



FACULDADE CIODONTO

THULLIO GUSTAVO MACIEL DE MOURA

**CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO EM ASSOALHO BUCAL: REVISÃO DE
LITERATURA E RELATO DE CASO.**

RECIFE

2017

THULLIO GUSTAVO MACIEL DE MOURA

**CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO EM ASSOALHO BUCAL: REVISÃO DE
LITERATURA E RELATO DE CASO.**

Monografia apresentada ao curso de Especialização da Facsete/Ciodonto, como requisito parcial para conclusão do Curso de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Área de Concentração: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli

RECIFE

2017

FACULDADE CIODONTO

Monografia intitulada "**CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO EM ASSOALHO BUCAL: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**", de autoria do aluno Thullio Gustavo Maciel de Moura, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Dr. Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli

CPO

Recife, 9 de Junho de 2017.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu grande amor e pela graça de me conceder a conclusão de mais uma etapa na vida acadêmica, adquirindo conhecimentos.

Aos meus pais, pelo incentivo e pela colaboração em toda a vida, principalmente durante o curso, sendo pacientes e incentivadores, acreditando e confiando no meu trabalho e na minha capacidade.

A minha esposa, que me motivou e continua me motivando a crescer profissionalmente, sendo um grande exemplo pra mim de dedicação e responsabilidade.

Aos meus mestres e amigos Sérgio Martorelli (orientador deste trabalho) e Rômulo Valente, grandes cirurgiões Bucomaxilofaciais, os quais tive o privilégio de ter como tutores e preceptores da Especialização, sendo eles verdadeiros professores por conhecimento e vocação, ensinando em cada momento e a cada conselho.

“Até aqui nos ajudou o Senhor.” 1 Samuel 7:12

RESUMO

Cisto do Ducto Tireoglosso é a mais comum das patologias congênitas de linha média. Sua origem ocorre a partir da permanência de remanescentes epiteliais do trato tireoglosso durante o período embrionário. A localização mais comum do cisto é na linha média (ou ligeiramente fora da linha média) entre a tireóide e o osso hioide ou logo abaixo do osso hioide. Pode haver o desenvolvimento dos cistos em qualquer idade, porém há um maior índice de diagnósticos entre 10 e 20 anos. A localização ectópica, principalmente em assoalho bucal, é pouco citada na literatura. O procedimento cirúrgico de Sistrunk é indicado como o tratamento de escolha para a remoção do cisto, apresentando um baixo índice de recorrência. O presente trabalho tem como objetivo realizar uma breve revisão de literatura sobre o Cisto do Ducto Tireoglosso em assoalho bucal e relatar um caso clínico de cisto do ducto tireoglosso localizado em assoalho bucal.

Palavras-chave: Cisto do ducto tireoglosso, Cisto tireolingual, Ducto tireoglosso

ABSTRACT

The Thyroglossal duct cyst is the most common of midline congenital pathologies. It occurs therefore some epithelial remnants remains in the thyroglossal duct during the embryological formation. The most common location for a thyroglossal cyst is midline or slightly off midline, between the isthmus of the thyroid and the hyoid bone or just below the hyoid bone. A thyroglossal cyst can develop anywhere along a thyroglossal duct, though cysts within the tongue or in the floor of the mouth are rare. these cysts can appears at any age, however there are a mayor number of cases reported between ten and twenty years old. The ectopic localization, mainly in the buccal floor, is little mentioned in literature. The Sistrunk's Procedure is accepted as the operation of choice for thyroglossal duct cysts, with the lowest recurrence rate. This report aims to present a brief review of literature on Thyroglossal Duct Cyst on the floor of the mouth and report a clinical case of thyroglossal duct cyst located in the buccal floor.

Keywords: Thyroglossal Duct cyst, Thyrolingual Cyst, Thyroglossal Cyst

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Revisão de Literatura	9
3. Descrição do caso.....	10
4. Discussão.....	16
5. Conclusão.....	16
6. Referências.....	17

1. Introdução

O ducto tireoglosso é uma estrutura embrionária transitória, que surge a partir de uma evaginação no soalho da faringe primitiva localizado entre o primeiro par de bolsas faríngeas, e que deve desaparecer após a migração da tireóide. Este desenvolvimento embriológico ocorre durante a quarta semana de gestação. Se o primórdio da tireóide não desce, normalmente, a glândula tireóide pode formar-se na base da língua ou permanecer como uma massa em qualquer lugar na linha média do pescoço, ao longo do seu percurso de descida. Se o ducto tireoglosso persiste, o trato epitelial forma um cisto que normalmente comunica com o forame cego na base da língua. O ducto tireoglosso persistente frequentemente estende-se através do osso hióide, e o achado clínico mais comum é uma massa arredondada cística de tamanho variável na linha média do pescoço, logo abaixo do osso hióide. O fluido no cisto, geralmente, está sob pressão e pode dar a impressão de ser um tumor sólido.

Geralmente, o cisto do ducto tireoglosso localiza-se abaixo do osso hióide. Possui consistência cística, firme, indolor e movimenta-se durante a deglutição ou movimento da língua. Contudo, em 25% dos casos, pode apresentar-se na forma de fístula e/ou abscesso, drenando secreção purulenta juntamente com secreção viscosa.

Os Cistos do ducto tireoglosso são cistos originados dos remanescentes do ducto tireoglosso durante o período embrionário. Cisto tireoglosso é, geralmente, um pequeno cisto na região do pescoço, indolor, causado por um defeito no fechamento do ducto tireoglosso durante o período embrionário. É o defeito embrionário mais comum do pescoço. Clinicamente o cisto tireoglosso se apresenta como um nódulo na linha média do pescoço, logo abaixo do osso hióide (em 75% casos), com consistência cística, firme, indolor e é móvel à deglutição e à extrusão da língua (colocação da língua para fora da boca).

O diagnóstico é clínico com auxílio do exame histopatológico. A ultrassonografia da área, bem como a cintilografia da tireoide podem complementar o diagnóstico, excluindo a possibilidade de tireoide ectópica.

2. Revisão de literatura

Cistos do ducto tireoglosso são cistos os não odontogênicos mais comuns dos encontrados na região cervical, oriundos de anomalias congênicas que se originam de restos do ducto tireoglosso (WALTON; KOCK, 1997). São originados da proliferação de remanescentes epiteliais do trato tireoglosso embrionário que compreende o envolvimento do forame cego da língua e a glândula tireoide (DEDIVITIS ET AL, 2007).

Existindo remanescente do ducto em qualquer ponto ao longo do trajeto seguido pelo ducto durante a descida da tireoide, há formação do cisto do ducto tireoglosso, o qual, devido a sua origem embrionária, pode conter tecido tireoidiano (CHARRIER; GARABEDIAN, 2008).

O cisto tireoglosso não surge da falha de fechamento do ducto tireoglosso, mas da impossibilidade de inatividade das células epiteliais. Não é conhecida a etiologia da indução das transformações císticas (CHARRIER; GARABEDIAN, 2008).

É um cisto raro que pode ocorrer em qualquer idade, mas usualmente os casos relatados referem-se a indivíduos jovens e detectados nas primeiras duas décadas de vida. Apresenta desenvolvimento lento, assintomático, pode variar de tamanho e posição ao longo do trajeto entre o forame cego na língua e a região da glândula tireoide. (CHARRIER; GARABEDIAN, 2008) (ACIERNO; WALDHAUSEN, 2007) (NEVILLE, 2011). O cisto mostra-se através de uma massa tecidual, na linha média, de consistência firme a palpação, móvel, e dependendo da sua localização, em alguns casos, pode trazer dificuldade na deglutição. Em alguns casos pode ocorrer infecção secundária com formação de fistula com drenagem na pele ou mucosa oral (NEVILLE, 2011).

A apresentação clínica mais comum é a de uma massa cervical cística com cerca de 2 a 3 cm na linha média ou ligeiramente lateralizada e próxima ao corpo do osso hioide, porém podem se localizar entre a raiz da língua e hioide, entre o hioide e o lobo piramidal, dentro da língua ou dentro da tireoide. A massa se movimenta com a deglutição ou com a protrusão da língua e, cerca de 1/3 se apresenta com processo infeccioso concomitante ou prévio, quadro este mais comum nos adultos. Histologicamente são revestidos por epitélio colunar ou cúbico, podendo verificar existência de tecido tireoidiano (ACIERNO; WALDHAUSEN, 2007) (NEVILLE, 2011).

O tratamento para o cisto do ducto tireoglosso é a excisão cirúrgica total e cuidadosa evitando-se, assim, a recidiva que é frequente neste tipo de cisto (TODD, 1993). A cirurgia de Sistrunk para ressecção do trato tireoglosso até o forame cego, na base da língua, incluindo a porção central do osso hióide é bem aceita devido aos bons resultados, com baixo índice de recidiva (TODD, 1993) (DEDIVITIS, 2002).

3. Descrição do caso

Paciente leucoderma, 64 anos, militar da reserva, procurou o serviço em clínica privada de cirurgia com queixas de um aumento de volume no soalho bucal. Informou na anamnese que desde os 04 anos de idade foi observada a presença da lesão. Ausência de sintomatologia dolorosa ou qualquer outro desconforto na região. Informou, ainda, que há cerca de 06 meses a lesão começou a mudar de cor, o que o fez procurar o serviço.

Ao exame clínico, apresentava uma lesão bem circunscrita, pediculada, de coloração violácea, medindo cerca de 1,5 cm no seu maior diâmetro, situada na região de carúncula lingual. A lesão não isquemiava mediante pressão vítrea, ou que nos fez descartar possibilidade de lesão vascular. (Fig. 1)



Figura 1: Avaliação inicial da lesão e realização de teste de pressão vítrea, descartando a possibilidade de lesão vascular. Lesão circunscrita, pediculada, de coloração violácea, em região de carúncula lingual. Fonte: Acervo do Dr. Sérgio Martorelli.

Desta forma, pela atipia do caso, mesmo sem hipótese diagnóstica firmada, propôs-se realizar sob anestesia local uma biópsia do tipo excisional, para exérese da patologia. Foram solicitados os exames pré-operatórios rotineiros, que dentro do padrão de normalidade, permitiu-se programar a cirurgia.

Após uma imobilização da lesão com fio de seda 3-0 (Fig. 2), foi realizada leve tração na lesão, com exposição do seu pedículo. Infiltração anestésica com seringa carpule com refluxo a solução de Mepivacaína a 2% com epinefrina 1:100.000, com prévia aspiração negativa (Fig. 3).

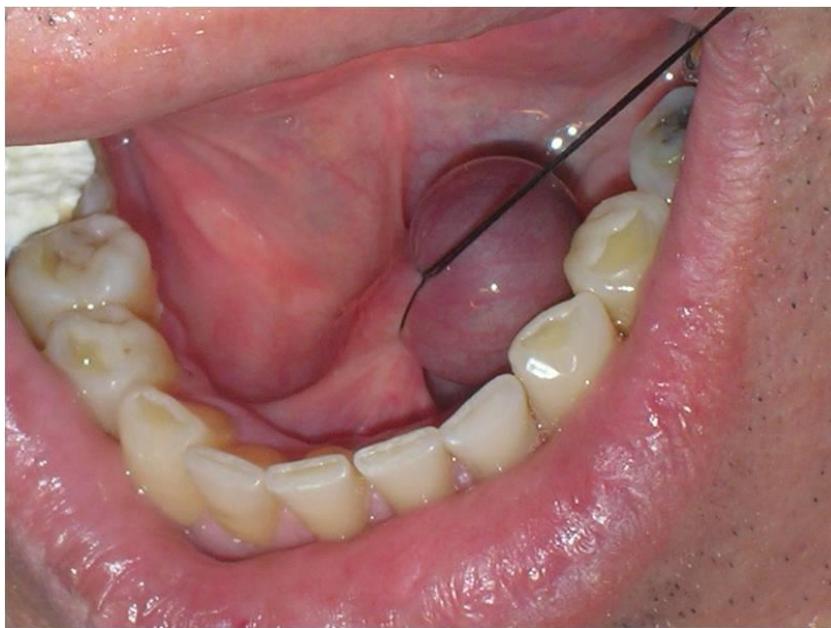


Figura 2: Imobilização da lesão com fio Seda 3-0. Fonte: Acervo do Dr. Sérgio Martorelli



Figura 3: Punção anestésica realizada com carpule com refluxo (aspiração prévia com punção negativa). Utilizou-se Mepivacaína 2% com Epinefrina 1:100.000. Fonte: Acervo do Dr. Sérgio Martorelli.

Através do bisturi de Bard-Paker municiado com lamina 15-C, realizou-se a incisão e remoção da peça operatória, (Fig. 4. e Fig. 5). Procedeu-se à sutura mediante fio de Poligalactina 910 4-0 a pontos isolados (Fig. 6). Prescreveu-se apenas analgésico (dipirona 500 mg de 6/6 h) se necessário, para casa. Foram fornecidas por escrito todas as recomendações pós-operatórias rotineiras. A peça operatória (Fig. 7) foi imediatamente fixada em solução de formol a 10% e encaminhada para exame histopatológico.



Figura 4: Incisão em região de pedículo da lesão, com bisturi de Bard-Paker e lâmina 15. Fonte: Acervo do Dr. Sérgio Martorelli.

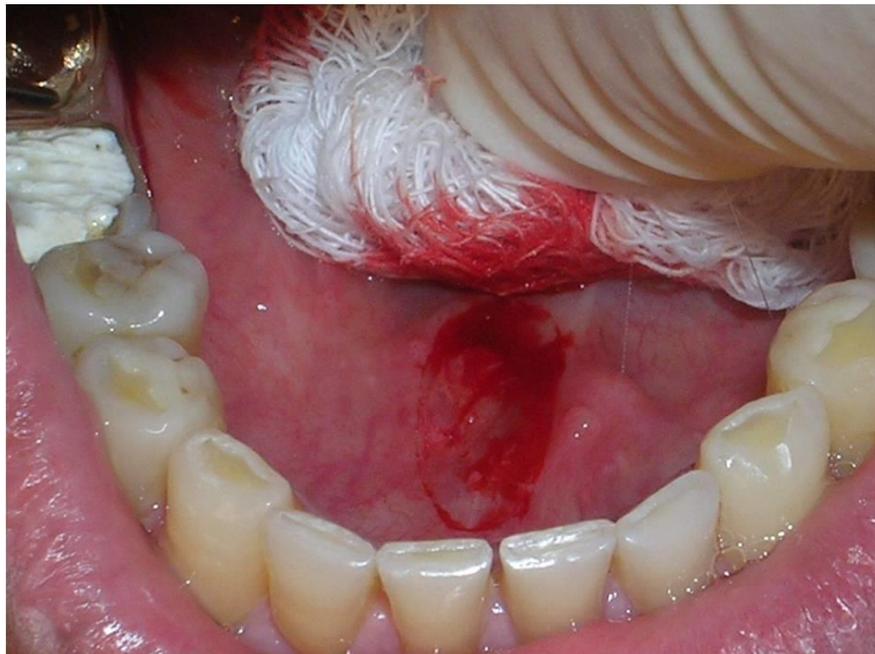


Figura 5: Remoção da peça operatória. Fonte: Acervo do Dr. Sérgio Martorelli.

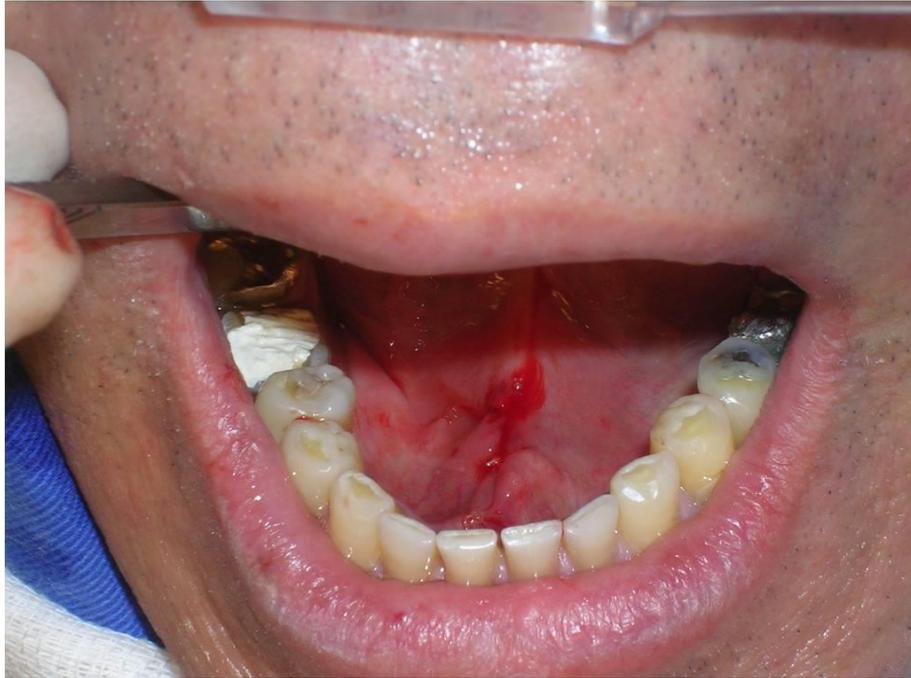


Figura 6: Sutura do sítio operatório com pontos isolados, utilizando fio de Poligalactina 910 4-0. Fonte: Acervo do Dr. Sérgio Martorelli.



Figura 7: Peça operatória posteriormente colocada em Formol 10% e enviada a exame histopatológico. Fonte: Acervo do Dr. Sérgio Martorelli.

O período pós-operatório transcorreu sem qualquer intercorrência, tendo sido removida a sutura ao 7º dia de pós-operatório.

O resultado do exame histopatológico foi compatível com cisto do ducto tireoglossos (Fig 8). A figura 9 exhibe o pós-operatório de 45 dias.

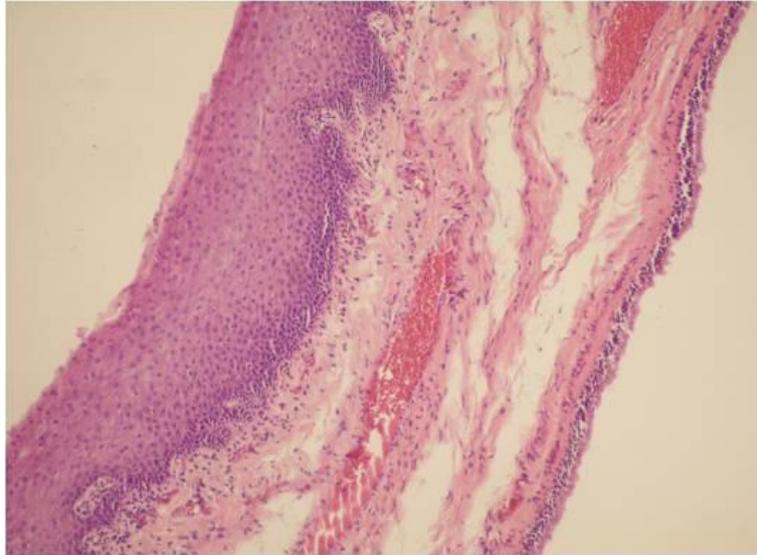


Figura 8: Resultado do exame histopatológico, compatível com cisto do ducto tireoglossos. Fonte: Acervo do Dr. Sérgio Martorelli.



Figura 9: Pós-operatório de 45 dias, sem sinais de infecção ou recidiva da lesão. Fonte: Acervo do Dr. Sérgio Martorelli.

4. Discussão

A ocorrência do cisto do ducto tireoglosso em localização atípica é pouco comum. Este tipo de cisto pode passar despercebido durante décadas, sendo diagnosticado, na sua grande maioria, na vida adulta. Normalmente, é evidenciado por um aumento de volume na região cervical e diagnosticado através de exames de imagens (Ultrassonografia, Tomografia, Ressonância Magnética).

Para o caso clínico apresentado, baseados nas características da coloração da lesão, poderia se pensar como diagnóstico diferencial em uma lesão de caráter vascular. Porém, esta possibilidade foi descartada através do teste de pressão vítrea, pois a lesão não isquemiava. Outra possibilidade de diagnóstico seria a presença de uma rânula, mas as características clínicas não foram compatíveis. Apesar de dados clínicos incompatíveis com diagnóstico clínico estimado, foi realizada a biópsia excisional e diagnosticado como cisto do ducto tireoglosso através de exame histopatológico.

O tratamento é cirúrgico, com a exérese da lesão através de biópsia excisional (quando a localização é favorável) nestas condições atípicas. Nas condições de sitio tradicional deve ser utilizado o procedimento denominado cirurgia de Sistrunk, em homenagem ao cirurgião que a descreveu em 1920, na qual é feita a ressecção completa do cisto e de seu trajeto fistuloso, além da remoção da parte central do osso hioide, visando prevenir o surgimento de infecções. Caso o cisto esteja infectado, o tratamento é feito associado a antibióticos e anti-inflamatórios, simultaneamente à drenagem do abscesso.

5. Conclusão

O cisto do ducto tireoglosso tem localização típica em região topográfica do trajeto do ducto tireoglosso, porém, excepcionalmente, pode situar-se em sítio diferente. A conduta do cisto do ducto tireoglosso ao nível do assoalho bucal deve ser realizada através da exérese total. Essa condição é incomum e pouco citada na literatura, desafiando o Cirurgião-Dentista ao conhecimento profundo da variedade de lesões que se levam ao diagnóstico diferencial, para diagnóstico preciso e tratamento eficaz.

6. Referências

- 1 WALTON BR, KOCK KE. Presentation and management of a thyroglossal duct cyst with a papillary carcinoma. *Southern Medical J.* 1997;7: 124-134
- 2 DEDIVITIS RA; ROCHA, LIMA, FR; GUIRADO CR. Adenoma folicular em cisto tireoglosso. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*[serial on the Internet], p. 430-430, 2007.
3. CHARRIER JB, GARABEDIAN EN. Kystes et fistules congénitales de la face et du cou. *Archives de pédiatrie* 2008;15:473-6.
4. ACIERNO SP, WALDHAUSEN JHT. Congenital cervical cysts, sinuses and fistulae. *Otolaryngol Clin N Am* 2007;40:161-76.
5. NEVILLE, Brad. *Patologia oral e maxilofacial.* Elsevier Brasil, 2011.
6. TODD NW. Common congenital anomalies of the neck. *Embryology and surgical anatomy.* *Surg Clin North Am* 1993;73:599-610.
- 7 DEDIVITIS RA, CAMARGO DL, PEIXOTO GL, WEISSMAN L, GUIMARÃES AV. Thyroglossal duct: A review of 55 cases. *J Am Coll Surg* 2002;194:274-7
8. NAKAYAMA ET AL. Thyroglossal Duct Cyst in Floor of Mouth. *J Oral Maxillofac Surg* 2009.
9. EUN-JUNG KWAK ET AL: Oral foregut cyst in the ventral tongue: a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2014
10. K. INOUE ET AL. / *Annals of Anatomy* 200 (2015) 54–65
11. CHRYSOSTOMOS KEPERTIS ET AL., Diagnostic and Surgical Approach of Thyroglossal Duct Cyst in Children: Ten Years Data Review *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2015 Dec, Vol-9(12): PC13-PC15
12. S. SONI • V. K. POOREY • S. CHOUKSEY; Thyroglossal Duct Cyst, Variation in Presentation, Our Experience *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* (Oct–Dec 2014) 66(4):398–400
13. LI-DONG HUANG, L. ET AL Intra-thyroid thyroglossal duct cyst: a case report and review of literature *Int J Clin Exp Pathol* 2015;8(6):7229-7233

14. K.S.M. SAMEER ET AL. /International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 76 (2012) 165–168
15. BREWIS, C ET AL Investigation and treatment of thyroglossal cysts in children Journal of the royal society of medicine volume 93, january 2000.
16. TASKIN, OC ET AL Thyroglossal Duct Cyst Associated with Xanthogranulomatous Inflammation Head and Neck Pathol (2015) 9:530–533
17. GANDHI, RA ET AL Infected Thyroglossal Duct Cyst Involving Submandibular Region: A Case Report Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Dentistry Volume 2011, Article ID 978263 , 3 pages
18. S. SAITO ET AL. / Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology 28 (2016) 535–540
19. V. MONDIN ET AL. / Thyroglossal duct cyst: Personal experience and literature review Auris Nasus Larynx 35 (2008) 11–25
20. S. MUKUL ET AL. / Sublingual thyroglossal duct cyst (SLTGDC): An unusual location J Ped Surg Case Reports 10 (2016) 3e6
21. J. SCHROTENBOER ET AL. / Foregut duplication cyst of the floor of mouth in a neonate: case report British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 1019–1021

