

Cisto epidermoide de região inguinal simulando hérnia inguinal direta

Epidermoid cyst in the inguinal region simulating direct inguinal hernia

Vinicius Pinto **SAVINO**¹✉, Ronaldo Mafia **CUENCA**²✉, Orlando Jorge Martins **TORRES**³✉, Nelson Adami **ANDREOLLO**⁴✉

PALAVRAS-CHAVE: Cisto epidermoide. Hérnia inguinal. Procedimento cirúrgico.

KEYWORDS: Epidermoid cyst. Inguinal hernia. Surgical procedure.

INTRODUÇÃO

De modo geral, os cistos são pequenas bolsas de paredes arredondadas, preenchidas por material líquido, fluido ou pastoso, que aparecem em diferentes locais e tecidos do corpo, incluindo a pele. Existem vários tipos constituídos por células da pele, o que ocasiona até mesmo divergências sobre a adequação da nomenclatura. Os chamados epidermóides e/ou epidérmicos são classificados na Classificação Internacional das Doenças (CID10), e encabeçam lista com outros nomes que também designam os chamados cistos de pele, como os cistos sebáceos, que têm origem nas glândulas sebáceas e secretam substância oleosa.¹

O cisto é um espaço revestido por epitélio, e seu conteúdo, geralmente, é produto de seu revestimento, o qual não apresenta relação vascular com a parede.² Alguns cistos são de inclusão ou retenção de estruturas normais (como cistos relacionados ao folículo piloso).³ Em regra, cistos epidérmicos são tumores de natureza benigna, de crescimento lento, elevados, redondos, firmes, intradérmicos ou subcutâneos, que param de crescer após atingirem de 1-5 cm de diâmetro, sendo, normalmente, assintomáticos.⁴⁻⁶ Atualmente, os principais cistos cutâneos são os epidérmicos (ou de inclusão epidérmica) e os pilares.⁷

A maioria dos epidérmicos surge espontaneamente nas áreas em que há pelos, mais comumente na face, no couro cabeludo, pescoço, tronco e, ocasionalmente, nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, e, às vezes, como resultado de traumatismo. Também podem aparecer no escroto, genitália, dedos, ou ainda na mucosa bucal. Os cistos do tipo epidérmico são provenientes da ectopia do epitélio e apresentam aparência perolada; os do tipo glandular correspondem à obstrução de um ducto glandular excretor seroso ou mucoso. A Organização Mundial de Saúde classifica esse tipo de cisto como tumor associado aos folículos pilosos e que está intimamente relacionado ao cisto infundibular, nódulo cístico da derme delimitado por epitélio estratificado "pavimentoso", e por camada granular contendo lâminas de queratina.

A conduta para remoção de cistos é cirúrgica. Dependendo do tamanho, do tipo e da localização da

lesão - embora se possa fazer a drenagem do conteúdo do cisto ou destruir a cápsula com cáusticos - preconiza-se a excisão completa, podendo haver sutura. A não-excisão completa do cisto pode acarretar quadro de recidiva da lesão.

RELATO DO CASO

Homem de 30 anos, agricultor, relatou quadro de dor em região inguinal a direita de moderada intensidade, de início súbito, há 2 dias. Ao exame físico, identificado abaulamento em região inguinal direita com massa palpável enrijecida e dolorosa ao toque irreductível a manobra de Taxis. Contudo, tinha abdome flácido, normodistendido, com ruídos hidroaéreos presentes, ausência de visceromegalias, sem náuseas e vômitos e sem sinais clínicos de abdome agudo obstrutivo. Trouxe em mãos ultrassonografia (Figura 1) de região inguinal direita, identificando descontinuidade da camada músculo aponeurótica com profusão de conteúdo heterogêneo (herniário), durante manobra de Valsalva, não havendo redução do conteúdo heterogêneo mesmo após o repouso. Teve como diagnóstico hérnia inguinal encarcerada a direita. Foi indicado tratamento cirúrgico de urgência.



FIGURA 1 - Ultrassonografia diagnosticando hérnia inguinal encarcerada a direita

A operação foi iniciada com incisão de Felizet longitudinal a direita de aproximadamente 6 cm, seguida da dissecação da pele, do tecido celular subcutâneo, identificação da fásia de Scarpa e sua dissecação. Na visualização da

aponeurose do músculo oblíquo externo observou-ser espessamento com características inflamatórias do tecido ao redor e o anel inguinal externo estava sem dilatação. Foi realizada abertura do anel inguinal externo, com incisão longitudinal da aponeurose do oblíquo externo com identificação do ligamento inguinal, seguida de divulsão do músculo cremaster e identificação dos elementos do cordão espermático, mas não foi identificado saco herniário descartando hérnia inguinal indireta (Figura 2A). Identificou-se, contudo, abaulamento por baixo dos elementos do cordão espermático, medialmente aos vasos epigástricos, virtualmente mais ao centro do triângulo de Hesselbach tumoração de paredes espessadas, enrijecidas com área de clivagem entre o assoalho pélvico, cordão espermático com pedículo preso ao púbis, estruturas vasculares ao redor; tal manobra deixou o tumor solto e livre para melhor caracterização e origem. O pedículo tumoral estava preso ao púbis; ligadura com fio Vicril® 1 e extirpação do tumor por inteiro foi feita sem intercorrências. Ele apresentava características de teratoma, com pelos e massa de aspecto de sebo no seu interior (Figura 2B).

Após exérese do tumor, foi realizada a fixação de tela de polipropileno, seguindo a técnica de Liechtenstein sem intercorrências, síntese da pele e curativo.

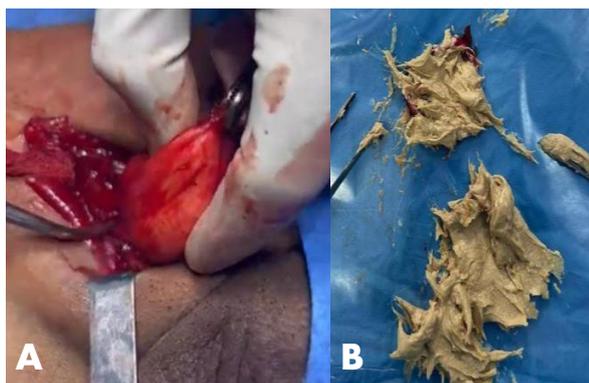


FIGURA 2 - A) Dissecção dos elementos do cordão espermático, não identificando saco herniário; B) tumor com características de teratoma, com pelos e massa de aspecto de sebo no seu interior

DISCUSSÃO

Após pesquisa bibliográfica da área, vê-se que a ocorrência de cisto epidermoide simulando hérnia inguinal encarcerada é praticamente nula. O que ocorreu no caso relatado foi de grande singularidade, especialmente, por ter sido diagnosticado através de ultrassonografia que, em tese, tem versatilidade e alta eficácia como método diagnóstico na prática médica.

Estudo realizado sobre cistos epidermóides raros na região diafragmática por Lima, Azevedo e Junior⁷ explicam que os cistos epidermóides não cutâneos são infrequentes, mas que podem ser encontrados em qualquer parte do organismo. No caso abordado pelos pesquisadores, eles descreveram essa raridade ocorrendo na região do diafragma, com o percentual de 54% no sexo feminino, em média de incidência aos 40 anos de idade. Eles observaram que 58% desses tumores raros são benignos; porém, ao se reportar o caso que estamos descrevendo, ainda não se tem estudo que possa oferecer percentual de ocorrência, por este ser o primeiro caso registrado até então.

Ponto a ser refletido é sobre o nível de confiabilidade e precisão das tecnologias digitais utilizadas nos diversos exames. No referido caso, o diagnóstico ultrassonográfico era totalmente diferente do que o procedimento cirúrgico revelou. Sobre a normatização de exames de ultrassonografia, o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem afirma que embora o método ultrassonográfico seja bastante versátil e de alta eficácia, ao mesmo tempo, existe dificuldade de padronização de condutas tanto no que se refere à execução dos exames ultrassonográficos pelo especialista de imagem, quanto à solicitação dos exames a serem executados. Sugere-se padronização na denominação do estudo ultrassonográfico por região e a real abrangência de cada exame segundo esta denominação, tornando mais eficiente a comunicação e integração do médico assistente com o médico especialista em diagnóstico por imagem, e ainda bem mais clara a interação destes profissionais com o paciente atendido, especialmente, em casos raros como o que foi narrado aqui, o qual até então não se tem registrado na literatura da área.

Afiliação dos autores:

¹Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil

²Centro de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, DF, Brasil

³Departamento de Medicina II, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, MA, Brasil

⁴Departamento de Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas SP, Brasil

Correspondência:

Vinicius Pinto Savino

Email: vinicius_savino@yahoo.com.br

Conflito de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

Como citar:

Savino VP, Cuenca RM, Torres OJM, Andreollo NA. Cisto epidermoide de região inguinal simulando hérnia inguinal direita. *BioSCIENCE* 2023; 81(2):135-136

Contribuição dos autores

Conceituação: Vinicius Pinto Savino

Metodologia: Vinicius Pinto Savino

Redação [esboço original]: Ronaldo Mafra Cuenca

Redação [revisão e edição]: Orlando Jorge Martins Torres, Nelson Adami Andreollo

Recebido em: 07/02/2023

Aceito em: 16/04/2023

REFERÊNCIA

1. Varella MH. Cistos Epidermóides. [Internet]. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/cistos-epidermóides/>. Acesso em 11 FEV 2023.
2. Elder JT, Nair RP, Henseler T, et al. The genetics of psoriasis 2001: the odyssey continues. *Arch Dermatol.* 2001;137(11):1447-1454.
3. Bikmaz K, Cosar M, Bek S, Gokduman CA, Arslan M, Iplikcioglu AC. Intradiploic epidermoid cysts of the skull: a report of four cases. *Clin Neurol Neurosurg.* 2005;107(3):262-267.
4. Kalgutkar A, Kini S, Jambekar N, Das S. Intradiploic primary epithelial inclusion cyst of the skull. *Ann Diagn Pathol.* 2006;10(1):20-23.
5. Steffen N. Cistos de pregas vocais: análise de 96 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 1995;61:179-186. Disponível em: <http://www.rborl.org.br/conteudo/acervo/acervo.asp?id=2060>. Acesso em 14 FEV 2023.
6. CBR, Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Normatização de Exames de Ultrassonografia. [Internet]. Disponível em: <https://cbr.org.br/normatizacao-de-exames-de-ultrassonografia/>. Acesso em 01 Mai 2023.
7. Lima GA, Azevedo FS, Júnior HJS. Cisto Epidemóide Diafragmático - Relato de caso. *Rev Cient FMC.* 2017;12(3).