrou e continuará mostrando que estamos do lado certo da Lagoa da Pampulha e do Brasil!!!! Obrigado aos demais preceptores do curso pelas orientações e ensinamentos indispensáveis.

À toda equipe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e do Pronto Socorro Odontológico do HMOB. Um reconhecimento aos esforços diários de todos os servidores do HMOB no atendimento aos pacientes.

Ao Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da UFMG pela anuência e compreensão.

“Quem sai andando e chorando, enquanto semeia, voltará com júbilo, trazendo os seus feixes.”

Salmo 126:6

RESUMO

Cistos dermoides são considerados uma má formação cística que apresentam comportamento benigno e são raros na região de cabeça e pescoço. São descritos como um cisto de desenvolvimento que contém anexos da derme como glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e folículos pilosos revestidos por epitélio escamoso estratificado. Ocorrem com maior frequência na linha média do assoalho da boca. O objetivo do estudo é descrever um caso clínico de paciente do sexo feminino portadora de cisto dermoide em assoalho bucal, descrever os achados clínicos, imagiológicos, anatomopatológicas, bem como os tempos cirúrgicos da abordagem e apresentar a evolução pós operatória do caso. A paciente referiu aumento de volume em assoalho de boca, com piora progressiva. Relatou disfagia, dislalia, odinofagia e dispneia com evolução para desconforto respiratório e ronco ocasional. O tratamento foi realizado em procedimento cirúrgico com acesso intraoral seguido de exérese completa da lesão. O exame anatomopatológico revelou cavidade cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso hiperortoceratinizado. Cápsula era constituída de tecido conjuntivo fibroso, vascularizado, com coleções de células inflamatórias mononucleares e presença de glândulas sebáceas e fibras musculares esqueléticas. Grande quantidade de ceratina no formato de filamentos, também observado no lúmen da lesão. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de cisto dermoide.

Palavras-chave: Cisto dermoide. Assoalho de boca. Neoplasma.

ABSTRACT

Dermoid cyst in mouth floor: case report

Dermoid cysts are considered a cystic malformation that show benign and rare in the head and neck region. They are described as a developmental cyst that contains appendages of the dermis such as sweat glands, sebaceous glands and hair follicles covered by stratified squamous epithelium. They occur more frequently in the midline of the floor of the mouth. The aim of the study is to describe a clinical case of a female patient with a dermoid cyst in oral cavity, describe the clinical, imaging, anatomopathological findings, as well as the surgical times of the approach and present the postoperative evolution of the case. The patient reported an increase in volume on the floor of the mouth, with progressive worsening. She reported dysphagia, dyslalia, odynophagia and dyspnea with progression to respiratory distress and snoring. The treatment was performed in a surgical procedure with intraoral approach followed by complete excision of the lesion. The histopathological examination revealed a cystic cavity covered by a stratified hyperortoceratinized stratified epithelium. Capsule consisted of fibrous, vascularized connective tissue, with collections of mononuclear inflammatory cells and the presence of sebaceous glands and skeletal muscle fibers. Large amount of keratin in the form of filaments, also observed in the lumen of the lesion. The histopathology diagnosis was dermoid cyst.

Keywords: Dermoid cyst. Mouth floor. Neoplasm.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Imagem frontal extra e intra pré-operatória.....	19
Figura 2 - Imagem tomográfica pré-operatória.....	19
Figura 3 - Imagem ultrassonográfica pré-operatória.....	20
Figura 4 - Sequência de intubação nosotraqueal com auxílio de fibroscópio.....	21
Figura 5 - Paciente sob anestesia geral em decúbito dorsal horizontal.....	21
Figura 6 - Sequência de incisão em linha média e extensão para região ventral de língua.....	22
Figura 7 - Imagem ultrassonográfica transoperatória.....	23
Figura 9- Sequência de exérese da lesão.....	24
Figura 8 - Sequência de divulsão para exposição e acesso a lesão.....	24
Figura 10 - Imagem macroscópica da lesão.....	24
Figura 11 - Sequência de toalhete da loja cirúrgica seguida de sutura de assoalho bucal e ventral lingual.....	25
Figura 12 - Imagem frontal intrabucal pós operatório de 7 dias.....	26
Figura 13 - Imagem tomográfica pós operatória de vigésimo primeiro dia.....	26
Figura 14: Imagens de microscopia HE 4x1, HE 10x2 e HE 10x1.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CTBMF Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial

FAO-UFMG Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

HMOB Hospital Metropolitano Odilon Behrens

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. METODOLOGIA	18
4.1 Relato de caso	18
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXOS	44
ANEXO A- Risco Cirúrgico	44
ANEXO B- Termo de Consentimento	45
ANEXO C- Histopatológico	46

1. INTRODUÇÃO

Cistos dermoides são considerados uma má formação cística de comportamento benigno bastante rara na região de cabeça e pescoço. Nestas regiões os cistos dermoides representam pouco mais que 6,0% dos casos (JADWANI *et al.*, 2009). Na cavidade bucal representam cerca de 1,6 % dos casos (RAJAYOGESWARAN e EVERSON, 1989; SAHOO *et al.*, 2015). Os cistos dermoides são descritos como um cisto de desenvolvimento que contém anexos da derme como glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e folículos pilosos revestidos por epitélio escamoso estratificado (NEVILLE *et al.*, 2004; PAPADOGEORGAKIS *et al.*, 2009). Ocorrem com frequência na linha média do assoalho da boca. Entretanto podem ser encontrados lateralmente ou em outros sítios (LAUREANO FILHO *et al.*, 2003).

Duas teorias principais abordam a etiologia de cistos. A teoria mais aceita é a congênita. Nesta teoria, durante a separação entre o ectoderma e mesoderma, por volta da terceira e quinta semana de vida intrauterina, ocorre um sequestro de remanescentes do ectoderma. Estes remanescentes podem ser aprisionados no primeiro e segundo arcos branquiais na área de fusão, dando origem aos cistos (JADWANI *et al.*, 2009; MATHEWS *et al.*, 2001; PEREIRA *et al.*, 2008). Outra teoria considera que os cistos podem resultar de eventos acidentais tardios, por meio de uma implantação traumática de células epiteliais dentro de estruturas profundas (TRANTAFILLIDOU *et al.*, 1989). Segundo a classificação de Meyer (1955), os cistos localizados no assoalho da boca podem ser divididos em três tipos distintos. Os epidermoides, que apresentam revestimento cístico caracteriza-se por um epitélio parcialmente queratinizado; os dermoides, quanto ao padrão histopatológico assemelham-se aos cistos epidermoide, porém apresentam anexos cutâneos em sua

estrutura; e os teratoides, que além dos anexos, apresentam também elementos do mesoderma, tais como osso, músculo, tecidos respiratórios e gastrointestinais, revestidos por uma cápsula fibrosa. Para Patil *et al.*, (2009) o termo “cisto dermoide” é frequentemente utilizado como um termo genérico para definir os cistos dermoides verdadeiros, cistos epidermoides e os teratomas. Outros autores consideram a divisão dos cistos dermoides em três subgrupos distintos histologicamente. O cisto epidermoide simples, que é o mais comum, não contendo anexos da pele; o cisto dermoide composto, segundo mais comum contendo folículos sebáceos e sudoríparos; e o teratoma complexo, que é o mais incomum por apresentar elementos epiteliais e não epiteliais (GARCIA *et al.*, 2018; JADWANI *et al.*, 2009; LIN *et al.*, 2011; TESZLER *et al.*, 2007).

2. REVISÃO DA LITERATURA

Cistos dermoides são considerados uma má formação cística de desenvolvimento incomum, limitados por epitélio semelhante à epiderme e que contém estruturas anexas da derme na parede do cisto. São classificados também como uma forma cística benigna de teratoma ou cistos teratoides (NEVILLE *et al.*, 2009). Os teratomas verdadeiros são tumores de desenvolvimento constituído por tecidos originados das três camadas germinativas, o ectoderma, mesoderma e endoderma. Entretanto, os cistos dermoides apresentam uma estrutura mais simples quando comparados aos teratomas. Os primeiros não apresentam tecidos das três camadas germinativas e presume-se que representem uma forma incompleta de teratoma (NEVILLE *et al.*, 2004; NEVILLE *et al.*, 2009). Cistos dermoides podem apresentar como anexos, cabelos, ossos, glândulas sebáceas, glândulas sudoríparas, dentre outros (COVARRUBIAS *et al.*, 2013).

O termo cisto dermoide é utilizado frequentemente para definir de forma inespecífica os cistos dermoides verdadeiros, os cistos epidermoides e os teratomas. Contudo, a distinção entre os tipos de cistos está nos aspectos histopatológicos. Os cistos epidermoides por exemplo não apresentam anexos. Cistos dermoides e cistos epidermoides podem ser classificados como tumores cutâneos benignos de desenvolvimento (COVARRUBIAS *et al.*, 2013; PATIL *et al.*, 2009). A nomenclatura dos cistos sofreu alterações substanciais (MEYER, 1955). Jourdain (1778) afirmava que os cistos sublinguais eram chamados de cistos dermoides. Roser (1859) considerava que rânulas ou cistos sebáceos presentes na cavidade bucal eram cistos dermoides. Posteriormente, foi proposto que somente os cistos do assoalho bucal, originários do aprisionamento de células da epiderme no processo de formação

embrionário, deveriam ser considerados cistos dermóides. Atualmente os cistos dermóides são definidos do ponto de vista histológico por apresentarem elementos do mesoderma e do ectoderma. Quando um cisto apresenta apenas elementos do ectoderma, são denominados cistos epidermóides (GOLDEN *et al.*, 2012; MAKOS *et al.*, 2011). Os cistos podem ser de origem congênita ou adquirida. Quando acometem crianças, tendem a ser considerados como cistos congênitos, provenientes das falhas de formação embrionária (GOLDEN *et al.*, 2012; TORRES e HIGA, 1970). Os cistos pós-traumáticos são resultantes de injúrias que podem ocorrer devido a inserção de uma amostra da epiderme na superfície cutânea. Os cistos podem ocorrer também devido a uma obstrução do ducto de glândulas sebáceas associadas a processos inflamatórios locais (MAKOS *et al.*, 2011; TORRES e HIGA, 1970).

Quando não detectados de forma precoce, eventualmente podem ocasionar o fechamento das vias aéreas e gastrointestinais. (MAKOS *et al.*, 2011; PATIL *et al.*, 2009; RAVINDRANATH *et al.*, 2009; REN *et al.*, 2012). Apesar da afinidade com as linhas de fechamento, os cistos dermóides podem ocorrer em qualquer região do corpo. Cerca de 7% deles ocorrem na região de cabeça e pescoço e tendem a acometer mais a área periorbital (RAVINDRANATH *et al.*, 2009). A frequência do aparecimento desses cistos na região de cabeça, quando comparada a outras regiões do corpo, apresentam variação entre 1,6 - 6,9%. Desse total, apenas 0,01% ocorre na cavidade bucal (AKINBAMI *et al.*, 2011). Na cavidade bucal a maioria dos cistos são assintomático e sem manifestações clínicas iniciais aparentes. As manifestações clínicas mais relatadas são a tumefação sublingual com deslocamento lingual, causando transtornos na deglutição, fonação e respiração. Não raramente pode ocorrer uma infecção secundária, acentuando um evento sintomático (KINI *et*

al.,2013). Na cavidade bucal, podem surgir no palato, no assoalho bucal, na área lateral da língua, parede faríngea lateral, palato mole e palato duro (MONTEBUGNOLI *et al.*,2011; TEZLER *et al.*,2007). Casos de cistos em região labial também são reportados na literatura, entretanto são considerados mais raros (MATSUZAKI *et al.*, 2020).

No diagnóstico diferencial, outras lesões de desenvolvimento, congênicas e inflamatórias, neoplasias, cistos da fenda branquial, cistos heterotópicos gastrintestinais, cistos do ducto tireoglossos devem ser considerados. Além de tecidos ectópicos tireoidianos, angina de Ludwig, celulites e infecções submandibulares e sublinguais, rânulas, obstruções do ducto de Warthon (MAKOS *et al.*, 2011). Os cistos dermóides podem ser detectados através de ultrassonografias e tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas. Na ultrassonografia, estes cistos se apresentam como imagens infrassônicas com elementos ultrassônicos. A ressonância magnética e a tomografia computadorizada permitem que sejam determinados o tamanho dessas lesões, seu posicionamento e as relações anatômicas (DUTTA *et al.*,2011; MAKOS *et al.*, 2011).

Histologicamente os cistos dermóides, apresentam epitélio estratificado escamoso ortoceratinizado, em tecido fibroso conjuntivo, que inclui anexos de pele, cabelos e glândulas sebáceas e sudoríparas. O lúmen contém queratina, ou material sebáceo, produzido pelos seus componentes (GOLDEN *et al.*, 2012). Os cistos epidermóides apresentam um revestimento epitelial estratificado, semelhante à epiderme, entretanto sem a presença de anexos cutâneos, com ceratina desgastada no seu lúmen. Por vezes, percebe-se a ruptura do revestimento epitelial e aspectos

inflamatórios, tais como células gigantes multinucleadas, provenientes de uma reação a um corpo estranho (NEVILLE *et al.*, 2009).

Em síntese, do ponto de vista histológico a principal diferença entre os cistos dermoides e os cistos epidermoides é o tipo de tecido encontrado em seu interior, devido à presença de anexos cutâneos apenas nos dermoides. Além disso, os cistos epidermoides e dermoides congênitos não podem ser distinguidos do adquirido, pois, em ambos, a parede cística mostra uma estrutura epidermal com camadas córneas e, contendo queratina no seu interior (DUTTA *et al.*, 2011; GOLDEN *et al.*, 2012; KINI *et al.*, 2011; TORRES e HIGA, 1970). Portanto, considera-se que o aparecimento de cistos em cavidade bucal é um evento singular e possui relevância clínica e cirúrgica.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo é descrever um caso clínico de paciente portadora de cisto dermoide em assoalho bucal.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever os achados clínicos, imagiológicos e anatomopatológicas.
- Descrever tempos cirúrgicos da abordagem.
- Apresentar a evolução pós operatória do caso.

4. METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho será apresentada através do relato de um caso de paciente portadora de cisto dermoide em linha média de assoalho bucal.

4.1 Relato de caso

Paciente H.B.M. do sexo feminino, com 18 anos de idade, faioderma, referenciada por uma Unidade Básica de Saúde- UBS ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Metropolitano Odilon Behrens em Belo Horizonte-MG, pela equipe da Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFMG. A paciente apresentou documento de referência com registro de aumento de volume em região sublingual. A anamnese a paciente referiu auto percepção do aumento de volume no ano anterior queixando-se estar com “uma bola embaixo da língua” e piora progressiva. Paciente relatou disfagia, dislalia, odinofagia e dispneia com piora nos últimos meses e concomitante desconforto respiratório ao se deitar principalmente em posição supina e com relato de ronco ocasional. Referiu ainda que foi submetida a tratamento cirúrgico prévio (adenoidectomia) para tentativa de melhora do quadro de dispneia e desconforto respiratório. Negou ser etilista, tabagista ou apresentar alergias ou reação adversas a medicamentos. Relatou desconhecer possuir outras alterações sistêmicas ou comorbidades.

Ao exame físico extraoral observou-se discreto aumento de volume em região submandibular, sem sinais de linfadenopatia cervical. Ao exame intraoral observou-se mucosa íntegra, apresentando coloração normal e sem queixa álgica à palpação. Tumefação de consistência macia em assoalho de boca, em linha média, estendendo-

se bilateralmente ocupando o assoalho bucal, com severa projeção pósterio superior de língua e com mobilidade comprometida. Observou-se também tumefação em região submandibular (Figura 1). Produção de saliva dentro dos padrões de normalidade. Paciente afebril, sem sinais de infecção ou drenagem ativa.

Figura 1- Imagem frontal extra e intra pré-operatória



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

Ao exame de imagem (Tomografia Computadorizada) observou-se imagem hipodensa, extensa, bem delimitada, unilocular e medindo aproximadamente 5.32 x 6.99 x 3.5 centímetros. com imagem sugestiva de massa em nível superior ao músculo milohioideo (Figura 2).

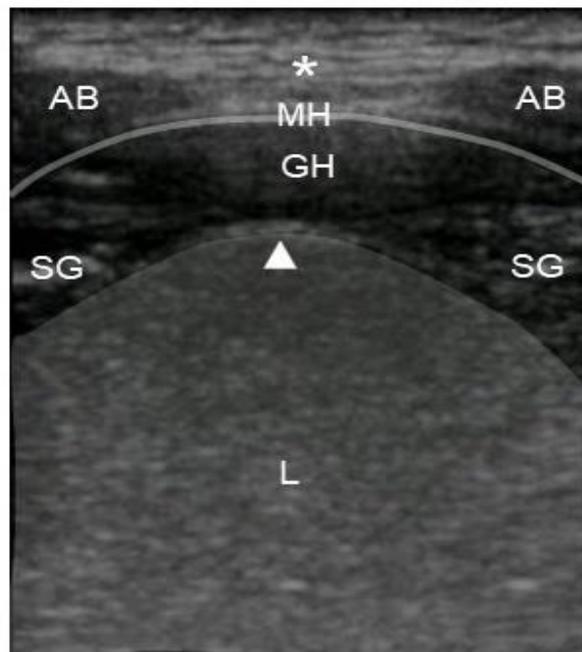
Figura 2 - Imagem tomográfica pré-operatória



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

Ao exame imagem ultrassonográfica transversal extraoral dos espaços submentuais e sublinguais. A imagem permitiu visualizar o conjunto formado pela pele, tecido adiposo facial subcutâneo, músculo platíma e fáscia (*); ventres anteriores dos digástricos (AB); milohióideo (destaque branco - MH); músculo geni-hióideo (GH). Observa-se também a lesão de conteúdo intracístico (L), cápsula (ponta de seta) e sua extensão para as glândulas sublinguais (GS) (Figura 3).

Figura 3 - Imagem ultrassonográfica pré-operatória



Fonte: imagens cedidas - Dra. Micena Roberta Miranda Alves e Silva e Dra. Tânia de Carvalho

Foram realizados exames pré-operatórios (Hemograma, Rotina Urina, Glicemia, TTP, ATP, Beta HCG, PCR, Ureia, Creatinina e Radiografia de tórax) e de risco cirúrgico. Paciente foi considerada apta a ser submetida ao procedimento cirúrgico proposto, sendo classificada como ASA I e Classe IV de Mallampati (Anexo A). A paciente foi informada e orientada sobre o procedimento cirúrgico e cuidados pré e pós operatórios, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), atendendo as recomendações da Resolução nº 510/ 2016 da Comissão Nacional de Saúde.

Ato cirúrgico com paciente sob anestesia geral, em decúbito dorsal horizontal, intubação nasotraqueal com auxílio de fibroscópio (Figuras 4 e 5), seguida de infiltração anestésica de lidocaína a 2% para hemostasia em assoalho de boca.

Figura 4 - Sequência de intubação nosotraqueal com auxílio de fibroscópio



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

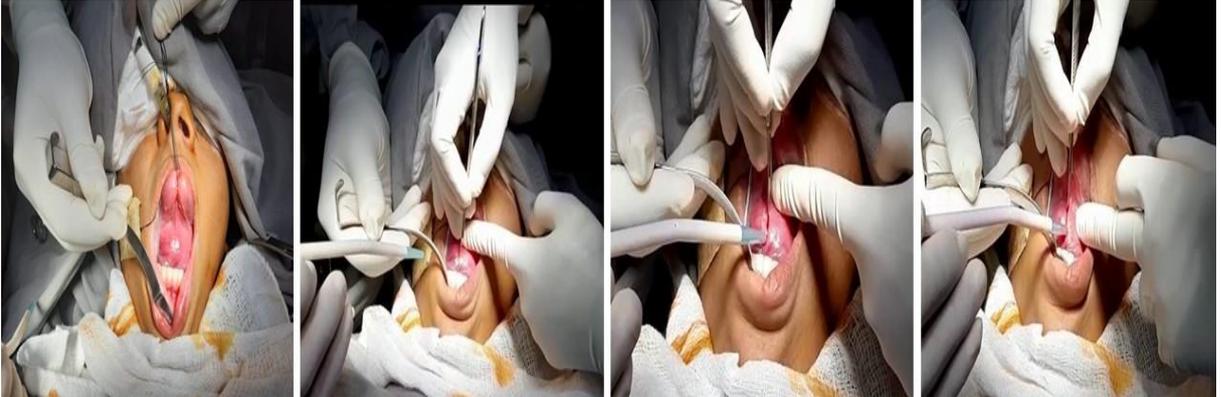
Figura 5 - Paciente sob anestesia geral em decúbito dorsal horizontal



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

Acesso intrabucal, com incisão transversa retilínea realizada com lâmina 15 em linha média com extensão para região ventral da língua (Figura 6).

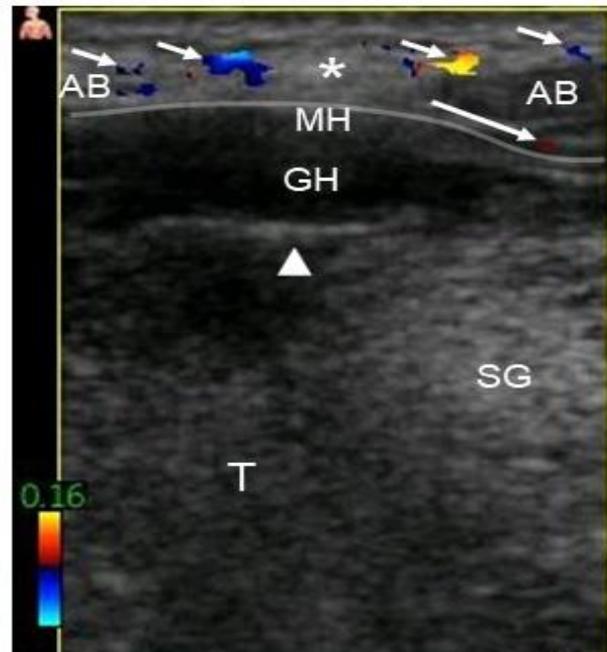
Figura 6 - Sequência de incisão em linha média e extensão para região ventral de língua



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

No transoperatório foram realizados exames de imagem de ultrassonografia para análise das relações entre o cisto dermoide e as estruturas anatômicas durante a incisão, divulsão dos tecidos adjacentes e enucleação. A imagem ultrassonográfica transversal extraoral dos espaços submentuais e sublinguais foi obtida durante o procedimento cirúrgico e permitiu observar o descolamento parcial da lesão, a restauração do fluxo sanguíneo (pequenas flechas - vasos superficiais; flecha grande - artéria submentoniana) e diminuição da compressão do entorno das estruturas. Foi observado o conjunto formado pela pele, tecido adiposo facial subcutâneo, músculo platísmo e fáscia (*); ventres anteriores dos digástricos (AB); miloíóideo (destaque branco - MH); músculos geniíóideos (GH); glândula sublingual (SG); cápsula da lesão (ponta de seta) e língua (T) (Figura 7).

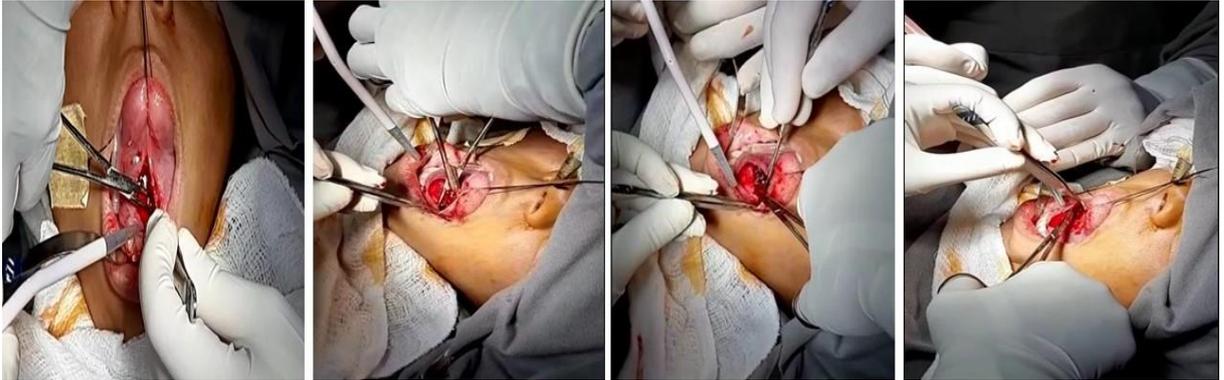
Figura 7 - Imagem ultrassonográfica transoperatória



Fonte: imagens cedidas - Dra. Micena Roberta Miranda Alves e Silva e Dra. Tânia de Carvalho

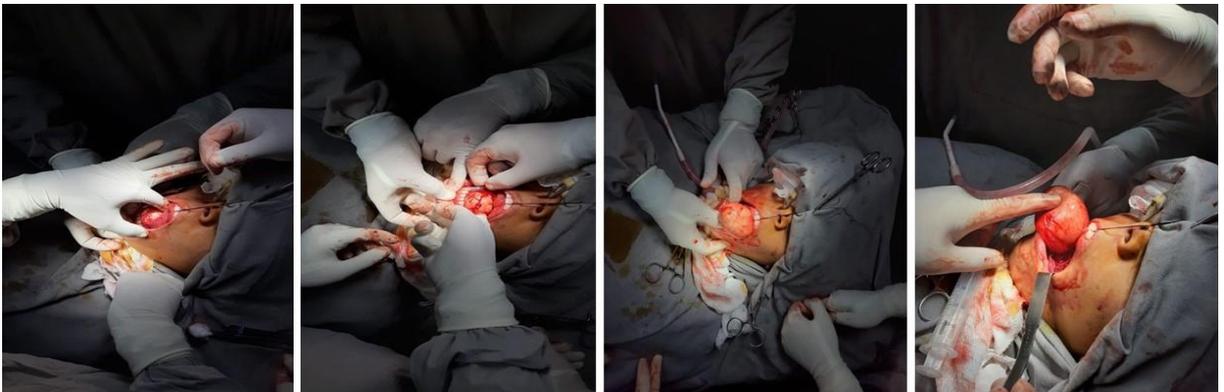
Foi realizada a divulsão meticulosa dos tecidos para acesso e exposição da lesão, seguida de exérese completa (Figuras 8, 9 e 10).

Figura 9 - Sequência de divulsão para exposição e acesso a lesão



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

Figura 8- Sequência de exérese da lesão



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

Figura 10 - Imagem macroscópica da lesão

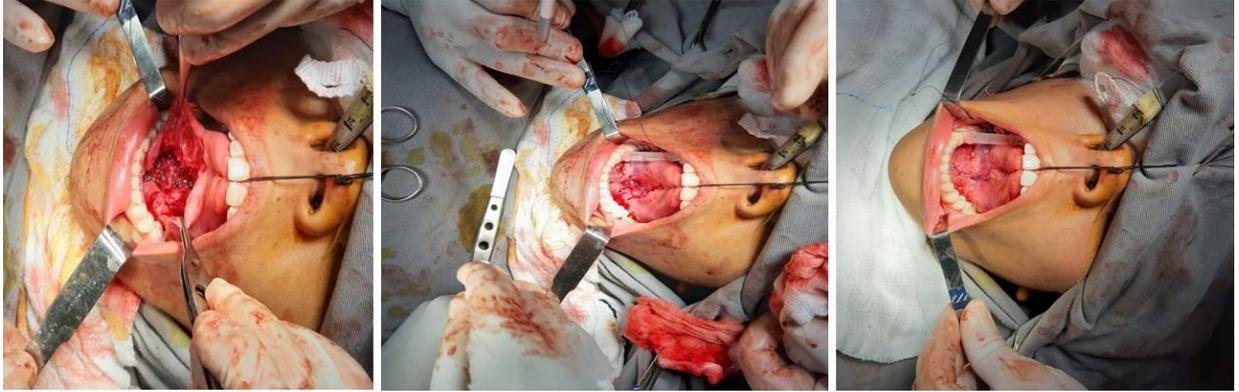


Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

Toallete da loja cirúrgica com soro fisiológico, inspeção da loja cirúrgica e estruturas anatômicas, sutura com pontos simples em dois planos, sendo o primeiro

plano muscular e o segundo mucoso com fio absorvível (5.0) poliglactina 910 com devida proteção dos ductos das glândulas salivares (Figura 11).

Figura 11 - Sequência de toalhete da loja cirúrgica seguida de sutura de assoalho bucal e ventral lingual.



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

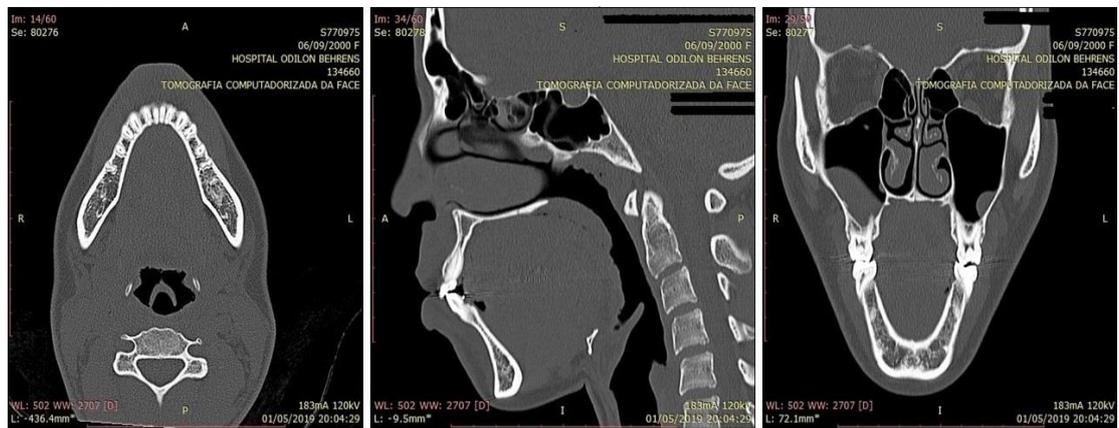
A prescrição pós operatória com Dipirona 500 mg E.V. 6/6 horas, Cefazolina 1g E.V. 12/12 horas, Hidrocortisona 100 mg E.V. 8/8 horas. Paciente foi orientada a realizar a crioterapia local nas primeiras 48 horas após a cirurgia. A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar dois dias após procedimento cirúrgico, sendo reavaliada no pós operatório de sétimo e vigésimo primeiro dia (Figura 12) com realização de novo exame de tomografia de face (Figura 13). Nas avaliações pós operatórias não foram observadas mudanças em padrão de produção de saliva ou outras sequelas em assoalho de boca e língua.

Figura 12 - Imagem frontal intrabucal pós operatório de 7 dias



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital
Metropolitano Odilon Behrens

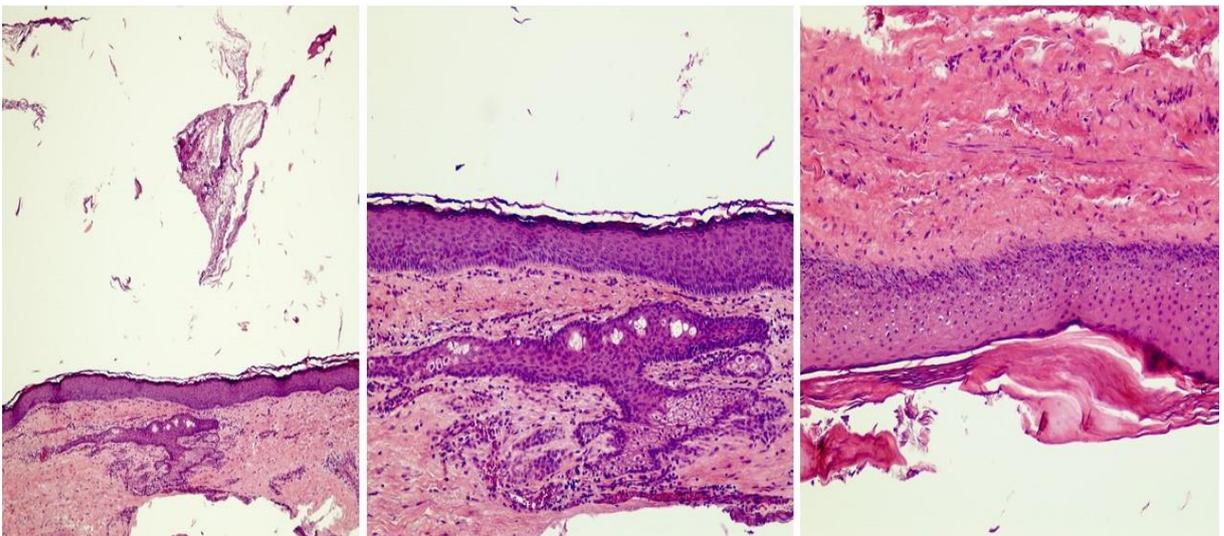
Figura 13 - Imagem tomográfica pós operatória de vigésimo primeiro dia.



Fonte: Arquivo e prontuário Hospital Metropolitano Odilon Behrens

Ao exame anatomopatológico, a peça cirúrgica apresentou-se com cortes histológicos mostrando cavidade cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso hiperortoceratinizado, predominantemente com camadas de células exibindo camada granulosa evidente de áreas de acantose. Cápsula constituída de tecido conjuntivo fibroso, vascularizado, com coleções de células inflamatórias mononucleares e presença de glândulas sebáceas e fibras musculares esqueléticas. Grande quantidade de ceratina desprendida no formato de filamentos, também observado no lúmen da lesão (Figura 14). O diagnóstico anatomopatológico foi de o cisto dermoide (Anexo 3).

Figura 14: Imagens de microscopia HE 4x1, HE 10x2 e HE 10x1.



Fonte: Arquivo do Serviço de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFMG

5. DISCUSSÃO

Os cistos dermoides são classificados como cistos de desenvolvimento e de ocorrência comum principalmente em ovários, testículos e ânus (LIN *et al.*, 2011). Na região de cabeça e pescoço os cistos são raros e frequentemente se manifestam entre a segunda e a terceira década de vida, embora casos em pacientes mais jovens ou idosos foram relatados na literatura (CAMPBELL e WALKER, 2010; JADWANI *et al.*, 2009; LIMA JR *et al.*, 2003; LONGO *et al.*, 2003; NAINA *et al.*, 2016). Os cistos dermoides não mostram predileção por sexo (AL-KHATEEB *et al.*, 2009; CARVALHO *et al.*, 2009; JAYASURIYA *et al.*, 2017; MATSUZAKI *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2007).

O caso apresentado no estudo confirma a casuística encontrada na literatura quanto ao período mais frequente de manifestação dos cistos, com sinal mais evidente na segunda década de vida. O tempo de manifestação e o aumento no tamanho dessas lesões pode ser devido ao início da puberdade quando há um aumento na secreção das glândulas sebáceas (BLACK *et al.*, 1993). Além do tempo de manifestação, o caso apresentou outros elementos podem configurá-lo como um exemplo de quadro clínico clássico de cisto dermoide em assoalho bucal. Assintomático, com crescimento lento e evoluindo com dispneia, disfagia, odinofagia e dislalia. Além de apresentação clínica na linha média e localização sublingual. Essas características clínicas são citadas em diversos trabalhos como um padrão encontrado em casos envolvendo cistos dermoides (ALKIMIM *et al.*, 2014; EL-HAKIM e ALYAMANI, 2008; LONGO *et al.*, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2013; SHAARI *et al.*, 1995; VIEIRA *et al.*, 2014).

A dispneia em particular merece destaque no caso em discussão e em casos envolvendo cistos dermóides em assoalho de boca. Esta característica clínica está intimamente ligada ao deslocamento pósterior superior da língua. Este deslocamento representa uma situação com grande potencial de risco para obstrução das vias aéreas. Além disso, pode logicamente dificultar a intubação do paciente (GARCIA *et al.*, 2018; LONGO *et al.*, 2003; NAINA *et al.*, 2016; REGIS *et al.*, 2019; SÁENZ *et al.*, 2016). A presença de cistos em assoalho bucal pode restringir severamente os movimentos da língua (DILLON *et al.*, 2015; SAHOO *et al.*, 2015).

A caracterização do grau de dificuldade para intubação dos pacientes é dada pela classificação de Mallampati (MALLAMPATI *et al.*, 1985). Os autores estabeleceram escores de I a IV, onde o escore IV representa o grau máximo de dificuldade de intubação. Esta avaliação é realizada mediante visualização da orofaringe enquanto a língua é projetada. No caso apresentado neste estudo a paciente foi classificada como Mallampati IV. Fato que exigiu a utilização do fibroscópio para intubação. Sinais como disfagia, dislalia, odinofagia e relato de ronco ocasional também estavam presentes e foram reportados em pacientes portadores de cistos dermóides em assoalho de boca (ALKIMIM *et al.*, 2014; EL-HAKIM e ALYAMANI, 2008; IANESSI *et al.*, 2013; MAKOS *et al.*, 2011; REGIS *et al.*, 2019).

No caso em discussão, a paciente relatou odinofagia. A dor é um sintoma que pode surgir também nos casos onde há infecção associada ao cisto (REGIS *et al.*, 2019). O diagnóstico diferencial é um aspecto de extrema relevância na abordagem de cistos no assoalho bucal. O conhecimento da história da doença e a avaliação das características clínicas e de imagem devem ser criteriosos. Estes

pontos podem dificultar ou confundir o diagnóstico inicial e conseqüentemente interferir negativamente na abordagem do caso. No caso específico, no pré operatório foram realizados exames de imagem de tomografia computadorizada e ultrassonografia para auxílio diagnóstico. Além disso, no transoperatório foram realizadas imagens de ultrassonografia para identificar com maior precisão a relação entre as estruturas anatômicas e a lesão cística durante procedimentos de incisão, divulsão dos tecidos e enucleação. É evidente a importância da realização de exames de tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética para investigação clínica e como guia para diagnóstico e tratamento (BOKO *et al.*; 2014; EL-HAKIM e ALYAMANI, 2008; IANESSI *et al.*, 2013; JAIN *et al.*, 2012; LEITE SEGUNDO *et al.*, 2014; LONGO *et al.*; 2003; MATSUZAKI *et al.*, 2020; NAINA *et al.*; 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2013; PATEL e BHATT 2018; PURICELLI *et al.*, 2017; REGIS *et al.*, 2019; SÁENZ *et al.*, 2016; SEAH *et al.*, 2004; SOARES *et al.*, 2015). Como já mencionado, no caso em discussão foram realizados exames de tomografia computadorizada e ultrassonografia. A combinação de modalidades de exames de imagens permite melhor acurácia na condução dos casos (MATSUZAKI *et al.*, 2020).

Uma questão peculiar no caso foi a informação obtida durante a anamnese e exame clínico no que se referiu à história pregressa. A paciente relatou ter sido submetida a procedimento cirúrgico anterior de adenoidectomia para tratamento da dispneia e desconforto respiratório. Obviamente um caso diagnóstico de forma equivocada pode levar a procedimentos cirúrgicos inapropriados e desnecessários (PURICELLI *et al.*, 2017). Tumores, processos infecciosos e obstrução em glândulas salivares devem ser considerados para casos que apresentem comprometimento do

assoalho bucal envolvendo os espaços sublingual, submandibular e submentoniano (JAIN *et al.*, 2012; MAKOS *et al.*, 2011; NERI *et al.*, 2014; PATEL *et al.*, 2016).

Anatomicamente, o assoalho bucal é caracterizado por estruturas especializadas e por distintos tipos de tecidos, que logicamente podem explicar a ocorrência de inúmeras patologias na área. Adicionalmente, as lesões podem apresentar um padrão clínico semelhante, apesar de resultarem de etiologias bem distintas, que evidentemente, passam a demandar tratamentos específicos para cada uma delas (PURICELLI *et al.*, 2017).

Com relação ao caso apresentado neste trabalho, descartou-se qualquer um dos quadros apontados acima por meio da avaliação clínica e de estudo das imagens de tomografia computadorizada de face e ultrassonografia pré operatórias. Procedimentos de punção para aspiração de conteúdo do cisto para auxílio diagnóstico são citados na literatura (ALKIMIM *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2013; REGIS *et al.*, 2019; SAHOO *et al.*, 2015; SEAH *et al.*, 2004). Outros autores consideram que a punção aspirativa em cistos é uma manobra iatrogênica, portanto, não recomendada (SANTOS *et al.*, 2011; WALSTAD *et al.*, 1998). No caso em discussão, a punção aspirativa para auxílio diagnóstico foi descartada pelo risco de infecção e processo inflamatório.

A conduta adotada no caso encontra amparo na literatura. Jeyaraj e Sahoo (2012) reportaram que o conteúdo interno do cisto pode iniciar processo inflamatório intenso em caso de contato com o tecido sadio adjacente. É pacificado na literatura que o diagnóstico definitivo requer análise histopatológica (MATSUZAKI *et al.*, 2020; REGIS *et al.*, 2019; SAHOO *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2011). Alguns estudos

sugerem que o procedimento de aspiração do conteúdo cístico pode ser empregado também para redução do tamanho da lesão, contribuindo para a manutenção de vias aéreas pérvias e facilitar a intubação (COLP 1925; DI FRANCESCO *et al.*, 1995; RAVEENTHIRAN *et al.*, 2003; REGIS *et al.*, 2019). Garcia *et al.*, 2018 propuseram a ruptura da cápsula para descompressão seguida da aspiração parcial e enucleação da lesão. Entretanto no caso discutido optou-se por não promover a ruptura da cápsula. A remoção cirúrgica foi facilitada pela presença da parede cística que se apresentava bem delimitada, permitindo assim a exérese completa. Outros autores demonstraram que a exérese incompleta da lesão pode favorecer a recidiva (ALKIMIM *et al.*, 2014; IANNESI *et al.*, 2013; SAHOO *et al.*, 2015).

No caso, o cisto dermoide se apresentou clinicamente na linha média e em região sublingual. Gordon *et al.*, (2013) apontam que a grande maioria dos cistos dermoides no assoalho bucal está localizada na linha média e na sublingual. Na literatura analisada, inúmeros autores reforçaram essa casuística (ALKIMIM *et al.*, 2014; BERBEL *et al.*, 2016; ; CARVALHO *et al.*, 2009; D'ANTONIO *et al.*, 2000; EL-HAKIM & ALYAMANI, 2008; GARCIA *et al.*, 2018; GARG *et al.*, 2014; IANESSI *et al.*, 2013; LONGO *et al.*; 2003; NAINA *et al.*; 2016; OLULEKE *et al.*; 2020; REGIS *et al.*, 2019; SAHOO *et al.*, 2015; YAMAMOTO *et al.*, 2018). Análise da literatura revelou que outra localização clínica frequente para os cistos dermoides é a região submental (LEITE SEGUNDO *et al.*, 2014; LIMA Jr. *et al.*, 2003; REGIS *et al.*, 2019). Não raramente pode atingir tanto a região sublingual quanto as regiões submental e submandibular (BOKO *et al.*, 2014). O desenvolvimento de cistos dermoides nas regiões submental e submandibular são apontadas pelos autores como responsável pela aparência de “duplo queixo”. A aparência de duplo queixo é dada pela formação

de tumefação em região submental e submandibular e tem conexão direta com a posição do cisto em relação aos músculos da região. No caso em discussão foram identificados sinais de tumefação em região sublingual e submandibular (Figura 1).

É amplamente estabelecido na literatura que o tratamento de escolha para os casos envolvendo cistos dermóides é cirúrgico (ALKIMIM *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2009; DILLON *et al.*, 2015; LONGO *et al.*, 2003; EL-HAKIM & ALYAMANI, 2008; GARCIA *et al.*, 2018; GARG *et al.*, 2014; GIARRAPUTO *et al.*, 2018; IANESSI *et al.*, 2013; JAIN *et al.*, 2012; JAYASURIYA *et al.*, 2017; LEITE SEGUNDO *et al.*, 2014; MATSUZAKI *et al.*, 2020; NERI *et al.*, 2014; OLULEKE *et al.*, 2020; SAHOO *et al.*, 2015).

A localização anatômica da lesão é um dos elementos que devem ser bem avaliados para a escolha da abordagem cirúrgica no que se refere ao acesso. No caso apresentado, optou-se por um acesso intraoral considerando a análise das características clínicas apoiada pelas imagens da tomografia computadorizada e de ultrassonografia. As imagens revelaram que a lesão cística estava em posição supramilohióidea. A classificação da localização anatômica e o acesso cirúrgico do cisto dermoide podem ser estabelecidos em relação ao músculo milohiódeo.

O músculo milohiódeo tem destaque do ponto de vista anatômico para a região. Este músculo é a estrutura de sustentação mais importante do assoalho da boca, fazendo a separação entre os espaços sublingual e submandibular (SOUZA *et al.*, 2003). Especificamente sobre os cistos dermóides e os acessos cirúrgicos, podemos ter os supramilohiódeos com acesso intraoral ou sublingual,

inframiloioídeos com acesso cervical ou extra oral, peri e trans miloioídeo com acesso intraoral e extraoral combinados (BROWN e BAKER, 1972; GOLD *et al.*, 1974; NERI *et al.*, 2014, PATEL e BHATT, 2018; TESZLER *et al.*, 2007). Neville *et al.*, (2004) consideram que os cistos localizados acima do músculo genioioídeo podem ser removidos por acesso intraoral e os cistos situados abaixo podem necessitar de um acesso extraoral.

Os estudos encontrados na literatura deixaram explícito que a localização da lesão em relação aos músculos da região é fator determinante para o tipo de acesso cirúrgico (EL-HAKIM e ALYAMANI, 2008; GARCIA *et al.*, 2018; ; GIARRAPUTO *et al.*, 2018; JAIN *et al.*, 2012; LEITE SEGUNDO *et al.*, 2014; LIMA Jr. *et al.*, 2003; LONGO *et al.*, 2003; NERI *et al.*, 2014; OLULEKE *et al.*, 2020; SAHOO *et al.*, 2015). Outros autores levam em conta também as questões estéticas, o tamanho dos cistos e a presença de estruturas anatômicas adjacentes (GARG *et al.*, 2014; KING *et al.*, 1994; NERI *et al.*, 2014; SÁENZ *et al.*, 2016; SEWARD 1965; SILVA *et al.*, 2008; UTAMI *et al.*, 2016). Em algumas situações clínicas específicas onde é necessário melhor visualização das estruturas no campo cirúrgico, pode ser empregado a combinação de acesso intra e extraoral (EL-HAKIM e ALYAMANI, 2008; KING *et al.*, 1994; TAYLOR *et al.*, 1960).

O resultado do exame histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica inicial de cisto dermoide (Anexo C). Histologicamente apresentou cavidade cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso hiperortoceratinizado, camadas de células granulosas com áreas de acantose. Cápsula constituída de tecido conjuntivo fibroso, células inflamatórias mononucleares e presença de glândulas sebáceas. No

lúmen da observou-se grande quantidade de queratina desprendida no formato de filamentos. Os cistos dermoides, histopatologicamente, apresentam epitélio estratificado escamoso ortoceratinizado, em um tecido fibroso conjuntivo, que inclui anexos de pele, cabelos e glândulas sebáceas e sudoríparas. O lúmen contém queratina, ou material sebáceo, produzido pelos seus componentes (GOLDEN *et al.*, 2012). Transformações malignas em cistos dermoides são consideradas raras. Entretanto alguns estudos reportaram a presença de características de malignização em cistos dermoides e epidermoides tanto na cavidade bucal quanto em regiões como ovários e testículos (ALLAM-NANDYALA *et al.*, 2010; GORDON *et al.*, 2013; JAYASURIYA *et al.*, 2017; PIRGOUSIS e FERNANDES, 2011; RUTHERFORD *et al.*, 2006; TUZ *et al.*, 2003; ZACHARIADES e SKOURA-KAFOUSSIA, 1990).

Uma leitura atenta dos trabalhos acima mencionados demonstra que a possibilidade de malignização não deve ser desprezada. Como exemplo, em estudo recente Jayasuriya *et al.*, (2017) encontraram em caso de cisto dermoide submentoniano uma evolução para carcinosarcoma nos tecidos epitelial e mesenquimal. Estudos apontam que cistos com diâmetro superior a 10 centímetros, em pacientes com idade superior a 45 anos, com crescimento rápido, apresentando espessamento da parede do cisto e aderência a uma estrutura adjacente são considerados fatores de risco para transformação maligna em cistos nos ovários (ALLAM-NANDYALA *et al.*, 2010; AL-RAYYAN *et al.*, 2009). Evidentemente, cistos no assoalho bucal com estas características seriam teoricamente mais perceptíveis antecipadamente do que nos ovários. Nesta perspectiva os cistos em assoalho de boca podem ser considerados menos insidiosos. O caso em questão evoluiu sem intercorrências. A paciente foi reavaliada no pós operatório de sétimo e vigésimo dia

(Figura 11) com realização de exame de tomografia de face no vigésimo dia, onde foi possível observar que as vias aéreas se mantiveram pérvias (Figura 12).

Clinicamente não foram observadas alterações em padrão de produção de saliva. A cicatrização da ferida cirúrgica apresentou-se dentro dos padrões de normalidade. A projeção e mobilidade de língua foram restabelecidas. A paciente apresentou melhora significativa do padrão de fonação e respiração. A escolha de um acesso cirúrgico adequado, exérese completa da lesão sem ruptura e fragmentação da cápsula, e procedimento cirúrgico com resultados estéticos e funcionais adequados são considerados elementos de base para um bom prognóstico (AKAO *et al.*, 2003; BIGLIOLI *et al.*, 2003; JAIN *et al.*, 2012; OLULEKE *et al.*, 2020; UTUMI *et al.*, 2016).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cistos dermoides na região de cabeça e pescoço os cistos são incomuns e frequentemente se manifestam entre a segunda e a terceira década de vida. Não há predileção por sexo. Podem comprometer fonação, deglutição e respiração. Nesse sentido, deve-se enfatizar a importância do diagnóstico diferencial. Uma boa compreensão da história da doença pregressa e atual são relevantes. Imagens tomográficas, de ultrassonografia e ressonância magnética são ferramentas essenciais para um adequado diagnóstico. O diagnóstico define o tratamento e logicamente, tem impacto no prognóstico. A escolha do acesso cirúrgico é dependente da localização, do tamanho da lesão e da relação com os músculos da região. Em geral o prognóstico é bom. O tratamento dos cistos dermoides é exclusivamente cirúrgico. As recidivas são eventos raros principalmente quando há a remoção completa da lesão.

REFERÊNCIAS

- AKAO, I.; NOBUKIYO, S.; KOBAYASHI, T.; KIKUCHI, H.; KOIZUKA, I. **A case of large dermoid cyst in the floor of the mouth.** *Auris Nasus Larynx.* v. 30, p.137-139, 2003.
- AKINBANI, B.O.; OMITOLA, O.G.; OBIECHINA, A.E. **Epidermoid cyst of the tongue causing airway obstruction.** *J Maxillofac. Oral Surg.* v. 10, n. 4, p. 349-353. 2011.
- AL-KHATEEB, T.H.; N. M. AL-MASRI, N.M.; F. AL-ZOUBI, F. **Cutaneous cysts of the head and neck.** *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery,* v. 67, n. 1, p. 52–57, 2009.
- ALKIMIM, S.L.G.; SOARES, W.D.; ALMEIDA, P.N.M. **Cisto dermoide sublingual: relato de caso.** *Rev Bras Pesq Ciências da Saúde,* v. 1, n. 1, p. 6- 7, 2014.
- ALLAM-NANDYALA, P, BUI, M. M.; CARACCILOLO, J.T.; HAKAM, A. **Squamous cell carcinoma and osteosarcoma arising from a dermoid cyst-a case report and review of literature.** *Int J Clin Exp Pathol,* v.3, n.3, p. 313-318, 2010.
- AL-RAYYAN, E.S.; DUQOUM, W.; SAWALHA, M.S.; NASCIMENTO, M.C.; PATHER, S.; DALRYMPLE, C.J.; et al. **Secondary malignancies in ovarian dermoid cyst.** *Saudi Med J.* v.30, n. 4, p. 524–528, 2009.
- BERBEL, P.; OSTROSKY, A.; TOSTI, F. **Large sublingual dermoid cyst: a case of mandibular prognathism.** *Craniomaxillofac Trauma Reconstruction,* v.9, p. 345–348, 2016.
- BIGLIOLI, F.; ABBATI, S.; BAZZACCHI, R. **Cyst of the floor of the mouth causing respiratory obstruction. Report of one case.** *Minerva Stomatol.* v. 52, p. 479-483, 2003.
- BLACK, E.E.; LEATHERS, R.D.; YOUNGBLOOD, D. (1993) **Dermoid cyst of the floor of the mouth.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* v.75, p. 556-558, 1993.
- BOKO, E.; AMAGLO, K.; KPEMISSI, E. **A bulky dermoid cyst of the floor of the mouth.** *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases.* v. 131, n. 2, p. 131-134, 2014.
- BROWN, C.A.; BAKER, R.D. **Dermoid cyst of the floor of the mouth: lateral teratoid cyst with sinus tract in an infant.** *Journal of Oral Surgery,* v. 30, p. 55–58, 1972.
- CAMPBELL, R.; WALKER, P. **Management of congenital lingual dermoid cysts.** *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology,* v. 74, n. 6, p. 567–571, 2010.
- CARVALHO, F.C.R.; TAIRA, N.V.; CARVALHEIRA, T.B.; SILVA, D.M.; GONÇALVES, P.A.M. **Cisto dermoide no assoalho bucal: relato de caso.** *Rev Clín Pesq Odontol.* v. 5, n. 2, p. 161-164, 2009.
- COLP, R. **Dermoid cysts of the floor of the mouth.** *Surg Gynaecol Obstet.* v. 40, p. 183–195, 1925.

COVARRUBIAS, L.O.; CARPIO, R.L.; OCARIZ, M.S.D.; MCKINSTER, C.D.; LOPEZ, C.P.; MALDONADO, R.R. **Dermoid cysts: a report of 75 pediatric patients.** *Pediatric Dermatology.* v. 30, p. 706-711. 2013.

D'ANTONIO, W.E.P.A.; IKINO, C.M.E.; MURAKAMI, M.S.; SENNES, L.U.; TSUJI, D.H. **Cisto epidermoide gigante de assoalho de boca.** *Rev Bras Otorrinolaringol.* v. 66, n. 1, p. 63-66, 2000.

DI FRANCESCO A, CHIAPASCO M, BIGLIOLI F, ANCONA D. **Intraoral approach to large dermoid cysts of the floor of the mouth:** a technical note. *Int J Oral Maxillofac Surg.* v. 24, n. 3, p. 233–235, 1995.

DILLON, J.R.; AVILLO, A.J.; NELSON, B.L. **Dermoid Cyst of the Floor of the Mouth.** *Head and Neck Pathol.* v.9, p. 376–378, 2015.

DUTTA, M.; JAYANTA, S.; GAUTTAN, B.; CHATTOPADHYAY, S.; INDRANIL, S.; RAMANUJ, S. **Epidermoid cysts in head and neck:** our experience with, Review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* v. 65, p.14-21. 2011.

EL-HAKIM, I.E.; A. ALYAMANI, A. **Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth.** *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* v. 37, n. 5, p. 497–499, 2008.

GARCIA, A.B.; RIVERO, E.D.L.; GARCIA, L.B.; SERRA, M.F. **Cystic mass of the floor of the mouth.** *J Clin Exp Dent.* v.10, n. 3, p. 287-290, 2018.

GARG, U.; BATRA, R.; GARG, M.K. **Plunging sublingual dermoid:** Intraoral excision. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences,* v. 15, n. 1, p. 65-67, 2014.

GIARRAPUTO, L.; SAVASTANO, S.; D'AMORE, E.; BACILIERO, U. **Dermoid cyst of the floor of the mouth.** *Diagnostic Imaging Findings.* v. 10, n. 4, p. 4-7, 2018.

GOLD, B.D.; SHEINKOPF, D.E.; LEVY, B. **Dermoid, epidermoid and teratomatous cysts of the tongue and the floor of the mouth.** *Journal of Oral Surgery,* v. 32, no. 2, p. 107– 111, 1974.

GOLDEN, B.A.; JASKOLKA, M.S.; RUIZ, R.L. **Craniofacial and orbital dermoids in children.** *Oral maxillofacial Surg Clinic N Am,* v.24, p. 417-425, 2012.

GORDON, P. E.; FAQUIN, W. C.; LAHEY, E.; KABAN, L.B. **Floor-of-mouth dermoid cysts:** report of 3 variants and a suggested change in terminology. *J Oral Maxillofac Surg.* v.71, n. 6, p.1034–1041, 2013.

GORDON, P.E.; FAQUIN, W.C.; LAHEY, E.; KABAN, L.B. **Floor-of-mouth dermoid cysts:** report of 3 variants and a suggested change in terminology. *J Oral Maxillofac Surg,* v.71, n. 6, p. 1034-1041, 2013.

IANNESSI, A.; MARCY, P.Y.; POISSONNET, G.; GIORDANA, E. **Dermoid cyst in the floor of the mouth. Answer to the e-quiz “Dysphagia and snoring without odynophagia.** *Diagnostic and Interventional Imaging.* v. 94, n. 9, p. 913-918, 2013.

JADWANI, S.; MISRA, B.; KALLIANPUR, S.; BANSOD, S. **Dermoid cyst of the floor of the mouth with abundant hair**: a case report. *Journal Maxillofac Oral Surg.* v. 8, n. 4, p. 388- 389. 2009.

JAIN, H.; SINGH, S.; SINGH, A. **Giant sublingual dermoid cyst in floor of the mouth**. *Journal of Maxillofac Oral Surg.* v.1, n. 2, p. 235-237. 2012.

JAYASURIYA, N.S.S.; SIRIWARDENA, S.; TILAKARATNE, W.M. *et al.* **Malignant transformation of a long-standing submental dermoid cyst to a carcinosarcoma**: a case report. *J Med Case Reports*, v. 2017, p. 11-11, 2017.

JEYARAJ, W.C.P.; SAHOO, B.N.K. **A case of an unusually large Sublingual dermoid cyst of the maxillofacial region**. *J Dent Med Maxillofacial Sci*, v. 2, n. 2, p. 19-25, 2012.

JOURDAIN, A.L.B.B. **Traite des maladies chirurgicales dela bouche**. 2 Valleyre, 4^a ed Paris. p. 457– 458. 1778.

KING, R. C.; SMITH, B. R.; BURK, J. L. **Dermoid cystin the floor of the mouth**. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, v. 78, p. 567-576, 1994.

KINI, Y.; KHARKAR, V.R.; RUDAGI, B.M.; KALBUGE, J.V. **An unusual occurrence of epidermoid cyst in the buccal mucosa: a case report with review of literature**. *J Maxillofac.Oral Surg.* v.12, n. 1, p. 90-93. 2013.

LAUREANO FILHO, J.R.; DIAS, E.O.S.; MORAIS, H.H.A.; XAVIER, R.L.F. **Cisto dermoide**: relato de um caso. *Rev Cir Traumat Buco Maxilo Fac.* v.3, n. 1, p. 17- 22. 2003.

LEITE SEGUNDO, A.V.; SOUZA, B.L.M.; FREIRE, A.P.N.D.; SOARES, M.S. **Extensive dermoid cyst in the submental region: case report**. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.* v.7, n.1, p.42-44, 2014.

LIMA JÚNIOR, S.M.; CHRCANOVIC, B.R.; DE PAULA, A.M.B.; FREIRE- MAIA, B.; SOUZA, L.N. **Dermoid Cyst of the Floor of the Mouth**. *The Scientific World Journal.* v. 3, p. 156-162, 2003.

LIN, H.W.; SILVER, A.L.; CUNNANE, M.E.; SADOW, P.M.; KIEFF, D.A. **Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: unusual radiologic and pathologic findings**. *Auris Nasus Larynx.* v. 38, n. 5, p. 650-653, 2011.

LONGO, F.; MAREMONTI, P.; MANGONE, G.M.; DE MARIA, G.; CALIFANO, L. M.D. **Midline (Dermoid) Cysts of the Floor of the Mouth**: Report of 16 Cases and Review of Surgical Techniques. *Plastic and Reconstructive Surgery.* v. 112, n. 6, 2003.

MAKOS, C.; NOSSIUS, G.; PEIOS, M.; GOUGOSIS, S.; CHOURIDIS. P. **Dermoid cysts of the floor of the mouth**: two cases reports. *Cases Reports in Medicine.* V. 2011, p.1- 6, 2011.

MALLAMPATI, S.R.; GATT, S.P.; GUGINO, L.D.; DESAI, S.P.; WARAKSA, B.; FREIBERGER, D.; LIU, P.L. **A clinical sign to predict difficult tracheal intubation**: a prospective study. *Can Anaesth Soc Journal.* v.32, n. 4, p. 429-434, 1985.

- MATHEUS, J.; LANCASTER, J.; O'SULLIVAN, G. **True lateral dermoid cyst of floor of the mouth.** The Journal of Laryngology & Otology, v. 115, n. 4, p. 333-335, 2001.
- MATSUZAKI, Y.; KATO, H.; YOSHIDA, S.; WATANABE, A.; TAKANO, M. **A rare case of dermoid cyst arising in the upper lip.** Int. J. of Surg. Case Reports. v. 74, p. 77-81, 2020.
- MEYER, I. **Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth.** Oral Surgery Oral Med Oral Pathol. v. 8, n. 11, p. 1149-1164, 1955.
- MONTEBUGNOLI, L.; TIBERIO, C.; VENTURI, M. **Rare disease. A rare case of congenital epidermoid cyst of the hard palate.** BMJ Case reports. v. 2011, p. 1-4, 2011.
- NAINA, P.; SYED, K. A.; KOSHY, L.; MATHEWS, S.S. **Sublingual dermoid causing stertor in an infant.** BMJ Case Rep, v. 2016, p. 1-3, 2016.
- NERI, R.F.A.; ANDRADE, C.S.; OLIVEIRA, G.Q.V.; PONTES, C.G.C.; SILVA, D.T AZEVEDO, R.A. **Cisto Dermoide Sublingual, 30 anos de evolução:** Relato de Caso. Rev Cir Traumatol Buco Maxilo Fac Camaragibe, v.14, n.2, p. 25-30, 2014.
- NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J. E. **Oral and maxillofacial pathology.** 3rd ed. St. Louis: Saunders Elsevier; p. 33-35, 2009.
- NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia oral e maxilofacial.** 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- OLIVEIRA, J.C.S.; RODRIGUES, W.C.; JÚNIOR, I.R.G.; RABÊLO, L.R.S.; EIDER GUIMARÃES BASTOS, E.G. **Cisto dermoide em assoalho bucal:** 2 casos clínicos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac Camaragibe. v.13, n.4, p. 51-56, 2013.
- OLULEKE, O.O.; AKAU, K.S.; GODWIN, A.I.; KENE, A.I.; SUNDAY, A.O. **Sublingual Dermoid Cyst:** Review of 14 Cases. Annals of Maxillofacial Surgery. v. 10, n. 1, p. 279-283, 2020.
- PAPADOGEORGAKIS, N.; KALFARENTZOS, E.F.; VOURLAKOU, C.; ALEXANDRIDIS, C. **Surgical management of a large median dermoid cyst of the neck causing airway obstruction.** A case report. Oral Maxillofac *Surg.* v.13, n. 3, p. 181-184. 2009.
- PATEL, H.; MAYL, J.; CHANDRA, B.; PRITCHETT, C.; CHANDRA. T. **Dermoid of the oral cavity:** case report with histopathology correlation and review of literature. Radiology Case. v. 10, n. 12, p. 19-27, 2016.
- PATEL. S.; BHATT, A. A. **Imaging of the sublingual and submandibular spaces.** Insights into Imaging, n. 9, p. 391-401, 2018.
- PATIL, K.; MAHIMA, V.G.; MALESHI, S.N. **Sublingual epidermoid cyst:** a case report. Cases Journal. v. 2, p. 1-4, 2009.
- PEREIRA, J.V.; ALVES, P.M.; ARAÚJO, C.R.F.; PEREIRA, K.M.A.; COSTA, A.L.L. **Cisto epiDermoide em ventre de língua.** Rev Bras Otorrinolaringol. v. 74, n.3, 2008.

PIRGOUSIS, P, FERNANDES, R. **Giant submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity**: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* v. 69, n.2, p. 532-535, 2011.

RAJAYOGESWARAN, V.; EVESON, J.W. **Epidermoid cyst of the buccal mucosa.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* v. 67, p. 181–184, 1989.

RAVEENTHIRAN V, SAM C J, SRINIVASAN S K. **A simple approach to airway management for a giant sublingual dermoid cyst.** *Can J Anaesth.* v. 53, n. 12, p. 1265–1266, 2006.

RAVINDRANATH, A.P.; RAMALINGAM, K.; NATESAN, A.; RAMANI, P.; PREMKUMAR, P.; THIRUVENGADAM, C. **Epidermoid cysts**: an exclusive palatal presentation and a case series. *Int Jor Dermat.* v. 48, p. 412-415, 2009.

REN, X.H.; CHU. C.; ZENG, C.; TIAN. Y.J.; MA, Z.Y.; TANG, K. **Delayed postoperative hemorrhage in 21 patients with intracranial epidermoid cysts.** *J Neurosurg.* v.114, p. 1592-1602, 2012.

ROSER, W. **Handbuch der Anatomischen Chirurgie** (3e Auflage) H. Laupp, Tübingen. Lieferung 2, 1859.

RUTHERFORD, S.A.; LEACH, P.A.; KING, A.T.; **Early Recurrence of an Intracranial Epidermoid Cyst Due to Low-Grade Infection**: Case Report. *Skull Base.* v. 16, n. 2, p.109-116, 2006.

SÁENZ, M.A.M.; GONZÁLEZ, M.J.V.; CAMACHO, M.A.P.; CAVAZOS, L.M.; IBARRA, B.S.; GARCÍA, B.I.E.; GONZÁLEZ, J.L.T. **Respiratory distress associated with heterotopic gastrointestinal cysts of the oral cavity**: A case report. *Ann Med Surg,* v. 12, p. 43–46. 2016.

SAHOO, N.K.; CHOUDHARY, A.K.; SRINIVAS, V.; TOMAR, K. **Dermoid cysts of maxillofacial region.** *Med J Armed Forces India.* v. 71, suppl 2, p. S389–S394. 2015.

SANTOS, T. S.; GOMES, A.C.A.; FROTA, R.; OLIVEIRA E SILVA, E.D.; MARTINS FILHO, P.R.S.; ANDRADE, E.S.S. **Iatrogenic infection in dermoid cysts of the floor of the mouth.** *Braz J Otorhinolaryngol.* v.77, n. 5, p. 675, 2011.

SEAH, T.E.; SUFYAN, W.; SING, B. **Case report of a dermoid cyst at the floor of the mouth.** *Annals Academy of Medicine,* v. 33, suppl. 77S-79S, 2004.

SEWARD, G. R. **Dermoid cysts of the floor of the mouth,** *Braz J Oral Surg.* v.3, p. 36-47, 1965.

SHAARI, C.M.; HO, B.T.; SHAH, K.; BILLER, H.B. **Lingual dermoid cyst.** *Otolaryngology Head and Neck Surgery.* v. 112, n. 3, p. 476-478, 1995.

SILVA A.L.F.; SIQUEIRA, C.R.B.; ROCHA, R.P.; VICTAL, H.S.; MOREIRA JÚNIOR, J.M.; KHALIL, W. **Cisto dermoide mediano com abordagem extra-oral - relato de caso.** *Rev INPEO de Odontologia,* v. 2, n.1, p. 55-60, 2008.

SOARES, C.D.; GURGEL, A.C.; SOUZA JÚNIOR, F.A.; OLIVEIRA, S.N.; CARVALHO, M.G.F.; OLIVEIRA, H.G. **Extensive Epidermoid Cyst and Breathing Difficulty**. Case Rep Dent. v. 2015, p. 1-4, 2015.

SOUZA, F.V.; NOGUEIRA, R.L.M.; TURATTI, E, MENEZES JÚNIOR, J.M.S.; FREITAS, M.R.; **Cisto dermoide: relato de caso clínico**. Rev Cir Traumatol Buco Maxilo Fac Camaragibe. v.7, n. 4, p. 37-42, 2007.

SOUZA, R.P.; JUNIOR, A.J.O.P.; VOLPATO, R. **O Espaço Sublingual**. Radiol Bras, v. 36, n.1, p. 35–40, 2003.

TAYLOR, B.W.; ERICH, J.B.; DOCKERTY, M.B. **Dermoids of the head and neck**. Minnesota Medicine, v. 49, p. 1535–1540, 1960.

TESZLER, C.B.; EL-NAAJ, I.A.; EMODI, O.; LUNTZ, M.; PELED, M. **Dermoid cysts of the lateral floor of the mouth: A comprehensive anatomo-surgical classification of cysts of the oral floor**. J Oral Maxillofac Surg. v. 65, n. 2, p. 327-332, 2007.

TORRES, J.S.; HIGA, T.T. **Epidermoidal cyst in the oral cavity**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. v. 30, n. 5, p. 592-600, 1970.

TRIANAFILLIDOU, E.; KARAKASIS, D.; LASKIN, J. **Sweeling of the floor of the mouth**. Journal of Oral Maxillofac Surg. v. 47, n. 7, p.733-736, 1989.

TUZ, M.; DOGRU, H.; UYGUR, K.; BAYKAL, B. **Rapidly growing sublingual dermoid cyst throughout pregnancy**. Am J Otolaryngol. v. 24, n. 5, p. 334-337, 2003.

UTUMI, E.R.; ARAUJO, J.P.; PEDRONA, I.G.; YONEZAKIC, F.; MACHADO, G.G.; ROCHA, A.C. **Extensive epidermoid cyst of the submental region**. Autopsy and Case Reports, v. 6, n. 2, p. 51-54, 2016.

VIEIRA, E.M.M.; BORGES, A.H.; VOLPATO, L.E.R.; PORTO, A.N.; CARVALHOSA, A.A.; BOTELHO, G.A.; BANDECA, M.C. **Unusual Dermoid Cyst in Oral Cavity**. Case Reports in Pathology. v. 2014, p. 1-3, 2014.

WALSTAD, W.R.; SOLOMON, J.M.; SCHOW, S.R.; OCHS, M.W. **Midline cystic lesion of the floor of the mouth**. J Oral Maxillofac Surg. v. 56, n. 1, p. 70-74, 1998.

YAMAMOTO, M.O.; NAKAJIMA, K.; SAKAMOTO, J.; IMOTO, K.; WATANABE, M.; KOTAKI, S.; KURODA, M.; MATSUZAKA, K.; SHIBARHARA, T.; CURTIN, H.D.; GOTO, T.K. **Atypical MRI and histopatological findings in dermoid cyst**. Bull Tokio Dent Coll, v. 59, n. 3, p 207-212, 2018.

ZACHARIADES, N.; Skoura-Kafoussia, C. **A life threatening epidermoid cyst of the floor of the mouth: Report of a case**. J Oral Maxillofac Surg. v. 48, n. 4, p. 400-403, 1990.

ANEXOS

ANEXO A- Risco Cirúrgico

Hospital Municipal Odilon Behrens

PRE-ANESTÉSICA

N.º Do Prontuário: **915689**

Nome: **[REDACTED]** Idade: **15** Sexo: **F** Peso: **40** Altura: **-**

Diagnóstico: **CITO SUBCUTANEA** Especifique: **EVCRATE** Data prevista: **21/03/19**

S C V	HAS			E N D O C	Diabetes Mellitus			
	Ins. Coronariana				Doenças da tireóide			
	IAM <input type="checkbox"/> > 3m. <input type="checkbox"/> < 3m				Dislipidemia			
	ICC				Obesidade			
	Fibrilação Atrial				Outros			
	Marca passo				G S I	Doença de refluxo		
	Outras					Insuf. Hepática (Child A, B, C)		
	Asma					Hipertensão porta		
	DPOC					Obstrução intestinal		
	Outras					Outras		
S R S	Pneumopatia restritiva			D I V E R S O S	Patologia neuromuscular			
	Hipertensão pulmonar				Patologia da coluna vertebral			
	IVAS recente				Coagulopatia			
	Outras				Anemias hemolíticas			
	Síndrome nefrótica				Transfusão sangue prévia			
S G U	Síndrome nefrítica			H A B I T O S	Gravidez			
	Litíase renal				Morte em anestesia na família			
	Insuficiência renal				H A B I T O S	Tabagismo		
	Doença de próstata					Alcoolismo		
	Outras					Dependência de drogas		
Convulsões								
AVC prévio								
S N C	Disfunção cognitiva			H A B I T O S	Penicilina			
	Outras				Látex			
					AINES			
I N F E C T O	Hepatite A, B, C			H A B I T O S	Outros			
	HIV				História de intubação difícil			
	Doença de Chagas							
Outras								

Medicações usadas de forma regular: **Ø** Fitoterápicos: **-**

CIRURGIAS ANTERIORES: **ADEQUAÇÃO NA INFANCIA** TIPO DE ANESTESIA: **ABB** INTERCORRÊNCIAS: **Ø**

Paciente CTI: Não Sim PIA PVC SVD Glasgow Ventilação Mecânica Drogas vasoativas Drenos

Hb **13,23** Ht **41,22** Pht **22,200** Leuco. **7894** Glic **75** Glico Hb **0,7** PTT **9,67** RNI **1,0** Fib **33**

Na **K** Ca **Mg** Cl **Cr** Ur **33**

Rx tórax: **Eco** ECG: **TE** Cat: **Outros**

EXAME FÍSICO

PA **100x60** FC **76** Mobilidade Cervical: normal reduzida MALLAMPATI: I II III IV

Abertura da boca: > 40mm < 40mm Incisivos protusos: sim não Prótese dentária: sim não

Distância mento-tireóide: > 6cm < 6cm Ausculta respiratória: **via aérea difícil prevista; intubação por fibra** Ausculta cardíaca: **Capacidade funcional: X METS**

Outros dados importantes: **via aérea difícil prevista; intubação por fibra**

DIAGNÓSTICO

Doença cardíaca ativa: não sim Risco cardíaco do procedimento cirúrgico: Alto Intermédio Baixo ASA: **I**

CONDUITA

Necessidade de interconsulta clínica: Não Sim Previsão de CTI pós-operatório imediato: Não Sim Previsão de hemotransfusão: Não Sim

Aprovado para procedimento anestésico: Não Sim Informado jejum pré-operatório: Não Sim

Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE: Não Sim

Planejamento Anestésico: **A DEFINIR** Data: **21/03/19** Médico Anestesiologista/CRM: **66785**

ESP 3 CARIMBO MÁXIMO

MOD. 059820-HC.3

ANEXO B- Termo de Consentimento

UFMG Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social e Preventiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu [REDACTED] submetida a procedimento cirúrgico no dia 23/04/2019 para exérese de Cisto Dermóide no Hospital Metropolitano Odilon Behrens, declaro que fui informada sobre o meu caso e a necessidade de acompanhamento. Declaro também que autorizo a utilização das imagens do meu caso em apresentação de estudos, ministração de aulas, apresentação de casos clínicos e publicações em congressos e eventos de natureza científica, desde que resguardada minha imagem, bem como preservado o sigilo e o anonimato de qualquer informação que possa identificar meus dados pessoais.

Belo Horizonte, 01 de maio de 2019

[REDACTED]
[REDACTED]

ANEXO C - Histopatológico



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL
Av. Antônio Carlos, 6627, Sala 3202 - Pampulha
Belo Horizonte-MG 31270-901
Fone: (31) 3409-2479 E-mail: odonto-patobucal@ufmg.br

RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO

CÓDIGO: 38512

Paciente: [REDACTED]

Data de nascimento 06/09/2000

Idade: 18 anos

Endereço: [REDACTED]

Fone: [REDACTED]

Profissional: SUS-BH/Ambulatório Odontológico/Hospital Municipal Odilon Behrens: Carlos José

Tipo de Material:

Tipo de Lesão: Cística

Localização: soalho de boca

Diagnóstico Clínico: cisto

MACROSCOPIA:

O material recebido para exame consta de 01 fragmento de tecido mole, formato arredondado, superfície lisa, coloração branca, consistência amolecida e borrachóide, medindo 74x59x43mm. Múltiplos fragmentos foram enviados para inclusão.

MICROSCOPIA:

Os cortes histológicos mostram cavidade cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso hiperortoceratinizado predominantemente de poucas camadas de células exibindo camada granulosa evidente e áreas de acantose. A cápsula é constituída de tecido conjuntivo fibroso, vascularizado, com coleções de células inflamatórias mononucleares e presença de glândulas sebáceas e fibras musculares esqueléticas. Grande quantidade de ceratina desprendida no formato de filamentos ou amorfa também é observada no lúmen da lesão.

DIAGNÓSTICO: Cisto dermóide

Belo Horizonte, 29 de abril de 2019

Dra. Maria Cássia Ferreira de Aguiar
CRO-MG 13.052

Dr. Ricardo Santiago Gomez
CRO-MG 15.331

Dra. Tarcília Aparecida da Silva
CRO-MG 20.690

Dr. Ricardo Alves de Mesquita
CRO-MG 21.189

Dra. Patrícia Carlos Caldeira
CRO-MG 35.414


Dra. Sílvia Ferreira de Sousa
CRO-MG 36.519

Dr. Felipe Paiva Fonseca
CRO-MG 48.333