



# Sublingual Dermoid Kist: Olgu Sunumu

## Sublingual Dermoid Cyst: A Case Report

Merva SOLUK TEKKEŞİN<sup>1</sup>, Nedim ÖZER<sup>2</sup>, Vakur OLGAÇ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Tumor Pathology, İstanbul University, Institute of Oncology, İSTANBUL, TURKEY

<sup>2</sup>Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Okmeydanı Oral and Dental Health Center, İSTANBUL, TURKEY

### ÖZ

Dermoid kistler ender, iyi huylu, konjenital, ektodermal kökenli lezyonlar olup, vücudun herhangi bir yerinde görülebilirler. Embriyogenez sırasında artık kalan epitelden köken alırlar. Baş-boyun bölgesinde yaklaşık görülme sıklığı %7'dir ve tüm oral kavite kistlerinin % 0,01'inden daha azını oluştururlar. Genellikle hayatın 2. ve 3. dekatında görülürken, çocuklarda enderdir. Burada 4 yaşındaki bir kız çocuğunda sublingual yerleşimli dermoid kist olgusu tartışıldı. Dermoid kistler oral kavitede en sık ağız tabanında görülürler ve orta hatta görülen lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Tedavisi cerrahi eksizyondur.

**Anahtar Sözcükler:** Dermoid kist, Sublingual, Oral kavite, Çocuk

### ABSTRACT

Dermoid cysts are uncommon, benign congenital lesions of ectodermal origin that can occur in any region of the body. They arise from epithelial rests during embryogenesis. Nearly 7% occur in the head-neck region, and they represent less than 0.01 % of all cavity cysts. They are usually diagnosed during the 2nd and 3rd decade of life, and rarely present in children. A case of dermoid cyst in the sublingual region in a 4-year-old female child was presented. The floor of the mouth is the most common location in the oral cavity and should be considered in the differential diagnosis of any midline lesion. Treatment is surgical excision.

**Key Words:** Dermoid cyst, Sublingual, Oral cavity, Child

### GİRİŞ

Dermoid kistler ender, iyi huylu, konjenital lezyonlar olup, vücudun herhangi bir yerinde görülebilirler. Vücuttaki embriyolojik birleşme noktalarından gelişebilmektedir. Dermoid kist genellikle hayatın 2. ve 3. dekatında görülürken, çocuklarda enderdir. Bildirilen olguların çoğunluğu vücut orta hat çizgi üzerinde özellikle de over ve testislerde görülmektedir (1-,2,3). Baş- boyun bölgesinde yaklaşık görülme sıklığı %7'dir ve sıklıkla orbita çevresinde görülür. Ayrıca ağız tabanı (sublingual), nazal kavite, infratemporal fossa ve boyun ön bölgesinde de gelişebilirler. Sublingual bölgede ilk olarak 1778 yılında Jourdain tarafından tanımlanmıştır ve oldukça ender görülür. Tüm oral kavite kistlerinin %0,01'inden daha azını oluştururlar (4,5,6). Ayrıca parotis (7) ve mandibulada (8) da bildirilen olgular vardır. Pediatrik grupta genellikle periortibal bölgede bulunurlar (9). Bu olgu sunumu ile ender görülen bir lezyonu klinik, histopatolojik ayırıcı tanıları ve tedavi özellikleri ile tartışmayı amaçladık.

### OLGU SUNUMU

4 yaşındaki kız çocuğu dil altında şişlik şikayeti ile ailesi tarafından kliniğe getirildi. Ağız içi muayenesinde

sublingual bölgede üzeri mukozaya ile örtülü, kısmen hareketli 3x2x3 cm ölçülerinde kitle mevcuttu (Şekil 1). Manyetik rezonans görüntülemesinde T2A seri kesitlerinde orta hatta, düzgün sınırlı, hiperintens karakterde lezyon görüldü (Şekil 2). Klinik olarak ranula ön tanısı ile cerrahi eksizyon planlandı. Operasyon sırasında çevre yumuşak dokulara invazyon göstermeyen, kolay sıyrılan, selim karakterli kistik yapı sorunsuz, bir bütün olarak çıkarıldı (Şekil 3) ve histopatolojik inceleme için birimimize gönderildi. Makroskopik incelemesinde 2x1,5x1 cm ölçülerinde, pembe-beyaz renkli, yüzeyi düzgün, rüptüre olmamış kitlenin kesitinde çeper kalınlığı 0,2-0,4 cm olan, içi macun kıvamında pembe-sarı renkli materyal ile dolu kistik yapı izlendi.

Kitlenin histopatolojik incelemesinde fibrosit, fibroblast ve kollagen liflerden oluşan çeper biçimindeki bağ dokusunun iç yüzünü keratinize çok katlı yassı epitelin döşediği gözlemlendi (Şekil 4A). Bazı alanlarda epitelin yüzeyinde lameller tarzda keratin saptandı. Lümen içinde nekrotik, keratinize debris materyali izlendi. Epitele komşu kist duvarında tanıyı koyduran sebace glandlar, kıl folikülleri ve yer yer duktal yapılar görüldü (Şekil 4B-D). Operasyon sonrası 10 aylık takipte yineleme gözlenmedi.

(Turk Patoloji Derg 2016, 32:135-138)

Received : 18.01.2012 Accepted : 03.09.2012

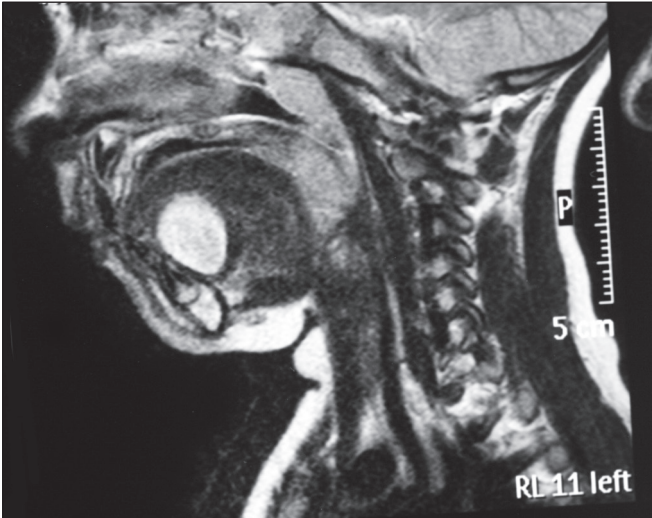
**Correspondence:** Merva SOLUK TEKKEŞİN

İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Tümör Patolojisi Bilim Dalı, İSTANBUL, TURKEY

E-mail: msoluk@istanbul.edu.tr Phone: +90 532 748 70 57



Şekil 1: Sublingual bölgede, dili hafifçe yukarı iten, düzgün konturlu lezyon.



Şekil 2: MR kesitinde T2A serilerinde, sublingual alanda düzgün sınırlı, hiperintens karakterde lezyon.



Şekil 3: Sublingual bölgeyi dolduran, çevre dokudan kolayca ayrılan, kapsüllü görünümde lezyonun intraoperatif görünümü.

## TARTIŞMA

Dermoid kistler histopatolojik olarak keratinize çok katlı yassı epitel ile döşeli, çeperinde deri adneksleri içeren iyi huylu konjenital lezyonlardır. Dermoid kistler ektoderm ve mezodermden köken alırlar. Etiyolojileri hakkında 3 teori üzerinde durulmaktadır. Birinci ve en çok kabul gören teori; embriyogenik dönemin 3-4. haftalarında, 1. ve 2. brankial arkların orta hatta kapanması sırasında embriyogenik hücrelerinin mezenkim doku içinde kalmaları. İkinci teori; travma ya da cerrahi girişim sırasında epidermal ve dermal elemanların implantasyonu. Üçüncü teori ise; tiroglossal kanal kistlerinin bir çeşidi olması (3,10).

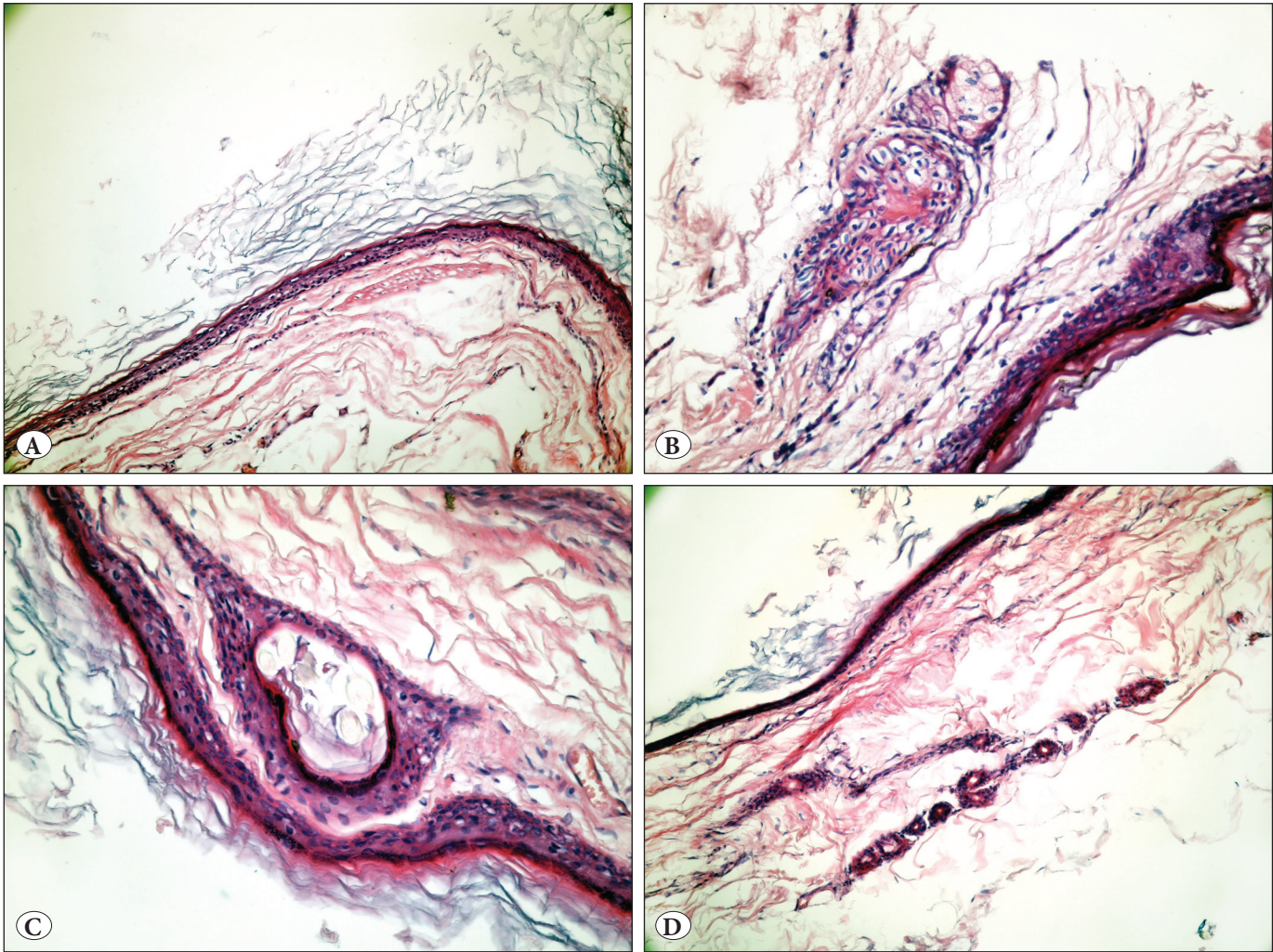
Anatomik olarak dermoid kistleri 3 gruba ayıran yazarlarda bulunmaktadır. Bu sınıflama yapılırken kist ile ağız tabanındaki kas dokusunun komşuluğuna göre adlandırma yapılmıştır; median genioglossal, median geniohyoid, lateral kist (10).

Dermoid kistlerde belirgin bir cinsiyet ayrımı yoktur. Konjenital olmalarına rağmen semptom vermeye ikinci veya üçüncü dekatta başlarlar. Sunduğumuz olgu 4 yaşında bir kız çocuğudur ve literatüre baktığımızda Bonet-Coloma ve ark.nın (6) yaptığı pediatrik grup çalışmasında 3 olgu yeni doğan ve 5 olgu 1-14 yaş aralığında 8 pediatrik olgu bildirmişlerdir.

Klinik olarak ranula, kistik higroma, tiroglossal kanal kisti, ektopik tiroid, brankial kistler, lipom, nörofibrom, kronik süpürasyonlar, abseler ve malign tümörler de ayırıcı tanı içine alınmalıdır (10). Lenfangiyom ve vasküler malformasyon gibi konjenital kitleler ve lenfomalar özellikle MALT lenfoma da akılda tutulmalıdır (11). Doğru tedavi seçeneğinin belirlenmesi tanıya bağlı olduğundan, ayırıcı tanıda yardımcı olacak ultrasonografide (US) kullanılmaktadır. US, kitlenin kistik, solid veya vasküler bir yapıda olup olmadığını gösteren bir yöntemdir ve bu tarz olgularda oldukça sık kullanılmaktadır (3,5,12). Ancak, kesin tanı histopatolojik olarak mutlaka konmalıdır. Sunulan olguda da MR incelemesi yapıldı ve lezyonun kistik yapıda olduğu tespit edildi.

Histolojik olarak ayırıcı tanı, epidermoid kist, teratoid kistler ve bazen yağ diferansiyasyonu gösteren odontojenik kistlerden oluşmaktadır. Epidermoid kist adneks içermemesi nedeni ile bu lezyondan ayrılır. Odontojen kistlerin yağ diferansiyasyonu göstermesi ender olmakla birlikte genellikle odontojenik keratokistte (parakeratotik tip) izlenir ve çok büyük bir yüzdesi kemik içinde bulunur. Periferik tip odontojenik kistlerde ise yağ diferansiyasyonu ve adneks varlığı henüz tanımlanmamıştır (13). Dermoid kistin histopatolojisinde kıkırdak ve kemik dokusunun bulunmaması





**Şekil 4:** Histopatolojik görünüm: A) Kistik kavitenin iç yüzünü döşeyen keratinize çok katlı yassı epitel (H&E; x200), B) çeper duvarında izlenen sebace bez (H&E; x400), C) kıl folikülü (H&E; x400), ve D) duktal yapılar (H&E; x200).

da bu lezyonu teratoid kistlerden ayırmaktadır (10,14). Olgumuzda deri adneksleri gözlemlendiği için histopatolojik tanı açısından bir sıkıntı yaşanmadı.

Sublingual dermoid kistler genellikle yavaş büyüyen, ağız tabanı ön bölümünde ağrısız şişlik olarak ortaya çıkarlar. Dili geriye itmelerinden ötürü konuşma bozukluklarına ve boyut olarak çok büyük olgularda ise solunum sıkıntılarına sebep olabilirler. Olgumuzda aile tarafından çocukta özellikle konuşma ve yemek yemede sıkıntı yaşandığı bildirildi.

Dermoid kistler iyi huylu lezyonlar olmalarına rağmen malign transformasyon gösterdikleri oldukça ender olarak literatürde bildirilmiştir (15). Özellikle lezyonun uzun süre ağızda kalması ve döşeyeci epitelin neoplazik özellik kazanması ile bu durumun oluşabileceği düşünülmektedir. Diğer bir komplikasyonu bu kistlerin enfekte olmasıdır. Eğer ciddi bir enfeksiyon gelişirse hızlıca yayılıp akut larengial obstrüksiyona sebep olabilir (11).

Sublingual dermoid kistin tedavi seçeneği intraoral ya da ekstraoral yaklaşımla cerrahi olarak enükleasyondur. Bazen kistin büyüklüğe bağlı olarak her iki yöntem de kullanılmaktadır. Tedavisinde belirli kurallar yoktur, hastanın semptomlarına göre belirlenir. Bu olguda, tercih edildiği gibi genellikle intraoral cerrahi eksizyon yeterlidir (10). Eğer olaya enfeksiyon eklenmişse epitelin koterizasyonu önerilmektedir (11). Prognoz oldukça iyidir. Yineleme çok çok enderdir. Sunulan olguda 10 aylık takipte herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Sonuç olarak oral kavitede nadir görülen sublingual dermoid kist, ağız tabanında yumuşak dokuda, özellikle orta hatta görülen şişliklerde klinik ayırıcı tanıya alınması gereken bir lezyon olup tedavi seçeneği cerrahidir. Tekrarlama cerrahi olarak tam çıkarılan olgularda nadir olarak görülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Kinzer S, Mattern D, Ridder GJ. Diagnostic and therapeutic management of a big cyst at the floor of the mouth - a case report. *Laryngorhinootologie*. 2006;85:827-31.
2. Lin HW, Silver AL, Cunnane ME, Sadow PM, Kieff DA. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. *Auris Nasus Larynx*. 2011;38:650-3.
3. Şeşen T, Atmaca S, Ünal R, Koyuncu M, Tekat A, Kılıçarslan H, Erkilet E. Dev sublingual dermoid kist olgusu. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2008;25:160-4.
4. Black EE, Leathers RD, Youngblood D. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1993;75:556-8.
5. Ege G, Akman H, Senvar A, Kuzucu K. Sublingual dermoid cyst: Case report. *Tanı Girişim Radyol*. 2003;9:57-9.
6. Bonet-Coloma C, Mínguez-Martínez I, Palma-Carrió C, Ortega-Sánchez B, Peñarrocha-Diago M, Mínguez-Sanz JM. Orofacial dermoid cysts in pediatric patients: A review of 8 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011; 16:e200-3.
7. Aynehchi B, Newman JG, Brooks JS. Dermoid cyst of the parotid gland. *Ear Nose Throat J*. 2010;89:E4-6
8. Komiya K, Miki Y, Oda Y, Tachibana T, Okaue M, Tanaka H, Moro I. Uncommon dermoid cyst presented in the mandible possibly originating from embryonic epithelial remnants. *J Oral Pathol Med*. 2002;31:184-7.
9. Pham NS, Dublin AB, Strong EB. Dermoid cyst of the orbit and frontal sinus: A case report. *Skull Base*. 2010;20:275-8.
10. Makos C, Nousseis G, Peios M, Gougousis S, Chouridis P. Dermoid cysts of the floor of the mouth: Two case reports. *Case Report Med*. 2011;2011:3621170
11. Musgrove JE. Sublingual dermoid cyst. *Can Med Assoc J*. 1950;63:490-1.
12. Thomas MR, Nofal F, Cave AP. Dermoid cyst in the mouth: Value of ultrasound. *J Laryngol Otol*. 1990;104:141-2.
13. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. Sebaceous differentiation in odontogenic keratocyst. *Indian J Pathol Microbiol*. 2008;51:83-4.
14. McKee PH. *Pathology of the skin*. 2nd ed. London: Mosby Wolfe; 1996.
15. Devine JC, Jones DC. Carcinomatous transformation of a sublingual dermoid cyst. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2000;29:126-7.