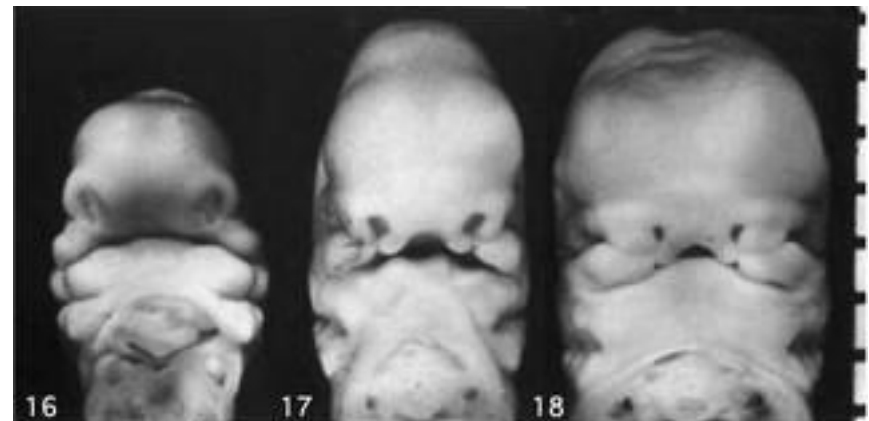


Embriologia e Malformações Tratáveis Cirurgicamente Mais Frequentes da Cabeça e do Pescoço

R3 – Humberto Brito



DIVISÃO DA AULA

- Embriologia das estruturas da cabeça e do pescoço
- Mal formações
 - Tireóide
 - Ducto tireoglosso
 - Aparelho branquial
 - Sistema vascular/linfático
 - Cistos
- Aspectos abordados
 - epidemiologia
 - sinais/sintomas
 - diagnóstico
 - tratamento





EMBRIOLOGIA - CABEÇA E PESCOÇO

- Animação(<http://medicina20101.blogspot.com.br/2010/11/embriologia-animacoes-cabeca-e-pescoco.html>)

MAL FORMAÇÕES - CABEÇA E PESCOÇO



DEFINIÇÃO

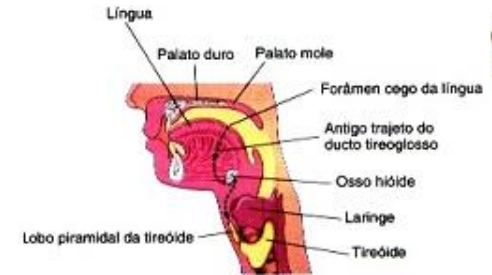
- **Malformações Congênitas:** podem ser definidas como "todo defeito na constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos que determine uma anomalia morfológica estrutural presente no nascimento devido à causa genética, ambiental ou mista (Organização Panamericana da Saúde, 1984)"¹



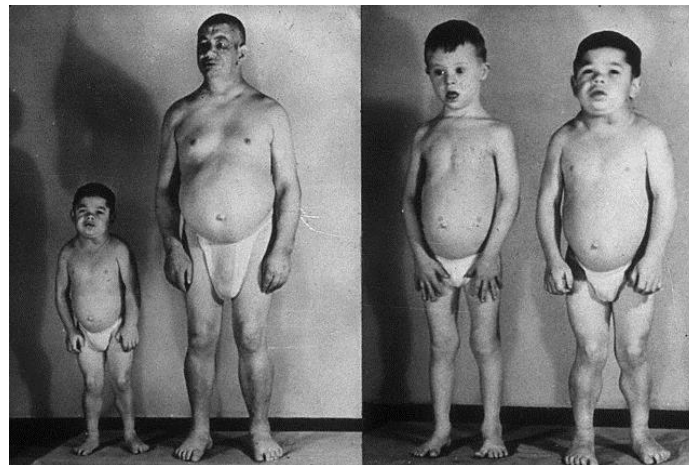
TIREÓIDE



TIREÓIDE



- Pode localizar-se ao longo de uma linha que segue a via descendente de migração do primórdio da tireóide desde o forâmen *caecum*² até a sua localização pré-traqueal³
- Disgenesias tireoidianas são as causas mais freqüentes do Hipotireoidismo Congênito (70-80% dos casos)⁴:
 - Ectopia (65%)
 - Atireose (15%)
 - Hipoplasia (10%)



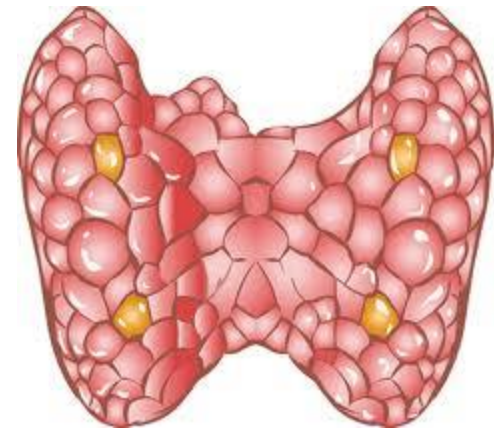
TIREÓIDE

- Prevalência de tireóide ectópica em pacientes com hipotireoidismo: 1/4.000 a 1/8.000⁵
- Etiologia: participação de Ac anti tireoideanos maternos interferindo a migração normal da tireóide no embrião⁶, mutações no fator de transcrição da tireóide⁷⁻⁹, nos genes PAX8 e do receptor do TSH¹⁰⁻¹²



TIREÓIDE

- Ectopias tireoideanas:
 - Lingual
 - Sublingual
 - Pré-laríngea
 - Sub-esternal
 - Cervical lateral
- Outros locais(teratomas):
 - sistema porta hepático
 - vesícula biliar
 - ovário



TIREÓIDE

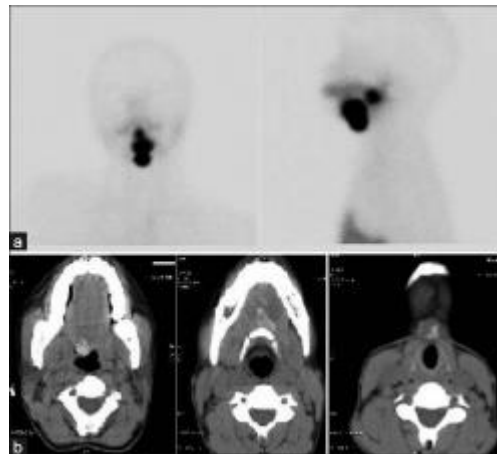


- Tireóide Lingual

- Localização: linha média da base da língua
- Incidência 1/100.000 a 1/300.000¹³
- predomínio no gênero feminino (3:1 a 7:1)^{13,14}
- Localização ectópica mais comum: 90%¹⁴
- 2/3 dos pacientes não possuem tireóide cervical¹⁵
- Sintomas associados: disfagia, disfonia, obstrução das vias aéreas, hemorragia e hipotireoidismo¹⁶

TIREÓIDE

- Tireóide Pré-laríngea
 - sin. cervical alta, segundo local mais freqüente de ectopia tireoideana¹⁷
- Tireóide Sublingual
 - bastante rara, pouquíssimos artigos disponíveis



Tireóide sublingual, supra e infra hióidea

TIREÓIDE

- Tireóide lateral¹
 - Até 1960 acreditava-se tratar de metástase linfonodal de carcinoma oculto bem diferenciado de tireóide
 - Block et cols., 1966 publicaram dois casos sem evidências de malignidade
 - Heldonis et cols. 1980 mostraram que tireóide ectópica na região submandibular estava geralmente livre de neoplasia
 - Mareci et cols. 1986 estudo (n=268) mostrando que em todos os casos de tecido tireoideano lateral havia evidência de tumor primário na tireóide

TIREÓIDE

- Tireóide lateral¹⁸
 - Causas aventadas para explicar ectopia lateral:
 - Falha na descida, causando o surgimento de ectopia de linha média
 - Seqüestro de nódulos tireoideanos em decorrência de tireoidites, traumatismos ou hiperplasia nodular
 - Anomalias branquiais: a glândula tireóide desenvolve-se embriologicamente de um broto medial do assoalho da faringe e de um par de brotos laterais oriundos da 4ª e 5ª bolsas branquiais.

TIREÓIDE

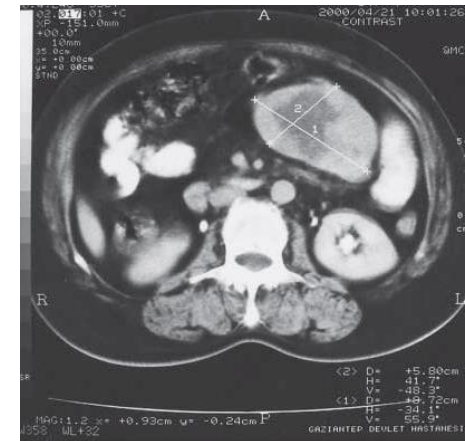
- Tireóide Sub-esternal
 - 7 casos descritos mundialmente: 5 no mediastino anterior^{19,22-24}, e 2 casos, de localização posterior^{23,25}
 - Bócios ectópicos totalmente intratorácicos são raros^{22,23,26}, mas devem ser considerados no diagnóstico diferencial de todas as massas mediastínicas.²⁶

TIREÓIDE

- Devido a anomalias do seu desenvolvimento as ectopias tireoideanas são mais comuns na cabeça, pescoço e mediastino, mas também são citadas outras localizações atípicas²⁷:

- para traqueal e para esofágica
- sistema porta hepático
- pâncreas
- glândulas adrenais
- submucosa do duodeno
- retroperitônio

- Essas ectopias podem se dever a teratomas, metástases de carcinomas tireoideanos ou mesmo a tecido tireoideano hipofuncionante²⁷



Güngör, B, 2002¹

TIREÓIDE



- Diagnóstico²⁸
 - Ex. físico: possível somente para a tireóide lingual – massa vinhosa em base de língua por laringoscopia
 - Dx diferencial com hemangioma
 - Cintilográfico (I^{131})
 - PAAF
- Tratamento²⁸:
 - Controle hormonal do hipotireoidismo
 - Radioiodo
 - Intervir cirurgicamente se houver sintomas obstrutivos aero-digestivos -> glossotomia mediana



TIREÓIDE

- Glossotomia média²⁹



CISTOS/FÍSTULAS DE DUCTO TIREOGLOSSO

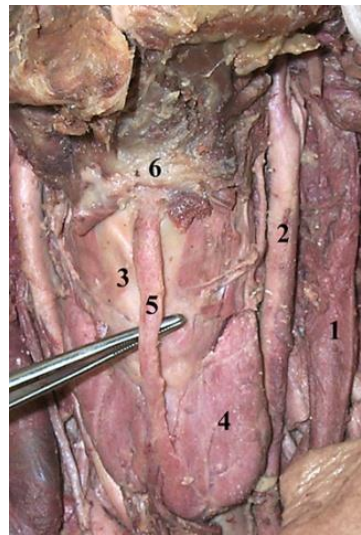


CISTOS/FÍSTULAS DE DUCTO TIREOGLOSSO

- Introdução:
 - Doenças benignas mais frequentes da linha média²⁸
 - Mais diagnosticadas em crianças/adolescentes
 - Forma-se na 4ª semana oblitera-se na 8ª semana²⁸
 - Trajeto iniciado no forame cego, descendo através da mesolíngua até o osso hióide, posicionando dorsalmente, ventralmente ou mesmo estando envolvido pelo hióide²⁸
 - Revestido internamente por epitélio colunar ciliado-> epitélio cubóide²⁸

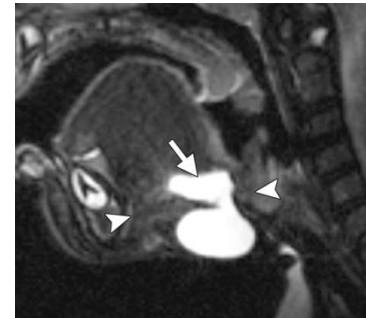
CISTOS/FÍSTULAS DE DUCTO TIREOGLOSSO

- Epidemiologia²⁸:
 - Remanescentes presentes em 7% dos adultos
 - Prevalência equivalente entre os sexos



CISTOS/FÍSTULAS DE DUCTO TIREOGLOSSO

- Diagnóstico²⁸:
 - Clínico:
 - Nódulo mediano e indolor de 2-4cm fixo ao osso hióide-> móvel à deglutição
 - Pode apresentar-se como cisto de maior volume
 - Ascensão ao colocar a língua para fora
 - Imagem:
 - USG
 - TC



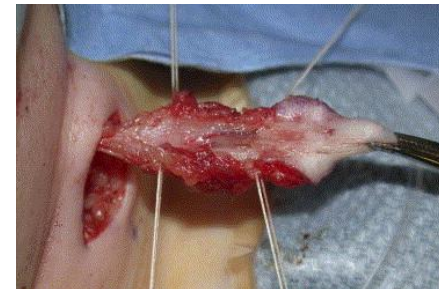
CISTOS/FÍSTULAS DE DUCTO TIREOGLOSSO

- Complicações²⁸:
 - Infecção -> abscesso -> fístula
 - Malignização
 - 1 a 2% podem conter um carcinoma de ducto tireoglosso
 - 162 casos descritos até 2005
 - Papilífero/folicular: 90%
 - CEC: 7%
 - Anaplásico: 1%



CISTOS/FÍSTULAS DE DUCTO TIREOGLOSSO

- Tratamento¹
 - Técnica de Sistrunk, 1928
 - 4% de recorrência vs. 49% na excisão simples do cisto
 - Ressecção do cisto + arco central do hióide + trajeto mesolingual, sem romper a mucosa lingual
 - Cuidado na mesolíngua com:
 - aa. linguais e nn. hipoglossos (irrigação e motricidade dos 2/3 anteriores da língua)





CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS



CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS

- Introdução³⁰:
 - O aparelho branquial surge na 3ª semana e desaparece na 7ª semana de vida embrionaria¹
 - Maioria das anomalias congênitas da linha lateral cervical
 - 1º relato Rathke, 1828
 - Os defeitos são resultantes da obliteração incompleta dos arcos, bolsas e fendas branquiais

CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS

- Epidemiologia³⁰:
 - Incidência semelhante entre os sexos
 - Sem preferência por determinado lado do pescoço
 - Fístulas mais diagnosticadas ao nascimento
 - Cistos branquiais mais diagnosticados na 2ª e 3ª décadas de vida

CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS



- Epidemiologia³⁰:
 - Anomalia mais frequente: fístula pré-auricular presente em 1:400 caucasianos
 - Localização mais frequente dos cistos: 1/3 superior da borda anterior do m. esternocleidomastoideo.
 - Localização cervical mais frequente das fístulas: 1/3 inferior da borda anterior do m. esternocleidomastoideo
 - Orifício interno das fístulas mais frequente em tonsila palatina – 2º arco branquial

CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS

- Quadro clínico³⁰:
 - Dependerá de qual arco/bolsa ou fenda for acometida
 - 1º Arco:
 - Cistos pré-auriculares – laterais ao nervo facial e sem relação ao conduto auditivo externo
 - 1ª Fenda branquial:
 - cistos ou fístulas da parte membranosa do conduto auditivo externo
 - podem ter relação com nervo facial e gl. Parótida

CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS

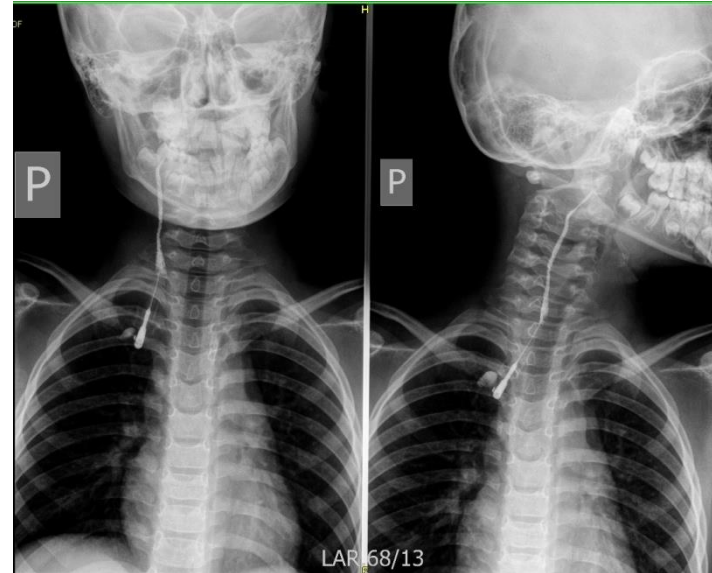
- Quadro clínico³⁰:
 - 2º Arco:
 - Cistos ou fístulas relacionados a estruturas do pescoço, e subtipados conforme localização/relação anatômica por Proctor, (1955):
 - Tipo I—anterior ao m. esternocleidomeastóide
 - Tipo II - relação com a v. jugular interna
 - Tipo III – entre a a. carotida externa e interna
 - Tipo IV – próximo a parede faríngea

CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS

- Quadro clínico³⁰:
 - 3º Arco:
 - São raros
 - Relacionados com os nervos hipoglosso e laringeo superior e hipofaringe
 - Fístulas atingem região tireo-hióidea
 - 4º Arco:
 - Anomalias teóricas relacionadas ao 1/3 inferior do pescoço, aa. Subclávias e a. aorta
 - Fístulas atingem região entre tireóide e cricóide

CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS

- Diagnóstico³⁰:
 - Exame clínico
 - Fístulas
 - Fistulografia
 - Cistos
 - PAAF
 - USG
 - TC/RM – em casos duvidosos
- Diagnósticos diferenciais dos cistos³⁰:
 - Outros tumores de região cervical lateral:
 - Higroma cístico, lipoma, cisto dermóide, escrófula, linfoma e metástases



CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS

- Tratamento³⁰:
 - Cirúrgico com ressecção completa
 - Se infectado, tratar antes de operar.
 - Cistos:
 - Incisão cervical transversa e dissecção cuidadosa identificando as estruturas vizinhas.
 - Dissecção por vezes difícil devido a fibrose de processos infecciosos prévios



CISTOS/FÍSTULAS BRANQUIAIS

- Tratamento³⁰:

- Fístulas:

- Incisão elíptica ao redor do orifício externo
- Dissecar o trajeto fistuloso até a faringe
- Alguns defendem a tonsilectomia para a remoção da extensão mucosa
- Identificar durante a ressecção as estruturas importantes: a. carótida e os nn. Vago, hipoglosso, glossofaríngeo e laringeo superior
- Fístulas do 1º arco – dissecar o n. facial e ressecar superficialmente a parótida e seguir percurso até o canal auditivo externo



HEMANGIOMA



HEMANGIOMAS



- Hemangioma da infância³¹
 - Ocorre em 10 a 12% das crianças com 1 ano de idade
 - Presente em 30% dos recém nascidos com baixo peso ($P < 1.000g$)
 - Associação com biópsia de vilo corial: 10X mais chances
 - Predileção pelo sexo feminino 3-7:1
 - 80% lesões únicas
 - 60% cabeça e pescoço e 25% em tronco
 - Tamanho variável

HEMANGIOMAS

- Quadro clínico³¹
 - Ausente ao nascimento
 - Nos primeiros dias surge a lesão precursora
 - evolui para massa firme, pouco compressível, podendo apresentar aumento da temperatura no local
 - Cresce até 6-12 meses (fase de crescimento rápido)
 - 50% das lesões regredem total ou parcialmente até os cinco anos de idade e 90% até os 10 anos de idade
 - A completa resolução do hemangioma não é influenciada por tamanho da lesão, profundidade, sexo da criança ou idade de apresentação, mas parece estar relacionada ao início precoce da involução



Figura 1: Lesão precursora: mácula eritematosa com telangiectasias

Figure 1: Precursory lesion: erythematous macule with telangiectasia

HEMANGIOMAS

- Quadro clínico³¹
 - Formas:
 - Superficial
 - Profunda
 - Mista



© Jerry Mammino, DQ



Figura 3: Hemangioma da infância (forma combinada)

Figure 3: Hemangioma of infancy (combined form)

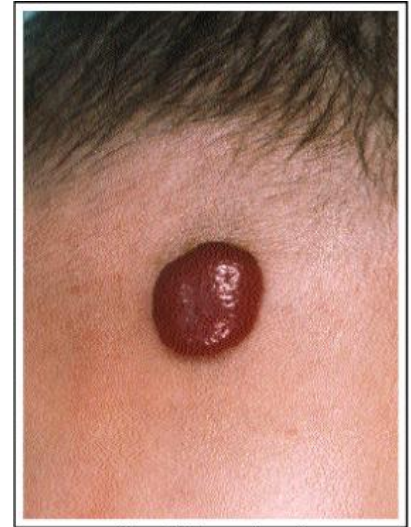


Figura 2: Hemangioma da infância - região frontal (forma superficial)

Figure 2: Hemangioma of infancy - frontal region (superficial form)

HEMANGIOMAS



- Diagnóstico³¹
 - História e exame físico selam Dx na maioria dos casos
 - Em casos duvidosos
 - USG doppler
 - Baixa resistência arterial
 - Velocidades arterial e venosa aumentadas
 - RM
 - Melhor exame para avaliar características teciduais da lesão
 - Relações anatômicas e extensão
 - Arteriografia
 - não para Dx Apenas para embolizar S/N

HEMANGIOMAS

- Tratamento³¹
 - Conduta expectante
 - acompanhamento fotográfico
 - 10 a 20 % necessitarão tratamento
 - Acometimento da visão, respiração e audição
 - Hemorragias
 - Infecção
 - Estética insatisfatória após involução



HEMANGIOMAS

- Tratamento³¹
 - Corticoterapia sistêmica
 - Modalidade mais empregada (prednisolona ou prednisona - 3mg/Kg/dia - 1 dose – 3 a 8 semanas de dose plena)
 - Efeito vasoconstrictor e inibidor da angiogenese
 - Melhores resultados na fase proliferativa do tumor – 1º ano de vida



Figura 6A: Corticoterapia (2mg/kg/dia durante quatro semanas, com posterior redução da dose). 6B: Resultado após dois meses (a corticoterapia foi mantida por quatro meses)

Figure 6A: Corticotherapy (2 mg/kg/day for four weeks with subsequent reduction of the dose). 6B: Result after two months (corticotherapy was maintained for four weeks)

HEMANGIOMAS

- Tratamento³¹

- Corticoterapia intralesional

- Tentativa de redução dos efeitos sistêmicos
 - Alguns autores relatam supressão adrenal e redução de hemangiomas concomitantes a distância – efeito sistêmico

- Substancias mais usadas em combinação:

- Triancinolona (3-5mg/Kg/dose)
 - Betametasona (0,5-1 mg/Kg/dose)
 - Fazer em seringas diferentes de 6/6 semanas



HEMANGIOMAS

• Tratamento³¹

- Corticoterapia tópica
 - Droga mais usada:
 - Propionato de clobetasol (Psorex®)
 - Menos eficaz que o intralesional
 - Pode ser eventualmente uma alternativa



CLASSE	NOME GÊNÉRICO	NOME COMERCIAL
Superpotente	propionato de clobetasol	Psorex Therapsor
	dipropionato de betametasona	Diprosone
Alta Potência	valerato de difluocortolone	Nerisona
	halcinonide	Halog
Potente	valerato de betametasona	Betnovate
	fluorandrenolida	Drenison
	acetona de fluocinolone	Synalar
Potência Moderada	desonida	Desonol
Suave	acetato de hidrocortisona	Berlison
	acetato de dexametasona	Dexametasona

HEMANGIOMAS

- Tratamento³¹
 - Interferon alfa (IFN α)
 - Inibidor da angiogênese
 - Resposta satisfatória em 75-80% dos casos
 - Resposta mais lenta que corticóides
 - Aplicação via SC por 6 a 14 meses
 - Dose um a três milhões UI/m²/dia
 - Risco de hipotireoidismo (formação de auto-anticorpos)

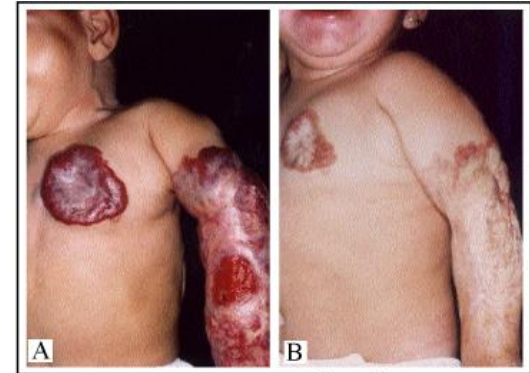


Figura 7A:
Tratamento com IFN α 2a
(2 milhões U/m²/dia,
por via subcutânea).
7B: Resultado após seis
meses de tratamento

Figure 7A:
Treatment with IFN- α 2a
(2 million U/m²/day,
subcutaneously).
7B: Result after six months
of treatment

HEMANGIOMAS

- Tratamento³¹
 - Quimioterapia
 - Indicação:
 - Tratamento refratário aos corticóides e IFN α
 - Agentes mais usados
 - Vincristina e ciclofosfamida
 - Número de sessões
 - 1 sessão/ semana
 - 2 a 5 semanas



HEMANGIOMAS

- Tratamento³¹

- Cirúrgico

- Indicações

- Emergência (sangramento)
 - Refratário a outras terapias
 - Razões estéticas

- Modalidades

- Exérese simples/retalhos
 - Ligadura arterial seletiva

Before surgery³⁶

1 week³⁶

3 months³⁶



HEMANGIOMAS

- Tratamento³¹

- Laser

- Indicações

- Fase proliferativa

- Ulcerações

- Teleangectasias residuais

- Restrições

- Não trata o componente profundo

- Necessidade de sedação nos pacientes de baixa idade



HEMANGIOMAS

- Tratamento³¹
 - Crioterapia
 - Indicada para lesões muito pequenas
 - Necessário mais de uma aplicação
 - Resultados inconsistentes/operador dependentes
 - Radioterapia
 - Muito utilizada no passado->sequelas a longo prazo
 - Praticamente abandonada no presente





SERVIÇO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO - UFC



LINFANGIOMA



LINFANGIOMAS



- Introdução³²:
 - Mal formação do tecido linfático de características bastante variadas(tamanho e distribuição)
 - 75% são cervico-faciais
 - Primeiramente descrito por Rendenbacker, 1828
 - 50 a 60% presentes ao nascimento e 80 a 90% surgem até o segundo ano de vida



LINFANGIOMA



- Epidemiologia³²:
 - Distribuição semelhante entre os sexos
- Quadro clínico³²
 - A Genitora relata pequena tumoração, geralmente em polo cefálico, com crescimento progressivo em dias ou meses.
 - São tumores amolecidos, suaves, recobertos por pele sem alterações e se deslocam com facilidade.

LINFANGIOMA

- Classificação (Serres e col, 1995)³²:
 - A localização relaciona-se com prognóstico (complicações pré e pós op., sequelas e recidivas)
 - Estadio I: infra-hioideo unilateral
 - Estadio II: supra-hioideo unilateral
 - Estadio III: supra e infra-hioideo unilateral
 - Estadio IV: bilateral

LINFANGIOMA



- Diagnóstico³²
 - História e exame físico sugerem fortemente o Dx
 - Transiluminação nos superficiais
 - USG doppler (Dx dif. com hemangioma de alto fluxo)
 - TC lesões profundas
 - RM
 - PAAF – geralmente os exames de imagem firmam o Dx, mas a PAAF é um método simples, barato e eficaz

LINFANGIOMA

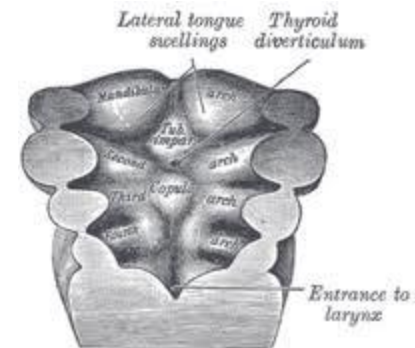
- Tratamento³²
 - Sistêmico
 - Interferon alfa-2
 - Prednisona
 - Quimioterapia e radioterapia
 - Utilizadas no passado mas hoje proscritas
 - Tratamento cirúrgico
 - É o mais indicado atualmente por vários autores
 - Esclerosante
 - Várias drogas em estudo
 - Bleomicina, glicose hipertônica, ethamolin

CISTOS



Fig 1. Overview of the patient with dermoid cyst of the anterior fontanelle before surgery. 33

CISTOS



- Introdução³⁴
- Patogênese provavelmente relacionada a remanescentes de tecido embrionário pluripotente do primeiro e segundo arcos branquiais, podendo ser de 3 tipos histológicos (Meyer, em 1955):
 - Epidermóide - sem anexos dérmicos em seu epitélio de revestimento
 - Dermóide (presença de anexos cutâneos como glândulas sudoríparas e folículo piloso) e
 - Teratóide (revestimento contendo estruturas derivadas das três camadas germinativas).

CISTOS



- Epidemiologia³⁴
 - Mais frequente no sexo masculino
 - Idade 15-35 anos
 - Podem se localizar em qualquer região do corpo, principalmente em gônadas
 - Menos de 7% acometem cabeça/pescoço

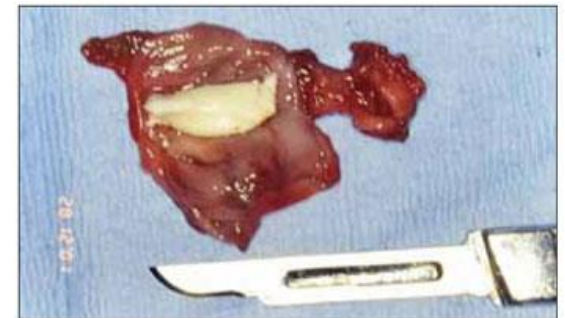
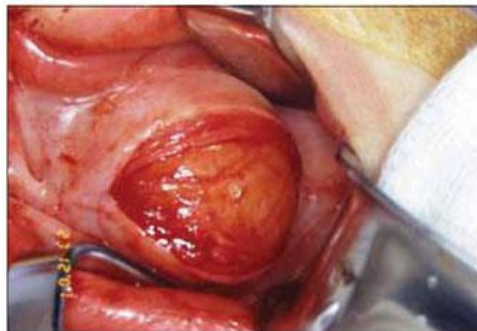
CISTO



- Quadro clínico
 - Massa cística macia, móvel e coberta por pele normal³³
 - Não causa dor ou desconforto³³
 - Crescimento lento³⁴
 - Sem comunicação com estruturas intracranianas³³
 - Na cabeça/pescoço mais frequentes em região fronto-orbital, no quadrante superior externo da órbita, linha média do nariz ou pescoço e região sublingual.

CISTOS

- Tratamento
 - Cirúrgico



(Utumi, E. R. et col, 2010)

Obrigado



BIBLIOGRAFIA

- 1 – OPAS-Organização Panamericana da Saúde, 1984
, **Prevenção e controle das enfermidades genéticas e dos defeitos congênitos**. Publicação científica Nº 460, 1984
(<http://www.opas.org.br/opas.cfm>)
- 2 - Gillam MP, Kopp P. **Genetic regulation of thyroid development**. Curr Opin Pediatr. 2001;13(4):358-63
- 3- Basaria S, Cooper DS. **Graves' disease and recurrent ectopic thyroid tissue**. Thyroid. 1999;9(12):1261-4
- 4 –Rubió, I.G.S. **Genética e epigenética da ectopia tireoideana** .UNIFESP nov/2012
- 5 - Baik SH, Choi JH, Lee HM. Dual ectopic thyroid. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2002;259(2):105-7.
- 6 - . Kumar V, Nagendhar Y, Prakash B, Chattopadhyay A, Vepakomma D. Lingual thyroid gland: clinical evaluation and management. Indian J Pediatr. 2004;71(12):e62-4.

BIBLIOGRAFIA

- 7 - Gillam MP, Kopp P. **Genetic regulation of thyroid development.** Curr Opin Pediatr. 2001;13(4):358-63.
- 8 - Van Vliet G. **Development of the thyroid gland: lessons from congenitally hypothyroid mice and men.** Clin Genet. 2003;63(6):445-55.
- 9 - Kambe F, Seo H. Thyroid-specific transcription factors. Endocr J. 1997;44(6):775-84.
- 10 - Macchia PE, Lapi P, Krude H, Pirro MT, Missero C, Chiovato L, et al. **PAX8 mutations associated with congenital hypothyroidism caused by thyroid dysgenesis.** Nat Genet. 1998;19(1):83-6
- 11 - Hazarika P, Siddiqui SA, Pujary K, Shah P, Nayak DR, Balakrishnan R. **Dual ectopic thyroid: a report of two cases.** J Laryngol Otol. 1998;112(4):393-5.
- 12 - Macchiarini P, Ostertag H. **Uncommon primary mediastinal tumours.** Lancet Oncol. 2004;5(2):107-18.

BIBLIOGRAFIA

- 13 - Tincani AJ, Martins AS, Del Negro A, Araújo PPC, Barreto G. **Lingual thyroid causing dysphonia: evaluation and management. Case report.** São Paulo Med J. 2004;122(2):67-9.
- 14 - Anand SS, Sood V, Kumar PG, Suryanarayana KM, Kotwal N. **Lingual thyroid.** MJAFI. 2006;62(2):184-5.
- 15 - . Kumar V, Nagendhar Y, Prakash B, Chattopadhyay A, Vepakomma D. **Lingual thyroid gland: clinical evaluation and management.** Indian J Pediatr. 2004;71(12):e62-4.
- 16 - A Toso, F Colombani,¹ G Averono, P Aluffi, and F Pia **Lingual thyroid causing dysphagia and dyspnoea. Case reports and review of the literature** Acta Otorhinolaryngol Ital. 2009 August; 29(4): 213–217.
- 17 - Manohar, K. et al **Concurrent sublingual thyroid and thyroglossal cyst with functioning thyroid tissue in the absence of an orthotopic thyroid gland.** Jpn J Radiol (2010) 28:552–554

BIBLIOGRAFIA

- 18 – Dias, N. H. et al. **Tireóide ectópica cervical lateral. Relato de caso e revisão da literatura** Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.68 no.1 São Paulo May 2002
19. Basaria S, Cooper DS. **Graves' disease and recurrent ectopic thyroid tissue. Thyroid.** 1999;9(12):1261-4.
22. Byrd MC, Thompson LD, Wieneke JA. **Intratracheal ectopic thyroid tissue: a case report and literature review.** Ear Nose Throat J. 2003;82(7):514-8.
23. Specker R, Curti G, Müller W, Stulz P. **Intrathoracic goiter--a rare mediastinal tumor** [Article in German]. Swiss Surg. 2001;7(3):134-8.
24. Sand J, Pehkonen E, Mattila J, Seppänen S, Salmi J. **Pulsating mass at the sternum: a primary carcinoma of ectopic mediastinal thyroid.** J Thorac Cardiovasc Surg. 1996;112(3):833-5.

BIBLIOGRAFIA

25. Sakorafas GH, Vlachos A, Tolumis G, Kassaras GA, Anagnostopoulos GK, Gorgogiannis D. **Ectopic intrathoracic thyroid: case report.** Mt Sinai J Med. 2004;71(2):131-3.
26. Bremerich J, Pippert H. **Ectopic thyroid tissue: an unusual differential diagnosis of space-occupying mediastinal lesions** [Article in German]. Schweiz Med Wochenschr. 1997;127(7):266-70..
- 27 - Güngör, B. **Intra-abdominal Ectopic Thyroid Presenting with Hyperthyroidism: Report of a Case** Surg Today (2002) 32:148–150
- 28 - Herter, N.T. **Cistos, Fístulas e neoplasias do ducto tireoglosso** in Kowalski L.P. **Afecções cirúrgicas do pescoço**, São Paulo – ed. Atheneu 2005 Cap 13 pg 105-114
- 29 – *Rodríguez, Z. Et al. Tiroides lingual: un nuevo abordaje quirúrgico.* Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac v.26 n.5 Madrid set.-oct. 2004

BIBLIOGRAFIA

- 30 - Kanda, J. L.; Fava, A. S. **Cistos e Fístulas Branquiais.** in Kowalski L.P. **Afecções cirúrgicas do pescoço**, São Paulo – ed. Atheneu 2005 Cap 13 pg 105-114
- 31 - Gontijo, B., Silva, C.M. R., Pereira, L. B., **Hemangioma da infância.** An. Bras. Dermatol. vol.78 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2003
- 32 - Mello-Filho, F. V., Mamede, R. C. M., Ricz H. M. A. **Linfangioma Cervicofacial.** in Kowalski L.P. **Afecções cirúrgicas do pescoço**, São Paulo – ed. Atheneu 2005 Cap 13 pg 105-114
- 33 - Castro, R. A. G., Filho, A. S. R., Silva, V. V. **Dermoid cyst of the anterior fontanelle in adults: case report** Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.65 no.1 São Paulo Mar. 2007
- 34 - Lazaridis, E., Tepedino, M. M., Esquenazi, D., **Cisto Epidermóide de Orelha Externa e Hipoacusia: Relato de Caso.** International Archives of otorrinolaryngology - year: 2007 Vol. 11 Num. 4 - Oct/Dec

BIBLIOGRAFIA

- 35 – Utumi, E. R. et col, **Recidiva de Cisto Dermoide Congênito de Localização Paramediana** International Archives of otorrinolaryngology - year: **2010** Vol. **14** Num. **3** - Jul/Sep
- 36 - Waner, M., Kastenbaum, J.; Scherer, K. **Hemangiomas of the Nose Surgical Management Using a Modified Subunit Approach** Arch Facial Plast Surg. 2008;10(5):329-334. doi:10.1001/archfaci.10.5.329