

Cisto Epidérmico Pós-Traumático Em Face: Relato De Caso

Post-traumatic Epidermal Cyst on the Face: Case Report

Quiste epidérmico postraumático en la cara: reporte de caso

Recebido: 20/08/2020 | Revisado: 26/08/2020 | Aceito: 29/08/2020 | Publicado: 01/09/2020

Demóstenes Alves Diniz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5823-6364>

Hospital da Restauração, Brasil

E-mail: dinizdemostenes@gmail.com

Thawan Lucas Rodrigues Mendonça

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9399-4339>

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

E-mail: thawanlucasr@gmail.com

Priscilla Sarmiento Pinto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2376-4383>

Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: priscillasarmentop@gmail.com

Francisco Alves de Souza Júnior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3110-2953>

Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: fasjunior94@gmail.com

Allan Vinícius Martins de Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5818-1575>

Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: allanmartinsodonto@gmail.com

Vitória Helena Sales do Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4111-9393>

Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: vitoria.sales@upe.br

Kalyne Kelly Negromonte Gonçalves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8600-9158>

Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: kalyne.negromonte@upe.br

Caio César Gonçalves Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7519-7894>

Universidade de Pernambuco, Brasil

E-mail: caio.cesar@upe.br

Andreza Veruska Lira Correia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0249-7957>

Hospital da Restauração, Brasil

E-mail: andrezalira@gmail.com

Resumo

O cisto epidérmico (C.E.), também conhecido como cisto sebáceo, é um nódulo semelhante a um caroço, da mesma cor da pele, esbranquiçado, ou amarelado, que tem tamanho variável e pode ser único ou múltiplo, com consistência dura, elástica, com flutuação ou pus quando inflamado. Acometem os pacientes de qualquer idade, são benignos e mais comuns na face, pescoço e tronco, embora possam acometer qualquer região do corpo. Ocasionalmente, provocam dor e têm coloração avermelhada. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de um paciente que procurou o serviço de Cirurgia e traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital da Restauração, Recife-PE, com história de aumento de volume em face de característica cística após trauma local, discutindo, assim, o diagnóstico a partir de exames imaginológicos e histopatológicos e seu tratamento cirúrgico. O C.E pode representar um grande risco à saúde do paciente, uma vez que pode gerar efeitos significativamente deletérios, que vão desde defeitos estéticos de grandes proporções até obstrução de vias aéreas, que pode fomentar o óbito, se não manejado corretamente. Com isso, é necessário enfatizar a necessidade do conhecimento do cirurgião, para que desta forma o diagnóstico e tratamento sejam efetivos e o paciente seja minimamente afetado pelas morbidades desta entidade patológica.

Palavras-chave: Assimetria facial; Cisto epidérmico; Traumatismos faciais.

Abstract

The epidermal cyst (CE), also known as sebaceous cyst, is a lump similar to a lump, the same skin color, whitish, or yellowish, which has a variable size and can be single or multiple, with a hard, elastic consistency. fluctuation or pus when inflamed. They affect patients of any age, are benign and most common on the face, neck and trunk, although they can affect any region of the body. Occasionally, they cause pain and are reddish in color. The objective of this work

is to report a clinical case of a patient who sought the service of Buco-maxillofacial surgery and traumatology at Hospital da Restauração, Recife-PE, with a history of swelling due to a cystic characteristic after local trauma, discussing thus, the diagnosis based on imaging and histopathological exams and its surgical treatment. C.E can represent a great risk to the patient's health, since it can generate significantly deleterious effects, ranging from large aesthetic defects to airway obstruction, which can promote death, if not handled correctly. Thus, it is necessary to emphasize the need for the surgeon's knowledge, so that in this way the diagnosis and treatment are effective and the patient is minimally affected by the morbidities of this pathological entity.

Keywords: Facial asymmetry; Epidermal cyst; Facial injuries.

Resumen

El quiste epidérmico (CE), también conocido como quiste sebáceo, es un bulto similar a un bulto, del mismo color de piel, blanquecino o amarillento, que tiene un tamaño variable y puede ser único o múltiple, de consistencia dura y elástica. fluctuación o pus cuando se inflama. Afectan a pacientes de cualquier edad, son benignos y más frecuentes en la cara, cuello y tronco, aunque pueden afectar a cualquier región del cuerpo. Ocasionalmente, causan dolor y son de color rojizo. El objetivo de este trabajo es reportar un caso clínico de un paciente que acudió al servicio de cirugía y traumatología buco-maxilofacial en el Hospital da Restauração, Recife-PE, con antecedentes de tumefacción por característica quística posterior a traumatismo local, discutiendo de ahí el diagnóstico basado en exámenes de imagen e histopatológicos y su tratamiento quirúrgico. La EC puede representar un gran riesgo para la salud del paciente, ya que puede generar efectos significativamente deletéreos, que van desde grandes defectos estéticos hasta la obstrucción de las vías respiratorias, que pueden promover la muerte, si no se manejan correctamente. Así, es necesario enfatizar la necesidad del conocimiento del cirujano, para que de esta forma el diagnóstico y el tratamiento sean efectivos y el paciente se vea mínimamente afectado por las morbilidades de esta entidad patológica.

Palabras clave: Asimetría facial; Quiste epidérmico; Lesiones faciales.

1. Introdução

Os cistos epidérmicos, também conhecidos como cistos epidemóides (C.E.) ou infundibulares, são tumorações císticas raras que acometem frequentemente os tecidos da

face, couro cabeludo, pescoço ou tronco, localizados subcutânea ou intradermicamente (Kim & Hong, 2016; Ishida et al., 2014; Damm & Neville, 2009).

Epidemiologicamente, apenas 7% dos tumores epidérmicos são encontrados na região da cabeça e pescoço, eles acometem igualmente ambos os sexos e são comumente diagnosticados entre a segunda e quinta décadas de vida, sem nenhum fator ou fatores etiológicos específicos fundamentalmente relacionados com seu desenvolvimento neste período (Shear & Speight, 2008; Turetscheck, Hospodka & Steiner, 1995).

Várias teorias são discutidas na literatura acerca da origem dos C.E., e chegou-se ao consenso de que na maioria dos casos, são resultantes de procedimentos cirúrgicos, irritação crônica ou traumas, eventos esses que desencadeiam um processo de invaginação do epitélio escamoso e a consequente formação desta entidade patológica. (Kim & Hong, 2016)

Radiograficamente o C.E. é uma lesão que se apresenta comumente com aspecto unilocular e histologicamente é revestida por epitélio escamoso estratificado associado a uma camada granulada e preenchida por queratina laminada, estando este montante celular associado a um quadro inflamatório agudo, que comumente leva à ruptura da parede do cisto, como episódio resultante desse mecanismo de defesa do organismo contra o corpo estranho. (Ishida et al., 2014; McGavran & Binnington, 1966)

Apesar de normalmente assintomáticos, os cistos epidérmicos param de seguir esse padrão quando atingem dimensões que são mandatórias no estabelecimento de condições como assimetria facial, interferências na fala e/ou mastigação e de forma menos comum na respiração. Em alguns casos essas tumorações tomam grandes proporções em localizações nobres e críticas e isso faz com que se torne necessário uma abordagem mais complexa e diligente para esta entidade patológica (Pereira-Santos et al., 2013; Zachariades & Skoura-Kafoussia, 1990; Ohishi et al., 1985; Mathur & Menon, 1980).

Durante o exame clínico, o exame físico pode já sugerir a presença de uma lesão cística, porém, são os exames complementares de imagem que irão possibilitar uma melhor investigação e diagnóstico provisório. Exames como tomografia computadorizada e ultrassonografia revelam dados importantes como localização e informações anatômicas fundamentais para uma efetiva terapêutica a ser adotada (Ozer et al., 2003; Turetscheck, Hospodka & Steiner, 1995).

A excisão completa é a terapêutica mais adotada para abordagem dos cistos epidérmicos, visto sua benignidade e baixa taxa de recidiva. As indicações cirúrgicas para estes tumores císticos incluem dor ou complicações como inflamação e infecção, além dos

efeitos cosméticos e queixas estéticas dos pacientes, bem como outras complicações mais graves em alguns casos. (Kim et al., 2019; Pereira-Santos et al., 2013; Zuber, 2002)

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente portador de cisto epidérmico em região jugal com tempo de evolução de dois anos após episódio de trauma por agressão física em face, bem como discutir a condução do caso e manejo terapêutico adotado.

2. Relato de caso

Paciente 31 anos de idade, sexo masculino, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração, Recife-PE, com história de aumento de volume em região jugal esquerda há aproximadamente dois anos.

Durante a anamnese, foi relatado um episódio de trauma em face por agressão física com tempo compatível com o de evolução da lesão e também história de hematoma na região jugal, mesma localidade do presente aumento de volume, porém o acúmulo de sangue teve sua total regressão e após um mês iniciou o crescimento lento da lesão atual.

Ao exame físico, observou-se presença de um aumento volumétrico de aproximadamente 4 cm em região jugal esquerda, de consistência mista ao toque, indolor, móvel (Figura 1 A e B). Os linfonodos faciais e cervicais apresentaram-se não palpáveis e não sensíveis. Diante dos achados clínicos, formulou-se a hipótese de lesão cística em pele.

Figura 1 A – Vista Frontal do aumento de volume em região jugal esquerda. **B** – Vista Infero-Superior do aumento de volume em região jugal esquerda.



Fonte: Autores.

Foi solicitada uma ultrassonografia da região, onde se evidenciou através do exame ecográfico realizado com transdutor multifrequencial a presença de uma imagem nodular de textura heterogênea e contornos regulares, medindo 3,5 x 3,4 x 2,0 centímetros, podendo corresponder a um hematoma residual. A tomografia computadorizada de face com janela para tecido mole evidenciava a presença de uma massa homogênea, nodular e superficial, aderida ao tecido subcutâneo, sem envolvimento ósseo.

A Figura 2 ilustra o exame de imagem (ultrassonografia) que é um exame complementar ao diagnóstico desse tipo de lesão.

Figura 2 - Ultrassonografia evidenciando imagem nodular compatível com lesão cística.



Fonte: Autores.

O “X” na Figura 2 revela uma lesão de nodular de contornos regulares, aspecto heterogêneo e dimensões de aproximadamente 3,5 x 3,4 x 2,0 centímetros.

Observamos na figura 3 outro exame de imagem (tomografia computadorizada) também utilizado como exame complementar no diagnóstico deste tipo de lesão.

Figura 3 – Tomografia computadorizada de face evidenciando lesão em região jugal esquerda.



Fonte: Autores.

Evidenciamos na Figura 3 a presença de uma massa homogênea em região jugal esquerda e a ausência de alterações a nível ósseo.

De acordo com os exames complementares de imagem relatados acima, foi possível observar padrões de benignidade, que compreendiam uma lesão bem delimitada, circunscrita, sem invasão de tecidos adjacentes, sejam eles, tecidos de natureza mole ou ósseo, assim como foi possível evidenciar características do que seria uma lesão cística e ausência de possível má formação vascular, a partir da inferência imaginológica de seu conteúdo, dessa forma, para diagnóstico e tratamento da lesão, conduziu-se o manejo cirúrgico para uma exérese total da lesão em ambiente ambulatorial, sendo o procedimento realizado sob anestesia local pelo residente do segundo ano do serviço de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial do Hospital, sob supervisão do Staff do plantão.

Inicialmente foi realizada a antisepsia utilizando-se de clorexidina 2% (Riohex-Rioquímica SA. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil) e irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9% (Linhamax®- Eurofarma Laboratórios. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil) para limpeza da área. Realizou-se a intervenção cirúrgica sob anestesia local através do bloqueio do nervo infraorbital esquerdo e técnica infiltrativa objetivando hemostasia local, utilizando-se de lidocaína 2% com epinefrina (20mg/ml 2% + 0,005mg/ml) (Hypocaína®- Hypofarma-Instituto de Hypodermia e Farmácia Ltda, Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brasil).

Na Figura 4 observamos a anestesia infiltrativa, técnica utilizada visando hemostasia local.

Figura 4- Anestesia infiltrativa.



Fonte: Autores.

A imagem 4 é compatível com o momento cirúrgico da infiltração anestésica de lidocaína 2% com epinefrina (20mg/ml 2% + 0,005mg/ml) (Hypocaína®-Hypofarma-Instituto de Hypodermia e Farmácia Ltda, Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brasil).

Dando prosseguimento, realizou-se uma incisão retilínea de aproximadamente dois centímetros com o cabo de bisturi número 3 e a lâmina de bisturi número 15 (Advantive®-SteriLance Medical (SuZhou) Inc., China, República Popular.). Os tecidos foram delicadamente divulsionados e preconizou-se a retirada do espécime o máximo de cuidado possível, preservando a estética do paciente e a integridade da amostra, retirando-se dessa forma totalmente a lesão.

A figura 5 é apresentada no intuito de ilustrar o aspecto da incisão realizada para acesso a lesão durante o transoperatório.

Figura 5 - Incisão retilínea em região jugal esquerda.



Fonte: Autores.

A figura acima demonstra a incisão de aproximadamente dois centímetros realizada com cabo de bisturi nº 3 e lâmina 15 para acesso cirúrgico da lesão.

A Figura 6 é a representação do aspecto clínico da lesão cística, evidenciando a sua forma bem definida e contornos regulares.

Figura 6 - Lesão cística retirada da região jugal esquerda.



Fonte: Autores.

A Figura 6 apresenta a Lesão cística preenchida por material pastoso constituído de tecido irregular, elástico, acastanhado, medindo 3,0 x 2,5 x 2,0 centímetros.

A figura 7 exhibe o aspecto da cavidade remanescente após a exérese da lesão, uma vez que tratava-se de uma lesão bem delimitada, evidencia-se a integridade dos tecidos adjacentes.

Figura 7 - Cavidade remanescente após a retirada da lesão.



Fonte: Autores.

Em seguida foi realizada a síntese da ferida cirúrgica utilizando fio para sutura de Nylon 5-0 (Shalon®Suturas – Shalon Fios Cirúrgicos Ltda, Goiânia, Goiás, Brasil) para cicatrização primária. Também foi feito o aconselhamento em relação aos cuidados pós-operatórios e controle medicamentoso da dor com uso de analgésico (Dipirona 500 mg - Dipirona Monoidratada®-Novamed Fabricação de Produtos Farmacêuticos Ltda, Hortolândia, São Paulo, Brasil) e orientações relacionadas a exposição ao sol para prevenção em relação a possíveis cicatrizes residuais.

A figura 8 notabiliza o aspecto pós-operatório do paciente, onde houve a regressão imediata do aumento de volume e estabeleceu-se uma estética satisfatória.

Figura 8- Aspecto imediato no pós-operatório.



Fonte: Autores.

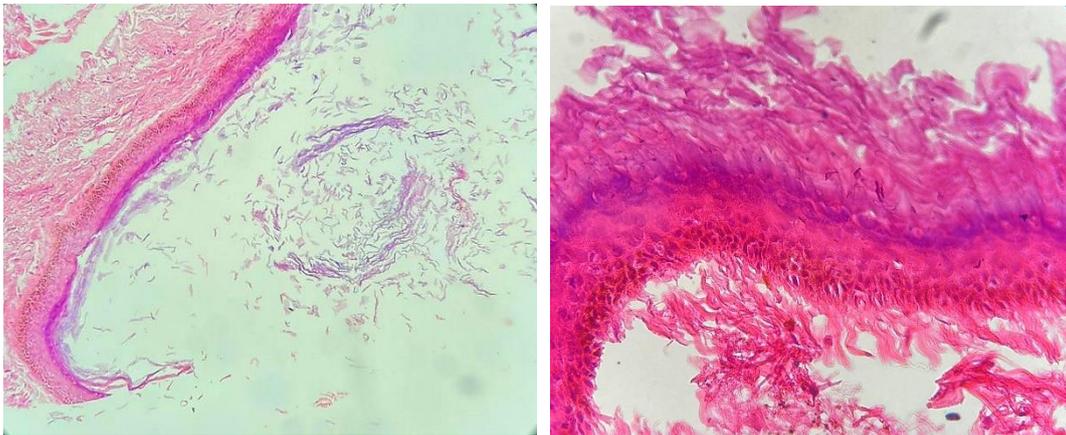
A Figura 8 exhibe a regressão instantânea do aumento de volume em região jugal. Presença de sutura com fio de Nylon 5-0 0 (Shalon®Suturas – Shalon Fios Cirúrgicos Ltda, Goiânia, Goiás, Brasil) para cicatrização primária da ferida cirúrgica.

A peça cirúrgica foi armazenada em formol a 10% (Formaldeído 10%®-Anidrol Produtos Para Laboratórios Ltda, Diadema, São Paulo, Brasil) e enviada ao serviço de anatomia patológica do mesmo Hospital para exame anatomopatológico tendo o laudo

definitivo compatível com cisto epidérmico e assim descartaram-se indícios morfológicos de malignidade.

As Figuras 9 e 10 representam imaginologicamente o aspecto microscópico da lesão, corroborando para o diagnóstico definitivo e conhecimento sobre esta entidade patológica.

Figuras 9 e 10 - Cisto Epidermoide.



Fonte: Autores.

Observamos na Figura 9 a lâmina em maior aumento revela a presença de uma cavidade cística ocupada por queratina. Na Figura 10, a lâmina em maior aumento exibe a presença do epitélio escamosos estratificado como revestimento.

O controle pós-operatório está sendo realizado semestralmente, em consultas ambulatoriais, paciente evoluindo sem recidivas após um ano da cirurgia, e por clinicamente, não apresentar nenhum sinal de recidiva, além das limitações do serviço público, optou-se pela não realização dos exames complementares de imagem.

3. Discussão

O C.E. é uma tumoração benigna comum em qualquer área do corpo onde embriologicamente temos a fusão de elementos teciduais, ocorrendo na região de cabeça e pescoço com uma incidência que varia de 1,6% a 6,9% (Ozan et al, 2007). Geralmente assintomático, porém podem tornar-se sintomático quando acometido por uma infecção secundária ou quando atinge dimensões que podem ser danosas a estruturas adjacentes ou causar deformidades faciais, resultando em queixas estéticas do paciente, fazendo-se necessário intervenção cirúrgica, sendo essas características motivacionais para procura do

paciente a um serviço de referência para sua futura remoção (Chen et al., 2017; Park, Kim & Kimb, 2014).

Epidemiologicamente, o C.E ocorre em qualquer faixa etária, mas mostra uma notória predominância entre a segunda e quinta décadas de vida, com uma proporcionalidade de 3:1 entre homens e mulheres, sendo epidemiologicamente coerente com o presente caso ilustrado neste trabalho (Pereira-Santos et al., 2013).

Com padrão de crescimento lento, apresenta-se de forma arredondada, elevada, com localização subcutânea ou intradérmica, de consistência não endurecida e geralmente os C.E. crescem de um a cinco centímetros de diâmetro, valendo ressaltar que são raros os casos em que ultrapassam os cinco centímetros, portanto as características morfológicas apresentadas pela lesão deste relato de caso estão de acordo com o que foi descrito na literatura (Peker et al., 2016; Kang et al., 2011; Heo, Na & Yang, 2012; Azulay, 2008; Kalgutkar et al., 2006).

Tendo sido relatado primordialmente por Werhner em 1855, deste então, muitas teorias são propostas quanto a etiologia dessa entidade patológica, sendo proposto pela literatura que eventos cirúrgicos, irritação crônica ou episódios traumáticos anteriores podem causar implante traumático de células epiteliais em tecidos mais profundos, desencadeando a ocorrência da invaginação do epitélio escamoso e conseqüentemente causando o surgimento do C.E, como o abordado neste caso, onde o surgimento da tumoração sucede um episódio por agressão física na região acometida, ratificando-se como válido o fator etiológico traumático proposto neste relato, por estar em concordância com os achados literários (Kim & Hong, 2016; Kandogan et al., 2007; De Ponte et al., 2002; Neville et al., 2002).

É de grande relevância citar que, assim como episódios traumáticos, a etiologia do C.E pode estar relacionada não somente a um fator único, mas sim a um conjunto de fatores, como trauma, proliferação endotelial e/ou inflamação mínima, sendo difícil prever a concomitância destes, por isso a raridade destes casos relacionados a C.E, em face, e principalmente associados a trauma, como apresentado (Kini et al., 2013).

Histologicamente, na literatura o C.E é caracterizado como uma lesão que apresenta uma cavidade revestida por epitélio escamoso estratificado, organizada em multicamadas que apresentam grânulos querato-hialinos, revelando uma camada granulosa bem desenvolvida com a luz sendo preenchida por ortoceratina degenerada, não sendo incomum o rompimento do revestimento epitelial, isto verificado, comumente encontra-se uma reação inflamatória granulomatosa, contando com a presença de células gigantes multinucleadas, monócitos e linfócitos em quantidade considerável. Desta forma, os achados obtidos a partir do estudo

histopatológico da lesão neste caso relatada estão de acordo com o que é proposto pela literatura (Kim & Hong, 2016; Damm & Neville, 2009).

Por tratar-se de uma entidade patológica de crescimento lento e assintomático, o paciente geralmente não costuma associar a um trauma sofrido na área, porém devido à visibilidade da região de cabeça e pescoço, o paciente pode chegar a experimentar quadros de depressão e ansiedade decorrentes da alteração estética causada pela lesão, por isso faz-se necessária um diagnóstico efetivo, para a elaboração e execução da melhor abordagem terapêutica possível (Kini et al., 2013; Park, Kim & Kimb, 2013).

O diagnóstico do C.E é um desafio para os profissionais da saúde, principalmente quando se leva em consideração seus diagnósticos diferenciais (Kim & Hong, 2016). Para o delineamento de um diagnóstico efetivo faz-se necessário considerar a apresentação clínica da lesão, como nesse caso, onde observou-se uma massa única de crescimento lento, bem circunscrita e assintomática, localizada na região jugal esquerda, dessa forma inferiu-se que a tumoração era de natureza cística. Também é importante considerar sinais que remetam a processos infecciosos associados, como neste caso ratificou-se a ausência de sinais como febre, dor e/ou foco tecidual infeccioso, descartou-se essa possibilidade (Mahalakshmi et al., 2016).

Não obstante, é imprescindível a associação deste tipo de lesão também a patologias do desenvolvimento, assim como a processos neoplásicos benignos, como adenoma salivar, lesões vasculares, fibroma e lipoma. Neste estudo foram descartadas algumas dessas possibilidades, visto que a lesão não era pulsante ou tomava caráter pálido quando submetida à pressão, excluindo-se, dessa maneira, a possibilidade de lesão vascular, ao mesmo passo que se tornam ainda mais plausíveis os diagnósticos provisórios anteriormente relatados, isto posto, fez-se necessário a realização de uma biópsia, para que assim o espécime fosse analisado histopatologicamente, tornando-se esta intervenção cirúrgica mandatória para o alcance do diagnóstico definitivo e tratamento efetivo da patologia relatada neste caso (Mahalakshmi et al., 2016; Kini et al., 2013).

Exames complementares de imagem, como a tomografia computadorizada, são de grande relevância no manejo de lesões deste tipo, tanto para a prática cirúrgica como mesmo no diagnóstico provisório, uma vez que, com a exemplo deste caso, ao analisarmos a tomografia computadorizada, além de descartar qualquer envolvimento ósseo deletério, foi possível, através da escala Hounsfield, que se apresenta como importante ferramenta de diagnóstico imagiológico, uma vez que, a partir da decodificação do coeficiente de absorção de cada uma das estruturas submetidas aos feixes de raio x em uma escala de cores, possibilita

a diferenciação inicial de diversos tipos de lesões e seus respectivos conteúdos, como relatado neste caso, onde isto posto e validado, foi possível realizar a inferência primária quanto ao conteúdo e a natureza cística da lesão, uma vez que a mesma encaixou-se no intervalo entre 0 e +1000 unidades Hounsfield, que correspondem a visualização de uma imagem hipodensa, como confirmado pelo exame obtido, corroborando com a hipótese de lesão cística e direcionando dessa forma a equipe a realização da biópsia excisional da lesão (Xavier, 2010).

A exemplo de outros exames de imagem utilizados, temos a ultrassonografia com doppler, que constituiu-se como forte aliada no diagnóstico e tratamento dos C.E., como é ratificado pela literatura, uma vez que associados a um exame físico minucioso e investigações adicionais nos ajudam a afunilar a gama de diagnósticos provisórios e aplicar a melhor terapêutica disponível, além de realizar um estudo na hemodinâmica da região afetada, de forma a eliminar a presença e avaliar parâmetros de velocidade e direção de fluxo sanguíneo em vasos naquela área, favorecendo a precisão e efetividade em uma posterior intervenção cirúrgica (Carvalho, 2009). O prognóstico do C.E é bom, contudo, é de relevante importância destacar, que como é relatado na literatura, existe a possibilidade de transformação maligna desta entidade patológica. (McNeil & Moxham, 2010; López-Rios et al., 1999).

Tendo uma taxa de recorrência menor que 3%, o tratamento mais indicado para este tipo de cisto é a enucleação cirúrgica, uma vez que, como é proposto através de estudos, a remoção máxima do conteúdo e cápsula cística, através de uma incisão mínima e dissecação contundente delicada, conferem uma menor chance de recidiva. O objetivo desta abordagem, como adotado também neste caso, é remover completamente a lesão e alcançar o melhor resultado estético, gerando o mínimo de comorbidades ao paciente (Kim, Sun e Chung, 2019; Kini et al., 2013; Baribieri et al., 2006; Tancredi et al., 2006).

4. Considerações Finais

O C.E. é uma tumoração benigna rara que pode estar associada a episódios traumáticos, o manejo desse tipo de lesão deve contar com uma anamnese completa, uma vez que esta, associada aos exames complementares direcionarão o cirurgião para a melhor terapêutica a ser adotada, como neste caso, onde optou-se pela remoção completa da lesão, sendo esta a modalidade de tratamento eleita pela literatura. Embora benigno, o C.E pode representar um grande risco à saúde do paciente, uma vez que a depender de sua localização pode gerar efeitos significativamente deletérios, como obstrução de vias aéreas, isto posto, é

necessário enfatizar a necessidade do conhecimento do cirurgião, para que desta forma o diagnóstico e tratamento sejam efetivos e o paciente seja minimamente afetado pelas morbidades desta entidade patológica. Ainda é preciso mais relatos clínicos na literatura desta patologia para desenvolver maiores critérios relacionados a recidivas. Porém, é sabido que o acompanhamento do paciente tem que ser por toda vida para diagnosticar recidivas e optar pela melhor forma terapêutica.

Referências

Azulay, R. D., & DR-Dermatologia, A. Z. U. L. A. Y. (2008). Guanabara Koogan.

Barbieri, R. L., Kajita, A. H., Galli, G. M., Medioti, K. F., Figueiredo, P. A. C., Fontes, T. M., & de Fátima Parreira, S. (2006). Cisto epidermóide: relato de caso. *ConScientiae Saúde*, (5), 115-120.

Carvalho, C. F. (2009). *Ultrassonografia Doppler em pequenos animais*. São Paulo: Roca, 71-83.

Chen, B., Lu, H., Ren, C., Ma, L., Hu, X., Qi, H., & Gao, Z. (2017). Excision of sebaceous cyst by intraoral approach: A case report.

Damm, D. D., & Neville, B. W. (2009). *Patologia oral e maxilofacial*.

De Ponte, F. S., Brunelli, A., Marchetti, E., & Bottini, D. J. (2002). Sublingual epidermoid cyst. *Journal of Craniofacial Surgery*, 13(2), 308-310.

Heo, M. S., An, J. H., & Yang, J. W. (2012). Giant epidermal cyst of the periorbital area. *Journal of Craniofacial Surgery*, 23(1), e10-e12.

Kalgutkar, A., Kini, S., Jambhekar, N., & Das, S. (2006). Intradiploic primary epithelial inclusion cyst of the skull. *Annals of diagnostic pathology*, 10(1), 20-23.

Kandogan, T., Koç, M., Vardar, E., Selek, E., & Sezgin, Ö. (2007). Sublingual epidermoid cyst: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 1(1), 87.

Kang, S. G., Kim, C. H., Cho, H. K., Park, M. Y., Lee, Y. J., & Cho, M. K. (2011). Two cases of giant epidermal cyst occurring in the neck. *Annals of dermatology*, 23(Suppl 1), S135-S138.

Kim, J. C., & Hong, I. P. (2016). Rare Giant Upper Lip Epidermal Cyst in a Patient Wearing a Denture. *Archives of craniofacial surgery*, 17(4), 222.

Kim, K. T., Sun, H., & Chung, E. H. (2019). Comparison of complete surgical excision and minimally invasive excision using CO2 laser for removal of epidermal cysts on the face. *Archives of craniofacial surgery*, 20(2), 84.

Kini, Y. K., Kharkar, V. R., Rudagi, B. M., & Kalburge, J. V. (2013). An unusual occurrence of epidermoid cyst in the buccal mucosa: A case report with review of literature. *Journal of maxillofacial and oral surgery*, 12(1), 90-93.

López-Ríos, F., Rodríguez-Peralto, J. L., Castaño, E., & Benito, A. (1999). Squamous cell carcinoma arising in a cutaneous epidermal cyst: case report and literature review. *The American journal of dermatopathology*, 21(2), 174-177.

MacNeil, S. D., & Moxham, J. P. (2010). Review of floor of mouth dysontogenic cysts. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 119(3), 165-173.

Mahalakshmi, S., Reddy, S., Ramamurthy, T. K., & Shilpa, B. (2016). Rare Locations of Epidermoid cyst: case reports and review. *Ethiopian journal of health sciences*, 26(6), 595.

Mathur, S. K., & Menon, P. R. N. (1980). Dermoid cyst of the tongue: report of a case. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 50(3), 217-218.

McGavran, M. H., & Binnington, B. (1966). Keratinous cysts of the skin. Identification and differentiation of pilar cysts from epidermal cysts. *Archives of dermatology*, 94(4), 499-508.

Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Bouquot, J. E. (2002). *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd, editor.

Ohishi, M., Ishii, T., Shinohara, M., & Horinouchi, Y. (1985). Dermoid cyst of the floor of the mouth: lateral teratoid cyst with sinus tract in an infant. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*, 60(2), 191-194.

Ozan, F., Polat, H. B., Ay, S., & Goze, F. (2007). Epidermoid cyst of the buccal mucosa: a case report. *J Contemp Dent Pract*, 8(3), 90-96.

Özer, E., Kanlıkama, M., Bayazıt, Y. A., Mumbuç, S., Sarı, İ., & Gök, A. (2003). A unique case of an epidermoid cyst of the pterygopalatine fossa and its management. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 67(11), 1259-1261.

Park, T. W., Kim, J. K., & Kimb, J. R. (2013). Giant epidermal cyst in the posterior neck developing over 40 years: A case report. *Experimental and therapeutic medicine*, 7(1), 287-289.

Peker, E., Öğütlü, F., Karaca, İ. R., Gültekin, E. S., & Çakır, M. (2016). A 5 year retrospective study of biopsied jaw lesions with the assessment of concordance between clinical and histopathological diagnoses. *Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP*, 20(1), 78.

Pereira-Santos, D., De Melo, W. M., Brêda Jr, M. A., Sonoda, C. K., & Hochuli-Vieira, E. (2013). Epidermal cyst causing facial asymmetry. *Journal of Craniofacial Surgery*, 24(2), e112-e114.

Shear, M., & Speight, P. (2008). *Cysts of the oral and maxillofacial regions*. John Wiley & Sons.

Ishida, M., Iwai, M., Kagotani, A., Iwamoto, N., & Okabe, H. (2014). Epidermal cyst of the skin with ossification: report of two cases. *International journal of clinical and experimental pathology*, 7(4), 1823.

Tancredi, A. R. C., Júnior, O. R., Higo, C. D., Pedron, I. G., & Júnior, C. A. L. (2006). CISTO epidermóide na região de comissura labial: relato de caso. *Archives of Oral Research*, 2(4).

Turetschek, K., Hospodka, H., & Steiner, E. (1995). Epidermoid cyst of the floor of the mouth: diagnostic imaging by sonography, computed tomography and magnetic resonance imaging. *The British journal of radiology*, 68(806), 205-207.

Xavier, P. N. I. (2010). Utilização da tomografia computadorizada Fan beam e tomografia computadorizada Cone beam na cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

Zachariades, N., & Skoura-Kafoussia, C. (1990). A life-threatening epidermoid cyst of the floor of the mouth: report of a case. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 48(4), 400-403.

Zuber, T. J. (2002). Minimal excision technique for epidermoid (sebaceous) cysts. *American family physician*, 65(7), 1409.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Demóstenes Alves Diniz - 11,1%

Thawan Lucas Rodrigues Mendonça - 11,1%

Priscilla Sarmiento Pinto- 11,1%

Francisco Alves de Souza Júnior- 11,1%

Allan Vinícius Martins de Barros- 11,1%

Vitória Helena Sales do Nascimento- 11,1%

Kalyne Kelly Negromonte Gonçalves- 11,1%

Caio César Gonçalves Silva- 11,1%

Andreza Veruska Lira Correia- 11,1%