



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Quisto Epidermoide do Clitóris: Caso Clínico e Revisão da Literatura

João Eduardo Oliveira Cruz

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Carlos Alberto Martins Gomes

Covilhã, Maio de 2016

## Agradecimentos

Esta Dissertação de Mestrado não representou, apenas, o resultado de extensas horas de pesquisa, reflexão e trabalho durante as diversas etapas que a constituem. É o culminar de um percurso académico a que me propus e que não seria possível sem a ajuda de um número considerável de pessoas a quem gostaria de expressar o meu apreço pelo apoio, compreensão e motivação recebidos.

As minhas primeiras palavras de agradecimento têm que ser, forçosamente, para os meus pais e para a minha avó por todo o apoio que sempre me prestaram ao longo destes seis anos de percurso académico.

À Micaela Oliveira por toda a ajuda, compreensão e força que me transmitiu ao longo dos últimos anos.

Ao Dr. Carlos Alberto Martins Gomes pelo apoio e estímulo, pela partilha de saberes e pertinência das críticas e sugestões, preponderantes para o desenvolvimento desta Dissertação.

*A todos, o meu sincero obrigado!*

## Resumo

### Introdução

A clitoromegalia é definida como um clitóris de índice clitoral maior que 35mm<sup>2</sup>, é rara <sup>(1)</sup> e pode ser congênita ou adquirida.<sup>(2)(3)</sup> Pode ter origem em diversos quistos,<sup>(1)(6)(7)</sup> incluindo o quisto epidermoide.<sup>(3)(4)(5)</sup> Este resulta da implantação de fragmentos da epiderme no interior da derme, pode ocorrer durante o desenvolvimento embrionário ou por indução traumática.<sup>(6)</sup> Esta implantação é mais frequentemente originada por trauma, mais precisamente pela mutilação genital feminina (MGF).<sup>(7)</sup>

### Objectivos

- Reportar um caso clínico ocorrido no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB);
- Pesquisar e analisar a informação clínica disponível na literatura acerca desta patologia;
- Compreender a sua fisiopatologia;
- Comparar o caso do CHCB com os existentes na literatura;
- Produzir a primeira revisão da literatura;
- Propor uma abordagem padronizada para o diagnóstico e terapêutica de futuros novos casos.

### Métodos

Foi efectuada uma pesquisa durante o mês Novembro 2015 na *Pubmed*, utilizando as palavras-chave: clitoris, clitoral, quisto, quisto de inclusão, epidermoide, *epidermal*. Depois de aplicados critérios de exclusão previamente estabelecidos, foram analisados 25 artigos.

### Resultados

Caso clínico: Mulher de 29 anos, com formação nodular de grandes dimensões no clitóris (50x30 mm), dolorosa. Após antibioterapia, tornou-se indolor e não regrediu. Teve um parto 4 meses antes e encontrava-se a amamentar. Excisou-se cirurgicamente a lesão. A análise patológica revelou a presença dum quisto epidermoide do clitóris. Dois meses depois, a doente apresentava boa satisfação sexual.

Casos publicados: Dos 106 casos de quisto epidermoide do clitóris, 88 surgiram em contexto de MGF e 18 em contexto de não MGF.

Nos casos não MGF, a média de idades é 20.98 anos. Houve 1 caso não MGF com história de trauma, 5 tomavam medicação contendo estradiol, 4 tinham história de gestação.

Dos 106 casos, 4 referiram dor, 14 sentiram receio de estigmatização, 16 referiram dispareunia, 36 queixaram-se da protuberância perineal; 11 referiram ansiedade pelo quisto; 15 com queixa de interferência com o movimento; 15 tiveram clitoridectomia total para excisão do quisto. Apenas foram relatadas complicações em 3 casos;

### Conclusão

83% dos casos resultaram da MGF. Considerando que existem mais de 125 milhões de vítimas de MGF,<sup>(17)</sup> é provável que a prevalência destes quistos seja maior. Este pode surgir em qualquer idade, habitualmente é indolor e pode estar associado a dispareunia. Pode

apresentar grande variabilidade de índice clitoral; Parece que aqueles que surgem em consequência da MGF crescem mais lentamente. Diversos diagnósticos diferenciados podem ser ponderados. Independentemente da técnica cirúrgica utilizada, não houve registros de recorrência do quisto.

## Palavras-Chave

*Quisto Epidermoide; Clitóris; Clitoromegalia; Caso Clínico; Revisão da Literatura.*

## Abstract

### Introduction

Clitoromegaly is defined as a clitoris with a clitoral index larger than 35mm<sup>2</sup>, it is rare, <sup>(1)</sup> and can be congenital or acquired. <sup>(2)(3)</sup> It can occur as a result from various cysts, <sup>(1)(6)(7)</sup> including the epidermoid cyst. <sup>(3)(4)(5)</sup> This results from the epidermal fragments implantation within the dermis, and it can occur during the embryonic development or by traumatic induction. <sup>(6)</sup> This implantation is more often induced by trauma, precisely by female genital mutilation (FGM). <sup>(7)</sup>

### Objectives

- To report an occurred case in the Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB);
- To search and analyze for available clinical data in the literature, related with this pathology;
- To understand the pathophysiology;
- To compare the CHCB case report with the existing literature;
- To produce the first literature review around this issue;
- To propose a standardized approach to do the diagnose and therapy for future cases.

### Methods

A research was carried out during November 2015 on the Pubmed data base, using the keywords: clitoris, clitoral, cyst, inclusion cyst, epidermoid, epidermal. After applied the established exclusion criteria, were analyzed 25 articles.

### Results

Case Report: 29 years old woman, with large clitoral nodular mass (50x30mm), painful. After antibiotherapy, became painless and did not decreased in size. This woman had a delivery 4 months before and was breastfeeding. The lesion was surgically dissected. The pathological examination revealed a clitoral epidermoid cyst. Two months later, the patient revealed a good sexual satisfaction.

Published Cases: Of the 106 clitoral epidermal cyst cases, 88 are related with female genital mutilation (FGM) and 18 with non female genital mutilation (non FGM).

In the non FGM cases, the average age is 20.98 years old. There was one non FGM case with history of trauma, 5 of them were taking medication containing estradiol and 4 had history of previous pregnancy.

Of the 106 cases, 4 reported pain, 14 felt fear of stigmatization, 16 stated dyspareunia, 36 complained of perineal bulge; 11 mentioned anxiety related with the cyst; 15 complained of interference with the movement; 15 had total complete clitoridectomy for the cyst excision. Complications were reported only in 3 of the cases.

### **Conclusion**

83% of the cases are a FGM consequence. Considering that, there are more than 125 million victims of FGM,<sup>(17)</sup> it is likely that the cysts prevalence is greater. This can occur at any age, it is usually painless and may be associated to dyspareunia. Can present great variability of the clitoral index. It seems that those that appear as a result of FGM grow up slower. Several other diagnosis can be considered. Regardless of the surgical technique used, there was no records of the cyst recurrence.

## **Keywords**

*Epidermoid Cyst; Clitoris; Clitoromegaly; Case Report; Literature Review.*

# Índice

	Pág.
Agradecimentos	ii
Resumo	iii
<i>Abstract</i>	v
Índice	vii
Lista de Figuras	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Gráficos	xi
Lista de Acrónimos	xii
1.Introdução	1
2.Objectivos	4
3.Materiais e Métodos	5
4.Caso Clínico CHCB	7
5.Resultados	9
6.Discussão	24
7.Conclusão	32
8.Limitações do Estudo	35
9.Perspectivas Futuras	36
Bibliografia	37

## Lista de Figuras

	Pág.
<b>Figura 1</b> - Aspecto macroscópico do quisto epidermoide do clitóris	7
<b>Figura 2</b> - Aspecto microscópico do quisto epidermoide do clitóris	8
<b>Figura 3</b> - Visão macroscópica de um pequeno quisto epidermoide do clitóris, medindo 20x10 mm. Este caso foi reportado por Schmidt et al e pertence a uma rapariga de 16 anos sem história de MGF <sup>(8)</sup>	27
<b>Figura 4</b> - Visão macroscópica do quisto epidermoide do clitóris, que mede 120x50 mm. Este caso foi reportado por Linck et al e pertence a uma mulher de 28 anos sem história de MGF <sup>(9)</sup>	27
<b>Figura 5</b> - Na imagem esquerda, corte medial-sagital de Ressonância Magnética pélvica em T1, demonstrando um quisto com conteúdo hipointenso (asterisco) na região do clitóris de uma rapariga de 11 anos sem antecedentes de MGF. Na imagem direita, uma outra RMN pélvica em T2, num corte transversal demonstrando um quisto com conteúdo hiperintenso (asterisco) <sup>(4)</sup>	28
<b>Figura 6</b> - Imagem ecográfica que mostra uma massa quística do clitóris, de 27.2 x10 mm, numa menina de 5 anos sem antecedentes MGF <sup>(10)</sup>	28

## Lista de Tabelas

	Pág.
<b>Tabela 1</b> - Possíveis origens do quisto epidermoide do clitóris em casos não MGF	10
<b>Tabela 2</b> - Número de casos não MGF com dismenorrea, sinais de virilização e/ou gestações, quer previamente quer no momento da consulta	11
<b>Tabela 3</b> - Número de casos MGF com dismenorrea, sinais de virilização e/ou gestações, quer previamente quer no momento da consulta	11
<b>Tabela 4</b> - Número de casos que relataram dor no quisto (n=106)	14
<b>Tabela 5</b> - Número de mulheres que sentiram receio de estigmatização pelo parceiro ou pelos pares (n=106)	14
<b>Tabela 6</b> - Número de mulheres em que o quisto foi causa de dispareunia ou de interferência nas relações sexuais (n=106)	15
<b>Tabela 7</b> - Número de mulheres que recorreram ao médico com a queixa de protuberância na região perineal (n=106)	15
<b>Tabela 8</b> - Número de mulheres que recorreram ao médico com a queixa de ansiedade ou medo de doença grave pelo quisto (n=106)	15
<b>Tabela 9</b> - Número de mulheres que recorreram ao médico com a queixa de “interferência com o movimento” pelo quisto (n=106)	16
<b>Tabela 10</b> - Número de mulheres que recorreram ao médico com a queixa de stress psicológico pelo quisto (n=106)	16
<b>Tabela 11</b> - Número de mulheres com sintomas urinários (n=106)	17
<b>Tabela 12</b> - Número de casos reportados como formação nodular móvel	17
<b>Tabela 13</b> - Número de casos reportados como formação nodular não endurecida	18
<b>Tabela 14</b> - Número de casos reportados com formação nodular arredonda	18
<b>Tabela 15</b> - Descrição do tamanho dos vários quistos dos casos MGF (n=69) e não	19

MGF (n=17) que forneceram os dados suficientes para uma análise em termos de tamanho médio, mínimo e máximo

**Tabela 16** - Número de casos em que foram pedidas análises laboratoriais 19

**Tabela 17** - Número de casos em que foi requisitada a RMN 19

**Tabela 18** - Número de casos em que foi requisitada a Ecografia 20

**Tabela 19** - Número de doentes anestesiadas para a excisão do quisto epidermoide 20

**Tabela 20** - Número de casos com excisão completa do quisto epidermoide 21

**Tabela 21** - Número de doentes que sofreram clitoridectomia total no procedimento cirúrgico de excisão do quisto epidermoide do clitóris 21

**Tabela 22** - Número de doentes que foram algaliadas no procedimento cirúrgico de excisão do quisto epidermoide do clitóris 21

**Tabela 23** - Número de quistos excisados de forma intacta 22

**Tabela 24** - Número de casos em que houve relato de complicações intra-operatórias 22

**Tabela 25** - Duração do internamento por número de casos 22

**Tabela 26** - Número de casos com satisfação sexual depois do procedimento de excisão do quisto 23

## Lista de Gráficos

	Pág.
<b>Gráfico 1</b> - Distribuição das médias de idades relatadas (n=88) por faixas etárias (%)	9
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição dos casos não MGF (n=18) por faixas etárias (%)	10
<b>Gráfico 3</b> - Período da vida em que o quisto foi notado pela primeira vez em casos não MGF (n=18)	12
<b>Gráfico 4</b> - Período da vida em que o quisto foi notado pela primeira vez em casos MGF (n=88)	12
<b>Gráfico 5</b> - Casos Não MGF: Momento anterior à consulta em que a doente notou o começo do aumento de volume do quisto	13
<b>Gráfico 6</b> - Casos MGF: Momento anterior à consulta em que a doente notou o começo do aumento de volume do quisto	13

## Lista de Acrónimos

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
IC	Índice Clitoral
MGF	Mutilação Genital Feminina
Não MGF	Não Mutilação Genital Feminina
OMS	Organização Mundial de Saúde
RMN	Ressonância Magnética Nuclear

# 1. Introdução

No decorrer do estágio de Ginecologia e Obstetrícia desenvolvido no Centro Hospitalar da Cova da Beira, foi-me dado a conhecer um caso raro de uma paciente com um quisto epidermoide no clitóris. O facto de ser um diagnóstico pouco frequente e uma temática ainda pouco explorada, motivaram a elaboração do presente trabalho. Nesta continuidade, o presente documento resulta essencialmente do culminar de vários *case report* considerados mais relevantes acerca do tema sendo apresentados dados estatísticos a nível internacional, já que a produção científica acerca desta matéria a nível nacional é inexistente. De seguida, apresentam-se as definições e classificações consideradas mais relevantes para a abordagem desta temática.

A clitoromegalia é definida como um clitóris de índice clitoral (IC) maior que  $35\text{mm}^2$ , onde o IC é o produto entre a maior dimensão sagital e transversa da glândula do clitóris, medida em milímetros.<sup>(1)</sup> A clitoromegalia é rara<sup>(1)</sup> e pode ser congénita ou adquirida,<sup>(2)(3)</sup> sendo que a forma congénita é a mais comum, principalmente em estágios intersexuais.<sup>(1)(2)</sup> *Guelinckx et al*<sup>(11)</sup> refere que as formas congénitas são frequentemente óbvias ao nascimento em contraste com as formas adquiridas, que se podem desenvolver em qualquer idade. Uma revisão feita por *Horejsí*<sup>(2)</sup> revela que a forma adquirida é relativamente rara e que os dados da literatura são muito pobres, consistindo essencialmente em *case reports*. Grande parte dos autores classifica a clitoromegalia adquirida em duas grandes categorias: a causa hormonal e a não-hormonal,<sup>(2)(1)(5)(12)(7)</sup> mas alguns deles acrescentam ainda uma terceira categoria, a causa idiopática.<sup>(12)</sup>

No estudo de revisão de *Horejsí*,<sup>(2)</sup> a etiologia hormonal da clitoromegalia revela-se mais frequente do que a não-hormonal. Segundo *Hughes et al*,<sup>(13)</sup> dentro da etiologia hormonal, os tumores virilizantes do ovário ou da glândula suprarrenal (*bilateral hilus cell tumor of the ovary, steroid producing gonadal tumors, adrenal androgen secreting carcinoma, Leydig cell tumor of the ovaries and metastatic carcino-sarcoma of the urinary bladder*) são as causas mais pronunciadas de casos de clitoromegalia. Entre as restantes causas hormonais descritas na literatura estão a hiperplasia adrenal congénita de início tardio, o síndrome do ovário poliquístico, o síndrome ou doença de *Chushing*, a exposição a androgénios sintéticos, a deficiência da aromatase placentária, o luteoma e o *hyperreactio luteinalis* em casos de gravidez.<sup>(13)</sup>

A etiologia não-hormonal da clitoromegalia tem como causa principal a neurofibromatose.<sup>(1)</sup> Para além desta, são ainda de destacar os abscessos, fístulas, divertículos, hemangioma cavernoso, tumores vulvares primários ou metastáticos, *nevus* lipomatosos superficiais

cutâneos, síndrome *Beckwith-Wiedemann*, hipertrofia por excesso de masturbação e os quistos.<sup>(1)(6)(7)</sup> A existência de quistos que envolvem o próprio clitóris é muito rara,<sup>(1)(5)</sup> contudo podem identificar-se diferentes tipos, como sendo o ateroma (um quisto de retenção que cresce a partir das glândulas sebáceas), o quisto dermoide, o quisto disontogenético de origem mesonéfrica (*mülleriano*) ou paramesonéfrica (*wolffian*) e o quisto epidermoide.<sup>(3)(4)(5)</sup>

Os quistos epidermoides representam os quistos cutâneos mais comuns. Podem surgir em qualquer parte do corpo, mas ocorrem com mais frequência na face, couro cabeludo, pescoço e tronco.<sup>(9)</sup> Estes podem também surgir mencionados na literatura como “quistos de inclusão epidérmica”, “quistos foliculares infundibulares”, “quistos epidérmicos” ou “quistos sebáceos”. O termo “quisto sebáceo” deve ser evitado, pois implica que o quisto tenha origem sebácea.<sup>(14)(6)</sup> Já o termo “quisto de inclusão epidérmica” refere-se especificamente a um quisto epidermoide, que é o resultado da implantação de elementos epidérmicos na derme. Uma vez que a maioria das lesões se originam do infundíbulo folicular, o termo geral de “quisto epidermoide” é o mais correcto.<sup>(14)</sup>

A implantação de fragmentos da epiderme no interior da derme pode ocorrer durante o desenvolvimento embrionário (causa congénita), ou por indução traumática accidental ou cirúrgica (causa adquirida).<sup>(6)</sup> No caso do clitóris, esta implantação é mais frequentemente induzida por trauma e é raramente originada a partir do deslocamento disontogenético (congénita).<sup>(7)</sup> Anatomopatologicamente definindo, os quistos epidermoides ocupam a derme e, por vezes, o tecido celular subcutâneo, podendo exteriorizar-se através de um *punctum*. O quisto contém massas de queratina em degeneração, revestidas por um epitélio escamoso estratificado, fino e achatado que, tal como a epiderme, tem uma camada granular.<sup>(15)</sup>

O evento traumático mais comum para a formação deste quisto no clitóris é a mutilação genital feminina (MGF), que envolve a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos, por razões culturais ou não-terapêuticas.<sup>(7)</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),<sup>(16)</sup> esta prática é principalmente realizada por circuncisadores tradicionais, que muitas vezes desempenham outros papéis centrais nas comunidades. Contudo, mais de 18% da MGF é realizada por prestadores de cuidados de saúde, e a tendência para a medicalização tem vindo a aumentar.<sup>(16)</sup> Estes procedimentos são realizados principalmente em raparigas jovens entre a infância e os 15 anos de idade e, ocasionalmente, em mulheres adultas. Estima-se que, anualmente em África, mais de 3 milhões de meninas estão em risco de sofrer MGF. Do total da população do sexo feminino existente atualmente nos 29 países da África e Médio Oriente, mais de 125 milhões foram vítimas de MGF.<sup>(16)</sup>

A OMS <sup>(16)</sup>classifica a MGF em 4 tipos: Tipo 1 ou clitoridectomia, que consiste na remoção parcial ou total do clitóris e / ou do prepúcio do clitóris; Tipo 2 ou excisão, em que há a remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes

lábios; Tipo 3 ou infibulação, quando é feito o encerramento do orifício vaginal com a criação de uma cobertura selar, cortando e suturando os pequenos lábios um ao outro e / ou os grandes lábios, com ou sem excisão do clitóris; Tipo 4 ou não classificada, que agrupa todas as outras intervenções nefastas para os órgãos genitais femininos sem fins médicos, como por exemplo, picadas, *piercing*, incisão, raspagem e cauterização. A MGF não tem benefícios, apenas traz prejuízos. As principais complicações imediatas incluem a dor severa, hemorragia, choque ou sépsis. Uma das consequências a longo prazo são o aparecimento de quistos.<sup>(17)</sup>

Apesar da literatura ser parca em informação relativa a esta temática, pensa-se que os quistos epidermóides do clitóris não são uma complicação rara da MGF e que, por isso, presume-se que seja uma situação que se encontra sub-relatada.<sup>(18)</sup>

Tendo em conta a multiplicidade de termos e diferentes organizações dadas pelos autores no que diz respeito à classificação da clitoromegalia, são designados, no presente trabalho, todos os casos de quistos epidermóides do clitóris de causa desconhecida como “quistos de aparecimento espontâneo”, termo utilizado comumente por vários autores<sup>(19)(20)(21)(12)(10)</sup>, ou casos não MGF: casos de não Mutilação Genital Feminina.

Considerando que o maior número de casos de quisto epidermoide tem como causa a MGF, no decorrer do trabalho, são organizados os casos em dois grandes grupos: casos MGF e casos não MGF.

## 2. Objectivos

Considerando que o quisto epidermoide do clitóris é um quisto raro, esta é uma temática pouco divulgada e parca em evidências científicas. Tem-se vindo a assistir à publicação de algumas revisões da literatura relativas à clitoromegalia, todavia não foi encontrada nenhuma revisão relativa ao quisto epidermoide do clitóris, sendo a totalidade dos documentos publicados *case reports*. Por este mesmo motivo, o principal objetivo deste trabalho passou por produzir a primeira revisão da literatura acerca do quisto epidermoide do clitóris.

Para alcançar este objetivo, foi necessário:

- Pesquisar e analisar a informação clínica disponível na literatura acerca desta patologia;
- Compreender a sua fisiopatologia;
- Reportar o caso clínico ocorrido no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB);
- Comparar o caso do CHCB com os existentes na literatura;
- Propor uma abordagem padronizada para o diagnóstico e terapêutica de futuros novos casos.

### 3. Materiais e Métodos

Os métodos consistem num meio, mais ou menos concreto ou abstracto, para atingir objectivos que acompanham toda a investigação, para que assim seja possível um fácil acesso à forma como a pesquisa foi estruturada, tornando viável uma replicação da mesma. É assim necessária disciplina e rigor na investigação científica desenvolvida em várias etapas.

A presente revisão da literatura foi elaborada com base numa pesquisa bibliográfica, utilizando as palavras-chave: *clitoris*, *clitoral*, *cyst*, *inclusion cyst*, *epidermoid*, *epidermal*, realizada na base de dados electrónica *PubMed*.

Para alargar a pesquisa a um maior número de artigos que tratam esta temática, incluíram-se alguns sinónimos nas palavras-chave, recorrendo-se para isso aos operadores booleanos ‘*and*’ (e) e ‘*or*’ (ou). Os operadores booleanos foram aplicados sob a seguinte ordem:

*((((clitoris OR clitoral) AND (cyst OR inclusion cyst) AND (epidermoid OR epidermal)))*

A procura de artigos foi efetuada durante o mês de Novembro de 2015, não tendo sido definido o horizonte temporal ou idioma para esta pesquisa, pois queria ter-se o conhecimento de todos os artigos alguma vez publicados sobre a temática em causa. Através desta estratégia de pesquisa, foram inicialmente identificadas 34 publicações. Para estas publicações foi efectuada uma leitura do título e do resumo, e incluídas as que continham relatos de casos sobre mulheres com quisto epidermoide no clitóris e redigidas em Português, Inglês, Espanhol ou Francês. Foram assim excluídas as publicações que, pela leitura do título e resumo, não se mostravam relevantes para a temática em estudo, e que se encontrassem publicadas em idiomas diferentes dos anteriormente enunciados. Depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, foram seleccionados e analisados um total de 25 artigos.

Para contextualizar e entender melhor a dimensão deste problema, pesquisou-se também na base de dados da *Pubmed* por artigos sobre clitoromegalia.

Para alargar a pesquisa a um maior número de artigos incluíram-se também alguns sinónimos nas palavras-chave. Os operadores booleanos foram aplicados sob a seguinte ordem:

*((((clitoral OR clitoris) And hypertrophy) OR (clitoromegaly) OR ( clitoral enlargement) ) AND review).*

Os filtros de pesquisa utilizados foram: “artigos de revisão”; “ espécies humanas”; “texto completo”; “sexo feminino”; “línguas: francês, espanhol, inglês e português”. Não foi definido o horizonte temporal para abranger o máximo de artigos alguma vez publicados sobre o tema. Através desta estratégia, a pesquisa forneceu 24 artigos. Para estas publicações foi efectuada uma leitura do título e do resumo, e incluídas apenas as revisões da literatura que abordavam a clitoromegalia de uma forma global, incluindo o seu diagnóstico e tratamento, excluindo-se todas aquelas que não obedeceram a estes critérios. No final, apenas 1 artigo foi selecionado e analisado na íntegra para este estudo.

Efectou-se também pesquisa de livros na biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde- UBI para melhor entender a definição de “quisto epidermoide”.

Com vista a facilitar a análise dos artigos seleccionados e a apresentação dos resultados, estes são, posteriormente, apresentados em tabelas e gráficos, criados através do *software Excel*.

## 4. Caso Clínico CHCB

Uma mulher de 29 anos, caucasiana, Gesta 1 Para1, apresentava uma formação nodular de grandes dimensões no clitóris, dolorosa, com sinais de infecção. Após antibioterapia oral, a lesão tornou-se indolor mas sem regressão (Figura 1). Teve um parto vaginal 4 meses antes e encontrava-se a amamentar. Era uma mulher saudável, sem história clínica de cirurgia ou trauma do períneo, mutilação genital, ou abuso sexual.



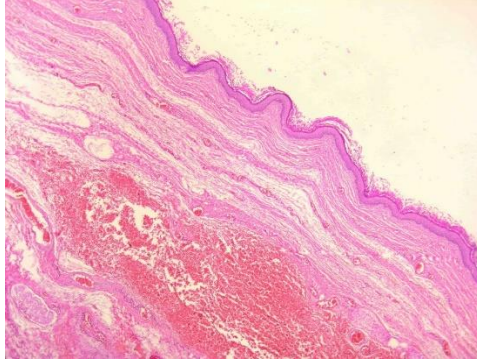
Figura 1 - Aspecto macroscópico do quisto epidermoide do clitóris

Para tratar a doente, decidiu-se excisar cirurgicamente a lesão nodular de 50x30mm, com remoção completa do quisto e sutura da pele. O procedimento cirúrgico ocorreu sem complicações, tendo ficado internada durante um dia. Dois meses depois da cirurgia, a doente encontrava-se bem, sem sintomas genitais e com boa satisfação sexual.

A peça cirúrgica foi enviada para a anatomia patológica que descreveu, macroscopicamente, uma formação quística, parcialmente revestida por retalho cutâneo-mucoso com 50x15 mm, acinzentado e rugoso. Em secção a lesão era preenchida na totalidade por material pastoso e amarelado, sendo a superfície esbranquiçada e rugosa. A parede era fina, de aspecto fibroso.

À microscopia observou-se uma formação quística, de parede constituída por epitélio malpighiano queratinizado, havendo abundante queratina lamelar no interior do quisto (Figura 2). Não foram detetados aspetos inflamatórios em redor.

O diagnóstico definitivo foi então de um quisto epidermoide do clitóris com 5cm de maior eixo, totalmente excisado.



**Figura 2** - Aspecto microscópico do quisto epidermoide do clitóris

## 5. Resultados

Nesta pesquisa foram identificados 106 casos de mulheres com quisto epidermoide do clitóris. Destes, 88 casos surgiram em contexto de mutilação genital feminina (casos MGF), tendo sido identificados apenas 18 casos em contexto de não mutilação (casos não MGF).

A idade dos casos de MGF, encontrava-se num intervalo de 15 meses a 91 anos. Alguns dos *case report* apresentavam as idades das pacientes individualizadas, enquanto outros incluíam um grupo de pacientes apresentando as idades em média.

No Gráfico 1, a faixa etária dos 12 aos 25 anos de idade conta com quase metade (47%) das médias de idades relatadas. Cerca de 37% das médias encontram-se na faixa etária dos 26 aos 44 anos. Já nas doentes com idade menor a 12 anos, esta percentagem representa 16% dos caso de MGF.

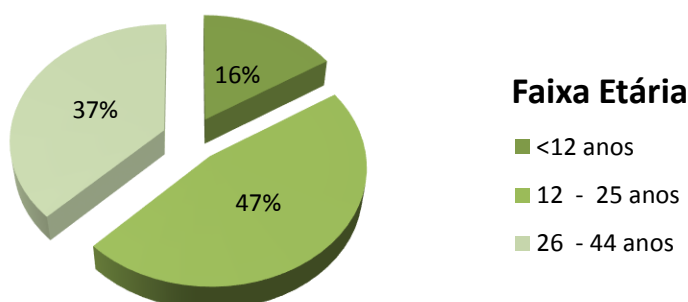


Gráfico 1 - Distribuição das médias de idades relatadas (n=88) por faixas etárias (%)

No que diz respeito apenas aos 18 casos de não MGF, já foi possível calcular a média de idades com rigor, pois foram fornecidas nos *case reports* as idades de cada paciente e não as médias das suas idades. O resultado obtido foi de aproximadamente 21 anos (20.98). A idade mínima verificada foi de 20 meses (1.66 anos) e máxima de 53 anos.

À semelhança do representado no Gráfico 1 da distribuição das médias de idades da população total do estudo, também aqui a faixa etária dos 12 aos 25 anos de idade é a que regista maior número de casos (39%), Gráfico 2. É ainda de destacar a percentagem significativa, 33%, de casos de crianças com idades inferiores a 12 anos.

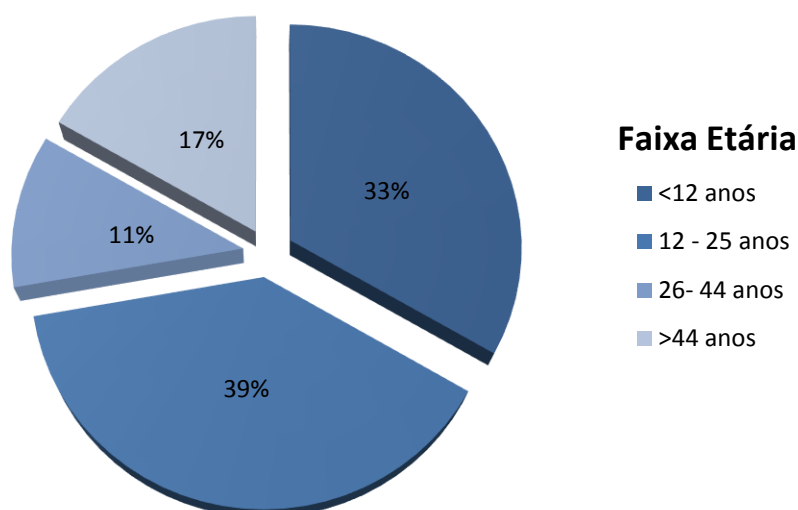


Gráfico 2 - Distribuição dos casos não MGF (n=18) por faixas etárias (%)

De forma a organizar e sistematizar a informação contida nos *case reports* foram criadas tabelas que respondem a diferentes questões. Nestas podem encontrar-se as expressões “não se aplica”, utilizada para situações em que por motivos inerentes à idade das pacientes a questão não se adequava, e “não abordado” para situações em que os artigos não forneciam informação acerca do tema em estudo.

Relativamente aos casos não MGF (n=18), foram registados casos de 5 mulheres que afirmaram tomar “contraceptivos orais/ medicação contendo estradiol” e apenas 2 delas o negaram. Nos restantes 11 casos esta questão não se aplicava ou não foi abordada no artigo. Não foi identificado nenhum caso de “história de *piercing* ou cirurgia na região genital”, tendo essa questão sido negada explicitamente em 12 casos. Foi assinalada apenas 1 história de trauma do períneo prévia ao aparecimento do quisto. Em 11 dos artigos essa hipótese foi negada e nos restantes esse tema não foi abordado.

Tabela 1 - Possíveis origens do quisto epidermoide do clitóris em casos não MGF

Não MGF	Contraceptivos Oraís/Medicamentos contendo estradiol	História de <i>piercing</i> ou cirurgia genital	História de trauma no períneo
Sim	5	0	1
Não	2	12	11
Não Abordado	8	6	6
Não se Aplica	3	0	0
Total 18			

Alguns artigos de casos não MGF abordaram questões sobre factores de influência hormonais, como a dismenorrea, os sinais de virilização e as gestações. No caso da dismenorrea, apenas 4 artigos abordaram e negaram essa questão, enquanto no caso dos sinais de virilização foram registados 12 casos de resposta negativa. Quanto às gestações, em 4 casos as mulheres tinham história de gestação, sendo que uma delas se encontrava grávida no momento da consulta.

**Tabela 2** - Número de casos não MGF com dismenorrea, sinais de virilização e/ou gestações, quer previamente quer no momento da consulta

Não MGF	Dismenorrea	Sinais de virilização	Gestações
Sim	0	0	4
Não	4	12	2
Não Abordado	9	6	7
Não se Aplica	5	0	5
Total 18			

Relativamente aos artigos onde foram identificados casos de MGF como causa do quisto epidermoide (n=88), representados na Tabela 3, registaram-se 3 casos em que foi abordada e negada a questão da dismenorrea. Em relação aos sinais de virilização, foi apenas abordada e negada em 2 dos casos. Já no que se refere às “gestações”, foram identificadas 2 mulheres com gestações prévias e nos restantes 86 casos o tema não foi abordado.

**Tabela 3** - Número de casos MGF com dismenorrea, sinais de virilização e/ou gestações, quer previamente quer no momento da consulta

MGF	Dismenorrea	Sinais de virilização	Gestações
Sim	0	0	2
Não	3	2	0
Não Abordado	85	86	86
Não se Aplica	0	0	0
Total 88			

Em 5 dos 18 casos de não MGF, a mulher notou pela primeira vez o aparecimento do quisto no período da puberdade, compreendido entre os 12 e 14 anos, Gráfico 3. Em 2 casos o quisto foi detetado desde o período do nascimento, 2 depois dos 45 anos de idade, outros 2 no início da

infância e, por último, 1 deles terá surgido no decorrer da primeira gravidez. No que toca aos restantes casos, os artigos não abordaram esta questão.

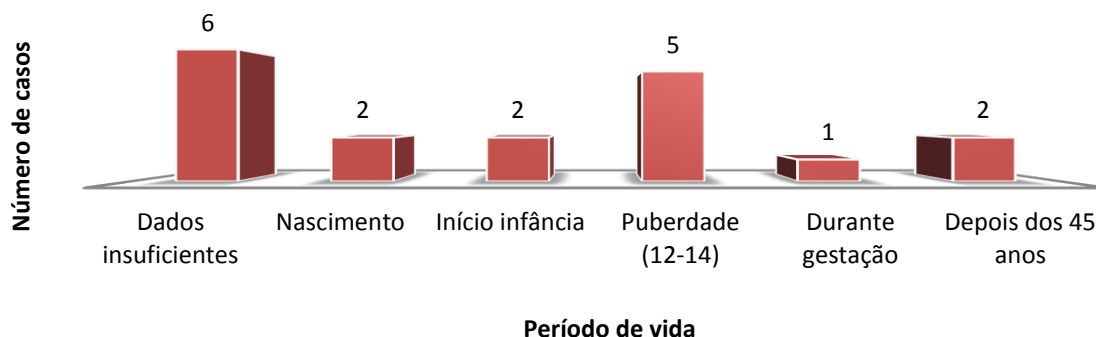


Gráfico 3 - Período da vida em que o quisto foi notado pela primeira vez em casos não MGF (n=18)

Já nos artigos sobre os casos MGF, a maior parte dos relatos (n=71) não abordaram esta questão, Gráfico 4. Contudo, com os restantes dados disponibilizados, é possível dizer que em 16 casos, o quisto foi notado logo no início da infância e apenas 1 deles na vida adulta, aos 37 anos.

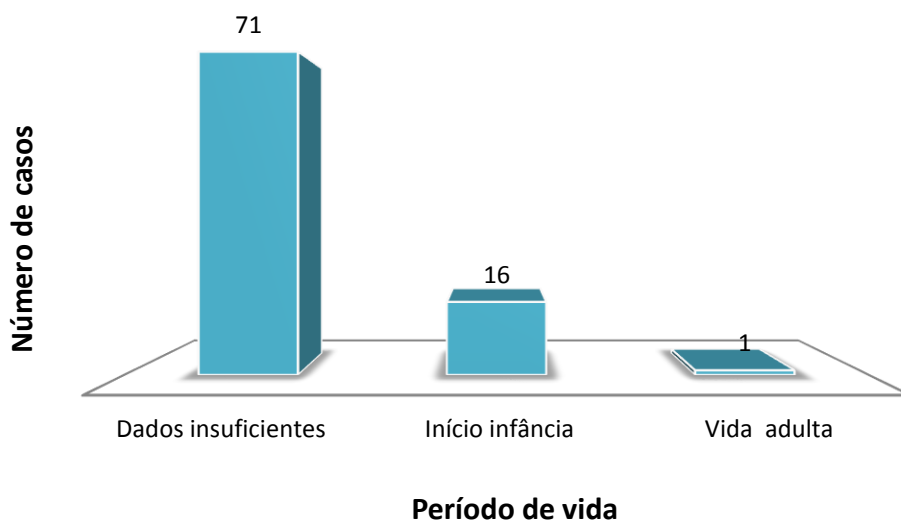


Gráfico 4 - Período da vida em que o quisto foi notado pela primeira vez em casos MGF (n=88)

Quanto ao momento em que as doentes dos casos não MGF notaram que o quisto começou a aumentar, tendo como referência o dia da entrevista com o médico, apenas 1 doente referiu

ter acontecido há menos de 1 mês, Gráfico 5. No maior número de casos (n=5), o aumento do volume foi notado entre 1 a 3 meses antes. Há registo de um caso em que o aumento foi surgindo gradualmente há mais de 1 ano.

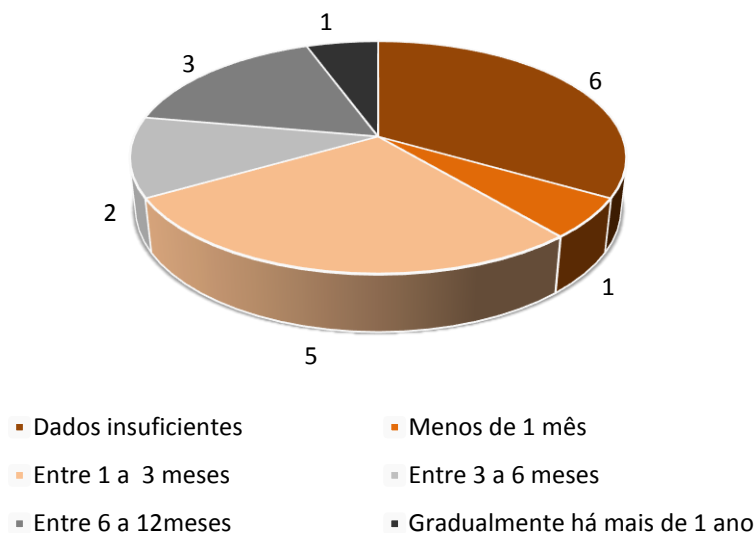


Gráfico 5 - Casos Não MGF: Momento anterior à consulta em que a doente notou o começo do aumento de volume do quisto

Nos casos MGF (n=88), na sua maioria (n=50) não foram encontrados dados para responder à questão anterior, Gráfico 6. No entanto, foram registados 20 casos de aumento do quisto “gradualmente desde a MGF”. Em 15 dos casos foi detetado aumento do quisto a partir da puberdade. Apenas em 3 situações foi detectado um aumento do quisto na data aproximada à consulta com o médico.

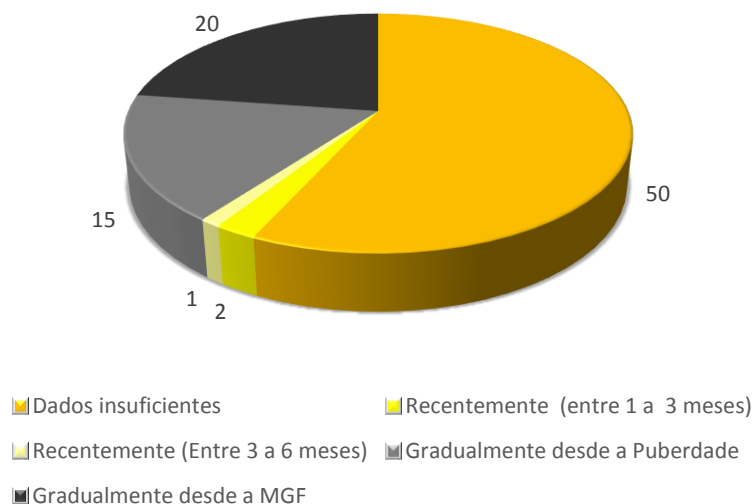


Gráfico 6 - Casos MGF: Momento anterior à consulta em que a doente notou o começo do aumento de volume do quisto

Da totalidade dos casos MGF (n=88), apenas 1 doente revelou que o seu quisto era doloroso. Enquanto nas mulheres não mutiladas (n=18) este número foi desproporcionalmente maior, registando-se 3 casos.

**Tabela 4 - Número de casos que relataram dor no quisto (n=106)**

Doloroso	MGF	Não MGF
Sim	1	3
Não	30	10
Dados Insuficientes	57	5
Total	88	18

Do total dos casos de MGF (n=88) apenas 15 abordaram a temática da estigmatização relacionada com a presença do quisto. Destes, 12 mulheres revelaram que têm receio de estigmatização pelo parceiro ou pelos pares, o que as motivou a procurar ajuda médica. Nos casos não MGF (n=18) foram também registados 2 casos de mulheres que sentiram esse mesmo receio.

**Tabela 5 - Número de mulheres que sentiram receio de estigmatização pelo parceiro ou pelos pares (n=106)**

Receio de estigmatização pelo parceiro ou pelos pares	MGF	Não MGF
Sim	12	2
Não	3	0
Não abordado	73	12
Não se aplica	0	4
Total	88	18

Em 45 casos MGF com informação sobre o tema, 14 mulheres revelaram que quisto foi causa de dispareunia ou de interferência nas relações sexuais e por isso um motivo de procura de ajuda médica. Nos casos não MGF (n=18) foram identificadas 2 mulheres que também se queixaram de dispareunia.

**Tabela 6** - Número de mulheres em que o quisto foi causa de dispareunia ou de interferência nas relações sexuais (n=106)

Dispareunia (ou interferência com o sexo)	MGF	Não MGF
Sim	14	2
Não	31	1
Não abordado	43	11
Não se aplica	0	4
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>18</b>

De 37 casos MGF com informação sobre o tema, 32 mulheres recorreram ao médico com a queixa de protuberância na região perineal. Nos casos não MGF registaram-se 4 casos em que a protuberância na região perineal também foi um motivo de procura de ajuda.

**Tabela 7** - Número de mulheres que recorreram ao médico com a queixa de protuberância na região perineal (n=106)

Protuberância na região perineal	MGF	Não MGF
Sim	32	4
Não	5	0
Não abordado	51	10
Não se aplica	0	4
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>18</b>

De entre a totalidade dos casos de MGF, apenas 15 abordaram a temática da ansiedade ou medo de doença grave provocada pela presença do quisto. Destes 15, apenas 9 mulheres referiram ter recorrido ao médico com este receio. Nos casos não MGF, apenas 2 casos abordaram esta questão e em ambos os casos as utentes manifestaram este receio.

**Tabela 8** - Número de mulheres que recorreram ao médico com a queixa de ansiedade ou medo de doença grave pelo quisto (n=106)

Ansiedade pelo quisto	MGF	Não MGF
Sim	9	2
Não	6	0
Não abordado	73	12
Não se aplica	0	4
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>18</b>

De 19 casos MGF que abordaram a questão da interferência do quisto com o movimento, 13 mulheres afirmaram ter recorrido ao médico com esta queixa, que ocorria em movimentos como a marcha, por exemplo. Nos casos não MGF foram identificadas 2 mulheres que se queixaram de interferência durante o movimento por causa do quisto.

**Tabela 9** - Número de mulheres que recorreram ao médico com a queixa de “interferência com o movimento” pelo quisto (n=106)

Interferência com o movimento (caminhar)	MGF	Não MGF
Sim	13	2
Não	6	0
Não abordado	69	14
Não se aplica	0	2
Total	88	18

Nos casos não MGF (n=18), 4 mulheres revelaram ao médico estar sob uma situação de stress psicológico provocada pelo aparecimento do quisto. Já nos casos MGF (n=88), nenhum artigo abordou este tema.

**Tabela 10** - Número de mulheres que recorreram ao médico com a queixa de stress psicológico pelo quisto (n=106)

Stress psicológico	MGF	Não MGF
Sim	0	4
Não	0	0
Não abordado	88	12
Não se aplica	0	2
Total	88	18

Relativamente aos 37 casos de MGF em que foi questionado às pacientes se apresentam algum sintoma urinário, foi registada apenas 1 resposta positiva. Já nos casos não MGF, apenas 6 artigos abordaram esta questão, tendo sido identificadas 2 mulheres com as mesmas queixas.

Assim sendo, no total da população em estudo (n=106), registaram-se 3 casos de sintomas urinários reportados.

**Tabela 11 - Número de mulheres com sintomas urinários (n=106)**

Sintomas urinários	MGF	Não MGF
Sím	1	2
Não	36	4
Não abordado	52	12
Não se aplica	0	0
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>18</b>

Na avaliação objectiva, em 22 casos MGF os autores referiram que a formação nodular observada na região perineal do clitóris era móvel, tendo os restantes 66 casos não abordado este assunto. Quanto aos casos não MGF, apenas 4 deles não abordaram a questão, enquanto os restantes 14 referiram que a formação era móvel.

**Tabela 12 - Número de casos reportados como formação nodular móvel**

Formação nodular móvel	MGF	Não MGF
Sím	22	14
Não	0	0
Não abordado	66	4
Não se aplica	0	0
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>18</b>

Na avaliação objectiva, em 22 casos MGF os autores referiram que a formação observada na região perineal do clitóris era não endurecida. Os restantes 66 casos não abordaram este assunto. Nos casos não MGF, 5 casos não abordaram a questão e 13 referiram que a formação nodular era não endurecida.

**Tabela 13** - Número de casos reportados como formação nodular não endurecida

Formação nodular não endurecida	MGF	Não MGF
Sim	22	13
Não	0	0
Não abordado	66	5
Não se aplica	0	0
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>18</b>

Na avaliação objetiva, em 3 casos MGF os autores referiram que a formação observada na região perineal do clitóris era arredonda. Os restantes 85 casos não abordaram este assunto. Nos casos não MGF, 14 casos não abordaram a questão e 4 referiram que a formação nodular era arredonda. No total da população (n=106), foram encontradas 7 descrições da formação nodular com sendo arredonda.

**Tabela 14** - Número de casos reportados com formação nodular arredonda

Formação nodular arredondada	MGF	Não MGF
Sim	3	4
Não	0	0
Não abordado	85	14
Não se aplica	0	0
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>18</b>

Dos 88 casos MGF, não foi possível saber qual o tamanho mínimo e máximo registado de todos os quistos epidermoides do clitóris por falta de dados suficientes nas descrições feitas pelos diversos autores. Já em relação à média do tamanho destes mesmos quistos, foi apenas possível efetuar um cálculo de uma média estimada de 69 casos. Esse cálculo foi feito a partir dos tamanhos encontrados nos artigos que relatam *case reports* individuais bem como das médias apresentadas nos artigos que fazem em simultâneo a revisão de vários casos. O resultado dessa média estimada foi de 56.9 x 56.9mm (IC=3237.61mm<sup>2</sup>), (diâmetro transversal *versus* longitudinal).

No que diz respeito aos casos não MGF, foi apenas encontrado um artigo que não revelou o tamanho do quisto. Para todos os restantes 17 casos, o tamanho mínimo do quisto epidermoide do clitóris registado foi de 20 x 10mm (IC=200mm<sup>2</sup>), e o tamanho máximo foi de 120 x 50mm (IC=6000mm<sup>2</sup>). Já a média calculada foi de 52.4 x 52.4mm (IC=2745.76mm<sup>2</sup>).

**Tabela 15** - Descrição do tamanho dos vários quistos dos casos MGF (n=69) e não MGF (n=17) que forneceram os dados suficientes para uma análise em termos de tamanho médio, mínimo e máximo

Tamanho	MGF (n=69 )	Não MGF (n=17)
Mínimo	-----	20 x 10mm
Máximo	-----	120 x 50mm
Médio de todos os casos	56.9 x 56.9mm	52.4 x 52.4mm

Em relação aos exames complementares de diagnóstico constatou-se que foram efetuados pedidos de análises laboratoriais em 15 dos casos de MGF e em 5 dos casos não MGF. Na sua totalidade, este exame complementar de diagnóstico foi requisitado em 20 doentes. Nos restantes casos, este assunto não foi abordado.

**Tabela 16** - Número de casos em que foram pedidas análises laboratoriais

Análises laboratoriais	MGF	Não MGF
Sim	15	5
Não	0	0
Não abordado	73	13
Total	88	18

Em relação aos exames complementares de diagnóstico, foi efetuado o requisito de Ressonância Magnética Nuclear (RMN) apenas nos caso não MGF, em 5 doentes. Nos casos MGF não foram encontradas informações sobre a requisição deste exame. No total, este exame complementar de diagnóstico foi solicitado em 5 casos.

**Tabela 17** - Número de casos em que foi requisitada a RMN

RMN	MGF	Não MGF
Sim	0	5
Não	0	0
Não abordado	88	13
Total	88	18

Em relação aos exames complementares de diagnóstico, foi realizado o pedido de Ecografia apenas nos caso não MGF, para um total de 12 doentes. Nos casos MGF não foram identificadas quaisquer informações acerca desta temática, pelo que se conclui que no total, este exame complementar de diagnóstico foi realizado em 12 doentes.

**Tabela 18** - Número de casos em que foi requisitada a Ecografia

Ecografia	MGF	Não MGF
Sim	0	12
Não	0	0
Não abordado	88	6
Total	88	18

Dos 88 casos de MGF, 20 das doentes foram anestesiadas para a realização da excisão do quisto, sendo que em 6 casos recorreu-se a anestesia geral e em 14 a apenas anestesia local. Já dos 18 casos não MGF, em apenas 3 doentes recorreu-se a anestesia geral. Nos restantes casos não houve qualquer informação sobre este assunto.

**Tabela 19** - Número de doentes anestesiadas para a excisão do quisto epidermoide

Anestesia	MGF	Não MGF
Geral	6	3
Local	14	0
Não	0	0
Não abordado	68	15
Total	88	18

Dos 88 casos MGF, em 67 casos há relato de excisão completa do quisto epidermoide. Já dos 18 casos MGF, também foi descrita a excisão completa do quisto em 8 casos. Nos restantes, não houve qualquer abordagem sobre esta questão.

**Tabela 20** - Número de casos com excisão completa do quisto epidermoide

Excisão completa do quisto	MGF	Não MGF
Sim	67	8
Não	0	0
Não abordado	21	10
Total	88	18

Durante a cirurgia para excisão do quisto foi efetuada a clitoridectomia total em 15 doentes de MGF, sendo apenas registado um caso em que não se recorreu a esse procedimento. Nos restantes casos MGF, os dados dos artigos não continham informação suficiente para responder a esta questão. Já nos casos não MGF, não existia registo de ter sido efetuada clitoridectomia total, sendo que em 13 artigos em que este tema foi abordado é dito que o procedimento não foi realizado.

**Tabela 21** - Número de doentes que sofreram clitoridectomia total no procedimento cirúrgico de excisão do quisto epidermoide do clitóris

Clitoridectomia total	MGF	Não MGF
Sim	15	0
Não	1	13
Não abordado	72	5
Total	88	18

É ainda de acrescentar que durante a cirurgia para excisão do quisto, para o total dos 106 casos de quisto epidermoide do clitóris, houve necessidade de se recorrer à algaliação em 24 doentes, 21 mulheres dos casos MGF e 3 mulheres dos casos não MGF.

**Tabela 22** - Número de doentes que foram algaliadas no procedimento cirúrgico de excisão do quisto epidermoide do clitóris

Algaliação	MGF	Não MGF
Sim	21	3
Não	0	5
Não abordado	67	10
Total	88	18

No conjunto dos 106 casos, o quisto foi removido de forma intacta em 26 procedimentos. Contudo, nos casos não MGF, registaram-se 5 casos em que não foi possível excisar o quisto intactamente.

**Tabela 23 - Número de quistos excisados de forma intacta**

Quisto removido de forma intacta	MGF	Não- MGF
Sím	23	3
Não	0	5
Não abordado	65	10
Total	88	18

No total dos 106 casos, foram apenas relatadas 3 complicações intra-operatórias nos casos não MGF, enquanto nos casos MGF não houve qualquer registo de complicações.

**Tabela 24 - Número de casos em que houve relato de complicações intra-operatórias**

Complicações intra-operatórias	MGF	Não MGF
Sím	0	3
Não	50	3
Não abordado	38	12
Total	88	18

No total dos 106 casos, 35 dos casos MGF e 3 não MGF tiveram um internamento inferior a 24 horas. Em pelo menos 31 outros casos, o internamento superou mais de 24 horas, mas não mais que 3 ou 4 dias.<sup>(18)</sup>

**Tabela 25 - Duração do internamento por número de casos**

Internamento	MGF	Não MGF
<24h	35	3
>24h	29	2
Não abordado	2	13
Total	88	18

No total dos 106 casos, 16 mulheres dos casos MGF declararam ter satisfação sexual no pós operatório, enquanto nos restantes 72 casos esta questão não foi abordada. Já nos casos não MGF, de entre as 13 mulheres sexualmente ativas neste grupo de artigos, 7 mulheres relataram sentir satisfação sexual.

**Tabela 26** - Número de casos com satisfação sexual depois do procedimento de excisão do quisto

Satisfação sexual em mulheres sexualmente activas)	MGF	Não MGF
Sím	16	7
Não	0	0
Não se aplica	0	5
Não abordado	72	6
Total	88	18

Por último, é ainda relevante acrescentar que no total dos 106 casos reportados nos artigos não se registaram relatos de recorrência do quisto epidermoide do clitóris.

## 6. Discussão

A clitoromegalia é rara<sup>(1)</sup> e pode ser congénita ou adquirida,<sup>(2)(3)</sup> sendo que a forma congénita é a mais comum, principalmente em estágios intersexuais.<sup>(1)(2)</sup> Uma revisão feita por Horejsí<sup>(2)</sup> revela que a forma adquirida é relativamente rara. A maior parte dos autores classifica a clitoromegalia adquirida em duas grandes categorias: causa hormonal e não-hormonal.<sup>(2)(1)(5)(12)(7)</sup>

Os quistos epidermóides representam os quistos cutâneos mais comuns. Podem surgir em qualquer parte do corpo, contudo ocorrem com maior frequência na face, couro cabeludo, pescoço e tronco.<sup>(9)</sup>

Esta implantação de fragmentos da epiderme no interior da derme pode ocorrer durante o desenvolvimento embrionário (congénita), ou pela sua indução traumática, acidental ou cirúrgica (adquirida).<sup>(6)</sup>

A pesquisa de evidência científica neste campo de estudo detetou somente 106 casos de mulheres com quisto epidermoide do clitóris, o que nos permite afirmar que se trata de uma causa de clitoromegalia bastante rara. Dos 106 casos encontrados no decorrer da pesquisa para a elaboração deste trabalho, 88 casos surgiram em contexto da mutilação genital feminina (MGF). Confirmando-se desta forma que o evento traumático mais comum que motiva a formação deste quisto no clitóris é a MGF.<sup>(7)</sup>

Os quistos epidermóides de aparecimento espontâneo, ou quistos epidermóides de causa não evidente, são ainda mais raros, contando-se apenas 18 casos de não MGF descritos na literatura consultada. Se contabilizado o caso aqui apresentado do CHCB, este número aumenta para 19.

Foram apresentados casos de quistos epidermóides no clitóris que se estendem num intervalo temporal entre os 15 meses de idade até aos 91 anos, o que leva a deduzir que este quisto pode surgir independentemente da faixa etária de que a paciente se encontra. Pela escassez de informação contida em alguns dos *case report* dos casos MGF, não foi possível calcular a média das idades deste conjunto de casos com o máximo rigor. Contudo, a média de idades dos casos não MGF foi de 21 anos.

Nos casos de MGF, a doente mais nova tinha 15 meses e a mais velha 91 anos, enquanto nos casos não MGF a mais nova tinha 20 meses e a mais velha 53 anos.

A faixa etária com maior número de casos é dos 12 aos 25 anos, tanto para os casos MGF como os casos não MGF, ou seja, são raparigas entre a idade da menarca, adolescentes e mulheres no início da vida adulta. Contudo, nos casos não MGF a faixa etária de doentes com menos de 12 anos representa a segunda maior fatia, ao invés dos casos MGF em que esta possui o menor número de casos, apesar da mutilação ser realizada logo no início da infância.

Na tentativa de indagar possíveis causas dos quistos epidermóides de aparecimento espontâneo, procurou-se saber se houve história prévia de trauma no períneo, toma de contraceptivos hormonais/medicação contendo estradiol e/ou história de *piercing* ou cirurgia na região genital. Em relação a esta última, não foi identificado nenhum caso com história de *piercing* ou cirurgia na região genital. Há um caso relatado em que existe história prévia de trauma do períneo numa criança de 9 anos num acidente de baloiço um ano antes da consulta. <sup>(7)</sup>

Apesar dos casos de quistos epidermóides do clitóris sem uma causa traumática aparente serem escassos na literatura, pensa-se que o estrogénio pode representar um papel na estimulação da epiderme implantada. <sup>(13)(7)</sup> Neste estudo, foram registadas 5 mulheres que afirmaram tomar contraceptivos hormonais/medicação contendo estradiol. Outros factores que indiciam alterações hormonais, tais como a “dismenorreia”, os “sinais de virilização” e as “gestações” foram tidos em conta na pesquisa, sobretudo nos 18 artigos de casos não MGF, de forma a perceber a influência hormonal no aparecimento do quisto. Em nenhum artigo há relato de dismenorreia ou sinais de virilização, porém na maior parte deles estas questões não são abordadas e, por isso, não podem ser retiradas conclusões. Já relativamente às gestações, há registo de 4 mulheres que estiveram grávidas. Uma destas mulheres encontrava-se grávida no momento da consulta. Hughes et al<sup>(13)</sup> descreveram que dois anos antes, essa mesma mulher ficou grávida do seu primeiro filho e, a partir das 20 semanas de gestação, notou um aumento gradual do clitóris. Dois meses após o parto, a paciente apresentou regressão espontânea do tamanho do clitóris para a sua linha de base pré-gestacional. No entanto, aos 5 meses pós-parto, o clitóris começou a crescer novamente e permaneceu aumentado até ao ano seguinte, altura em que ficou grávida pela segunda vez. Este foi o primeiro caso descrito de surgimento espontâneo de um quisto epidermoide no clitóris relacionado com gestações. Foi também o único caso descrito em que o quisto regrediu espontaneamente, ainda que por pouco tempo.

Em 5 casos não MGF o aparecimento do quisto foi detectado durante a puberdade, dos 12 aos 14 anos, o que poderá também fazer pensar na influência hormonal deste período como factor causal. No estudo dos casos não MGF, encontrou-se o relato de uma rapariga afro-americana de 17 anos<sup>(5)</sup> e outra rapariga caucasiana de 11 anos<sup>(4)</sup> em que o quisto foi detetado logo desde do nascimento, ou seja, serão estes dois casos de quistos epidermóides do clitóris de origem congénita. É possível que este número seja maior, pois em dois dos artigos refere-

se que o aparecimento do quisto foi “no início da infância”, não sendo perceptível o momento exato que os autores pretendiam definir. Os restantes artigos não abordaram este assunto.

Nos casos não MGF, foram identificados quistos que cresceram relativamente rápido, entre 1 a 3 meses, em contraste com outros que demoraram entre 6 a 12 meses. Tendo em conta que o tempo de crescimento é calculado em relação à data da entrevista, daqui pode concluir-se também que algumas mulheres só procuraram ajuda depois de 12 meses ou mais do início do crescimento do quisto.

Nos casos MGF, a maior parte dos artigos não responde à questão anterior. No entanto, o maior número de mulheres <sup>(20)</sup> notou o aumento do quisto gradualmente desde a MGF, seguindo-se de 15 casos em que o aumento do quisto só se deu a partir da puberdade. Albert Asante et al<sup>(17)</sup> reportou o aparecimento do quisto epidermoide no clitóris de uma mulher de 30 anos depois da MGF. Parece assim que os quistos que se originaram em consequência da MGF têm um ritmo de crescimento mais lento do que os quistos de causa desconhecida. Considerando-se as alterações hormonais que ocorrem durante a puberdade, pensa-se que esta pode ter servido de gatilho para o crescimento de alguns dos quistos com origem na MGF.

Os quistos epidermóides costumam ser indolores. Todavia, 4 mulheres relataram sentir dores na região do quisto, sobretudo nos casos de quisto de aparecimento espontâneo, 3 mulheres.

Tentou encontrar-se os motivos que levaram as doentes a procurar ajuda clínica, apesar de alguns artigos não abordarem este tema. As diferentes queixas encontradas ao longo dos *case reports* podem ser organizadas da seguinte forma: “receio de estigmatização pelo parceiro ou pelos pares”; “dispareunia (ou interferência com o sexo)”; “protuberância na região perineal”; “ansiedade ou medo de doença grave”; “interferência com o movimento” e “stress psicológico”. A protuberância na região perineal foi a queixa mais comum. Algumas mulheres afirmaram que o quisto lhe causava dispareunia ou interferência com o sexo. Cerca de 15 mulheres queixaram-se que o quisto interfere com o movimento, como por exemplo quando caminham. Em 11 ocasiões as doentes procuram o médico porque temiam que o quisto fosse algo de grave, como um tumor, tendo 4 doentes dos casos não MGF sentido “stress psicológico” como consequência deste medo. Foram ainda registados 3 casos onde as mulheres apresentaram sintomas urinários como, por exemplo, disúria.

Nos artigos que incluem informação acerca do exame objectivo, a formação nodular é descrita como sendo móvel, arredondada e de consistência não endurecida.

Apesar de não ter sido possível calcular o tamanho médio dos quistos nos casos MGF com o máximo de rigor, o tamanho médio dos quistos dos casos não MGF e MGF é semelhante. Por outro lado, os quistos epidermóides apresentam uma grande variabilidade de tamanhos,

podendo ter o tamanho mínimo de 20 x 10mm (figura 3) como até alcançarem um tamanho de 120 x 50mm (figura 4).



**Figura 3** - Visão macroscópica de um pequeno quisto epidermoide do clitórís, medindo 20x10mm (IC=200mm<sup>2</sup>). Este caso foi reportado por Schmidt et al e pertence a uma rapariga de 16 anos sem história de MGF. <sup>(8)</sup>

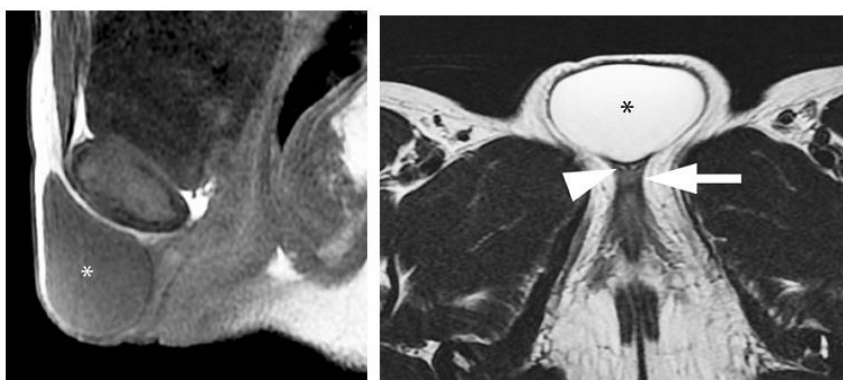


**Figura 4** - Visão macroscópica do quisto epidermoide do clitórís, medindo 120x50mm (IC=6000mm<sup>2</sup>). Este caso foi reportado por Linck et al e pertence a uma mulher de 28 anos sem história de MGF. <sup>(9)</sup>

Este último caso foi reportado por D. Link et al<sup>(9)</sup> em 2012, descreve uma rapariga de 28 anos, que foi referenciada pela presença de um “pénis” desde os 12 anos e que foi aumentando ao longo da puberdade. Quando se está perante uma lesão deste tipo, devem ser considerados os seguintes diagnósticos diferenciais: hermafroditismo verdadeiro; hiperplasia da supra-renal; neoplasias da supra-renal, do ovário e do clitórís; síndrome do ovário poliquístico; e exposição a androgénios exógenos. Podem ainda incluir-se: síndrome ou doença de *Chushing*; neurofibromatose; abscessos; fístulas; hemangioma cavernoso; divertículos; *nevus* lipomatosos superficiais cutâneos; síndrome *Beckwith-Wiedemann*, entre outras etiologias. <sup>(1)(6)(7)</sup> E, em casos de gravidez, a deficiência da aromatase placentária, luteoma e *hyperreactio luteinalis*.<sup>(13)</sup>

Para excluir os diagnósticos anteriores, D. Link et al requisitaram alguns exames complementares como a testosterona livre, o sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S), 17-hidroxiprogesterona, testosterona total, androstenediona, desoxicorticosterona, 11-desoxicortisol, análise cromossômica (46, XX), um pielograma intravenoso e uma ecografia pélvica, tudo com resultados normais. A paciente foi por conseguinte eleita para remoção de uma massa quística, que depois de analisada pela anatomia patológica, revelou que se tratava de um quisto epidermoide.<sup>(9)</sup>

Tal como no caso de Link et al<sup>(9)</sup>, noutros casos também foram requisitados exames complementares de diagnóstico. Há registo de pedido de análises laboratoriais com avaliação dos valores hormonais num total de 5 casos não MGF. A alguns deles foi ainda adicionada a ACTH, cortisol, T4 livre e TSH nessas análises hormonais.<sup>(13)(11)</sup> Foi ainda requisitado, em pelo menos 5 casos, uma RMN pélvica. A ecografia foi utilizada em 12 casos. Em todas as situações os resultados dos meios complementares de diagnóstico apresentaram-se normais, à exceção do aparecimento de uma formação quística no caso da RMN pélvica e ecografia, tal como representado nas figuras abaixo.



**Figura 5** - Na imagem esquerda, corte medial-sagital de Ressonância Magnética pélvica em T1, demonstrando um quisto com conteúdo hipointenso (asterisco) na região do clitóris de uma rapariga de 11 anos sem antecedentes de MGF. Na imagem direita, uma outra RMN pélvica em T2, num corte transversal demonstrando um quisto com conteúdo hiperintenso (asterisco).<sup>(4)</sup>



**Figura 6** - Imagem ecográfica que mostra uma massa quística do clitóris, de 27.2 x 10 mm, numa menina de 5 anos sem antecedentes MGF<sup>(10)</sup>

À semelhança do referido por E. H. Al-Ojaimi et al<sup>(3)</sup> e Aggarwal et al<sup>(20)</sup>, acredita-se que uma história e um exame físico cuidadosos devem ser suficientes para excluir outros diagnósticos diferenciais da clitoromegalia e assim prevenir investigação desnecessária, poupar recursos e evitar atrasos na operação.

Nos casos MGF não houve registo de pedidos de exames complementares. Nestes casos, os diagnósticos diferenciais ficam mais restringidos ao ter-se conhecimento da mutilação genital.

Para o tratamento do quisto, é programada uma cirurgia. Alguns autores descrevem o recurso à anestesia geral ou local durante a cirurgia.

É patente alguma controvérsia sobre a melhor técnica cirúrgica para a excisão do quisto. A abordagem mais antiga no tratamento de uma clitoromegalia consistia na completa clitoridectomia. No entanto, isto resulta em perda sensorial significativa. <sup>(5)(3)</sup> Todavia, alguns autores preferem esta opção cirúrgica. Consideram que a preservação do tecido ventral do clitóris é suficiente para permitir alcançar o orgasmo e a satisfação sexual e assim evitar o risco de recorrências do quisto. <sup>(22)</sup> Num total de 16 mulheres, pelo menos em 2 situações recorreu-se à clitoridectomia total para tratar o quisto epidermoide. <sup>(22)(3)</sup>

A clitoroplastia com preservação do clitóris e dos seus feixes neurovasculares, foi uma técnica primeiramente lançada por Graves et al e, recentemente, Sayer et al descreveu uma outra técnica que consiste em introduzir um cateter de *Foley* e remover apenas o excesso de tecido em redor do prepúcio do clitóris. <sup>(5)</sup>

Na maioria dos artigos dos casos não MGF e num dos casos MGF, os autores não realizaram a clitoridectomia total.

A excisão de pequenos quistos do clitóris é um procedimento cirúrgico relativamente simples, mas a excisão de um quisto maior pode ser um desafio devido ao risco de lesão dos lábios menores e da uretra que formam parte da parede ventral. Portanto, neste último caso, o quisto deve ser levantado e a incisão feita distalmente de modo a separar as estruturas importantes ligadas à parte proximal ventral do quisto. <sup>(3)(22)</sup>

Nos casos MGF não houve relato de complicações operatórias. Já quanto aos casos não MGF, foram encontradas 3 ocorrências. Çelik et al observou um hematoma mínimo na sua paciente que foi facilmente tratado com o uso de antibióticos.<sup>(7)</sup> Hughes et al afirma que a lesão encontrada era tão larga que se estendia até ao topo da parede anterior da bexiga, o que implicou a realização de um cistograma e uma cistouretroscopia intraoperatória, mas que não mostrou alterações.<sup>(13)</sup> M. Paulus et al, conta que, durante a dissecação, o quisto foi acidentalmente perfurado e que exteriorizou material sebáceo esbranquiçado. <sup>(1)</sup> Outros autores também mencionaram que durante a dissecação do quisto ocorreu saída de fluido

sebáceo, ou seja, que o quisto não foi removido de forma intacta, não o descrevendo como sendo uma complicação.<sup>(11)(9)(21)(1)(23)</sup>

Depois da cirurgia, as peças foram analisadas histopatologicamente e demonstraram um quisto revestido por um epitélio escamoso estratificado contendo material de queratina em degeneração (e/ou material sebáceo), unilocular, confirmando o diagnóstico de quisto epidermoide.

Pelo menos 23 mulheres sexualmente ativas, relataram que sentiram satisfação sexual depois da intervenção cirúrgica.<sup>(3)(22)(17)(11)(19)(21)(1)(24)(13)</sup> Mesmo os autores que realizaram clitoridectomia total a 15 mulheres, mostraram excelente satisfação sexual das suas doentes.<sup>(22)(3)</sup>

Em todos os artigos, independentemente da técnica cirúrgica utilizada, não houve registos de recorrência do quisto, o que, por um lado, demonstra a benignidade da lesão e, por outro, que a preservação do clitóris não implica necessariamente maior risco de recidiva.

O caso ocorrido no CHCB foi muito semelhante aos casos não MGF aqui analisados. Tratou-se de uma mulher de 29 anos, ou seja, com uma idade ligeiramente superior à média dos *case reports*, com uma formação nodular de textura suave no clitóris, com 50x30mm (IC=1500mm<sup>2</sup>), características estas que foram semelhantes aos quistos epidermóides desta revisão. O único evento traumático que poderia estar relacionado com a origem do quisto, foi o parto vaginal ocorrido 4 meses antes da consulta. À semelhança dos casos descritos na literatura, também nesta doente o receio de doença grave, como por exemplo a presença de um tumor, e a dor foram motivos de procura do médico.

Depois de fazer antibioterapia oral, a lesão do clitóris tornou-se indolor, mas não regrediu. Esta situação assemelha-se ao caso já descrito anteriormente, em que uma mulher com uma gestação recente apresentou um quisto epidermoide no clitóris. Pela escassez da informação disponibilizada não foi possível afirmar que a presença do quisto esteve relacionada com a gestação, contudo em ambos os casos verificou-se a presença do quisto entre 4 a 5 meses após a gestação. No caso descrito na literatura verificou-se uma regressão temporária do quisto, enquanto neste caso não houve qualquer regressão no seu tamanho, nem mesmo após antibioterapia.

Tal como Al-Ojaimi et al<sup>(3)</sup> e Aggarwal et al<sup>(20)</sup>, considerámos que uma história e exame físico seria suficiente para excluir outros diagnósticos da clitoromegalia e ponderar a hipótese de quisto do clitóris, evitando-se assim pedir exames complementares que atrasariam a operação. Como em muitos casos nesta revisão, procedeu-se então a uma clitoroplastia com preservação dos feixes neurovasculares<sup>(5)</sup> para excisão do quisto, sem complicações

operatórias. A peça foi enviada para a anatomia patológica, que confirmou a presença de um típico quisto epidermoide do clitóris.

Assim como foi descrito noutros artigos<sup>(3)(22)(17)(11)(19)(21)(1)(24)(13)</sup>, também neste caso a doente mostrou boa satisfação sexual dois meses depois da cirurgia, não tendo sido registada qualquer recorrência.

## 7. Conclusão

O quisto epidermoide do clitóris é uma das causas de clitoromegalia, ainda que muito rara.<sup>(5)(1)</sup> Este resulta de uma implantação de fragmentos da epiderme no interior da derme de causa congénita ou adquirida.<sup>(6)</sup>

Nesta revisão, apenas se contabilizaram 106 casos de quisto epidermoide do clitóris, o que nos permite confirmar a afirmação supracitada.

Dos 106 casos estudados nesta revisão, cerca de 83% apresentavam história de MGF. Tendo em conta que se calcula que existam mais de 125 milhões de pessoas vítimas de MGF em todo o mundo,<sup>(16)</sup> é provável que a prevalência de quistos epidermóides do clitóris seja bem maior que o número de casos estudados aqui.

Nesta revisão, a faixa etária com maior percentagem de mulheres que procuram ajuda clínica encontrava-se entre os 12 e os 25 anos de idade, sendo que o quisto pode surgir em qualquer idade.

Nos quistos epidermóides de aparecimento espontâneo, ou de causa desconhecida, é importante procurar história de trauma do períneo prévia, toma de contraceptivos hormonais/medicação contendo estradiol e história de *piercing* ou cirurgia na região genital. Neste estudo, houve registo de 5 mulheres que afirmaram tomar contraceptivos hormonais/medicação contendo estradiol. É importante também questionar outros factores que indiciem alterações hormonais, tais como a dismenorreia, sinais de virilização e gestações presentes ou passadas. Pensa-se que o estrogénio pode representar um papel na estimulação da epiderme implantada <sup>(13)(7)</sup> e, assim, explicar em parte estes quistos epidermóides espontâneos.

Dois casos, uma rapariga de 17 anos <sup>(5)</sup> e outra de 11 anos <sup>(4)</sup>, possuem o quisto desde o nascimento, o que nos pode remeter para uma etiologia congénita do quisto.

As diferentes queixas encontradas ao longo desta revisão que motivaram as doentes a procurar ajuda clínica podem-se organizar da seguinte forma: “receio de estigmatização pelo parceiro ou pelos pares”; “dispareunia (ou interferência com o sexo)”; “protuberância na região perineal”; “ansiedade ou medo de doença grave”; “interferência com o movimento” e “stress psicológico”. É de salientar que em 11 casos as doentes procuram o médico porque temiam que o quisto fosse algo de grave, como um tumor.

Clinicamente, este quisto cursa habitualmente sem dor e pode estar associado a dispareunia e raramente a distúrbios de micção como a disúria.

Nos artigos que abordam o exame objetivo, os autores descrevem a formação nodular como sendo móvel, arredondada e de consistência não endurecida. Podem apresentar uma grande variabilidade de diâmetros, tendo-se registado o tamanho mínimo de 20x10 mm e o tamanho máximo de 120x50 mm, ou seja, índices clitoriais entre 200 mm<sup>2</sup> e 6000 mm<sup>2</sup>.

Parece que os quistos que se originaram em consequência da MGF têm um ritmo de crescimento mais lento do que os quistos de causa desconhecida.

Os diagnósticos diferenciais a excluir podem ser o hermafroditismo verdadeiro; hiperplasia da supra-renal; neoplasias da supra-renal, do ovário e do clitóris; síndrome do ovário poliquístico; exposição a androgénios exógenos, síndrome ou doença de *Chushing*; deficiência da aromatase placentária, luteoma e *hyperreactio luteinalis* em casos de gravidez. <sup>(9)(13)</sup> Pode-se ainda considerar a neurofibromatose; os abscessos; as fístulas; o hemangioma cavernoso; os divertículos; os *nevus* lipomatosos superficiais cutâneos; síndrome *Beckwith-Wiedemann*, entre outras etiologias. <sup>(1)(6)(7)</sup>

Para excluir os diagnósticos anteriores, alguns autores requisitaram exames complementares que incluíam análises laboratoriais como a análise cromossómica; o doseamento da testosterona livre e total, do sulfato de dehidroepiandrosterona, da 17-hidroxiprogesterona, da androstenediona, da desoxicorticosterona, do 11-desoxicortisol, da ACTH, do cortisol, do T4 livre e TSH; <sup>(13)(11)(9)</sup> o pielograma intravenoso, a ecografia e a ressonância magnética pélvica.

Contudo, partilhamos da mesma opinião de Al-Ojaimi et al<sup>(3)</sup> e Aggarwal et al<sup>(20)</sup>, consideramos que uma história e um exame físico cuidadosos devem ser suficientes para excluir outros diagnósticos diferenciais da clitoromegalia e assim prevenir investigação desnecessária, poupar recursos e evitar atrasos no tratamento do doente.

Para o tratamento do quisto, é programada uma cirurgia. Existe alguma controvérsia sobre a melhor técnica cirúrgica para a excisão do quisto. A abordagem mais antiga para o tratamento da clitoromegalia consiste na completa clitoridectomia.<sup>(5)</sup> No entanto, isto resulta em perda sensorial significativa. <sup>(5)(3)</sup> Todavia, alguns autores preferem esta opção cirúrgica para evitar o risco de recorrências. <sup>(22)</sup>

A clitoroplastia com preservação do clitóris e dos seus feixes neurovasculares <sup>(5)</sup> foi utilizada na maioria dos casos não MGF e em pelo menos um dos casos MGF.

Em todos os artigos, independentemente da técnica cirúrgica utilizada, não houve registros de recorrência do quisto, o que, por um lado, demonstra a benignidade da lesão e, por outro, que a preservação do clitóris não implica necessariamente maior risco de recidiva.

Foram registadas apenas 2 simples complicações operatórias.<sup>(7) (13)</sup> Outro evento indesejado, descrito por alguns autores, foi a exteriorização de fluído sebáceo,<sup>(11)(9)(21)(1) (23)</sup> ou seja, a não excisão do quisto de forma intacta.

Depois da cirurgia as peças são analisadas histopatologicamente e é confirmado o diagnóstico de quisto epidermoide.

Pelo menos 23 mulheres sexualmente ativas, relataram que sentiram satisfação sexual depois da intervenção cirúrgica.<sup>(3)(22)(17)(11)(19)(21)(1)(24)(13)</sup> Mesmo os autores que realizaram clitoridectomia total a 15 mulheres, mostraram excelente satisfação sexual das suas doentes.

## 8. Limitações do Estudo

Um dos principais obstáculos encontrados durante a realização deste estudo foi a falta de dados inerentes à maior parte dos artigos que reportaram o quisto epidermoide. De forma a contornar este hiato de informação, recorremos à expressão “não abordado” para agrupar os casos em que os artigos não tinham qualquer informação relativa a determinada questão, ou porque não foi investigada pelo médico ou porque foi negada pelo doente.

Outra dificuldade encontrada prendeu-se com a lacuna de informação relativa às idades das mulheres em estudo, já que na maioria dos casos MGF foi disponibilizada a média das idades das pacientes e não a idade de cada uma individualmente. Este facto impossibilitou o cálculo rigoroso da média de idades deste grupo. A mesma dificuldade foi encontrada quando se tentou calcular a média de tamanho do quisto. Consequentemente, não foi possível obter resultados rigorosos, sendo os apresentados apenas uma aproximação à realidade.

É assim de salientar a importância da realização de uma história clínica como prática rotineira de um médico, de forma, não só a salvaguardar o melhor tratamento do doente, mas também para permitir eventuais investigações que se possam realizar em todas as patologias. Deve-se registar na história clínica o máximo de informação possível, incluindo até mesmo questões interrogadas que tenham sido negadas.

## 9. Perspetivas Futuras

Esta foi a primeira revisão da literatura que tentou agrupar todos os casos de quisto epidermoide do clitóris reportados na literatura e perceber a sua importância epidemiológica.

Com esta revisão da literatura pretende-se produzir mais evidência científica nesta área, que possa ser utilizada futuramente como fonte de comparação com casos prévios quando detectados novos casos de quistos epidermoides do clitóris. É espectável que este trabalho venha a facilitar o seu diagnóstico e a fornecer um padrão de procedimentos terapêuticos.

Por outro lado, espera-se que próximos casos sejam reportados com mais informação clínica, procurando responder aos parâmetros mais relevantes discutidos neste estudo e que outras informações pertinentes sejam facultadas de modo a caracterizar esta patologia o melhor possível.

## Bibliografia

1. Paulus YM, Wong AE, Chen B, Jacobson MT. Preputial epidermoid cyst: an atypical case of acquired pseudoclitoromegaly. *J Low Genit Tract Dis.* 2010;14(4):382-6.
2. Horejsí J. Acquired clitoral enlargement. Diagnosis and treatment. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 1997 Jun 17 [cited 2015 Oct 5];816:369-72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9238289>
3. Al-ojaimi EH. Giant Epidermoid Inclusion Cyst of the Clitoris Mimicking Clitoromegaly. 2013;17(1):58-60.
4. Beurdeley M, Cellier C, Lemoine F, Dacher JN, Vivier PH. Imaging of a primitive clitoral epidermoid cyst. *Pediatr Radiol.* 2012;42(6):764-7.
5. Anderson-Mueller BE, Laudenschlager MD, Hansen K a. Epidermoid Cyst of the Clitoris: An Unusual Cause of Clitoromegaly in a Patient without History of Previous Female Circumcision. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology; 2009;22(5):e130-2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2008.10.006>
6. F. Guerra Rodrigo... [et al.]. *Dermatologia*. In: Gulbenkian FC, editor. *Dermatologia : ficheiro clínico e terapêutico*. 1st ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2010. p. 847-8.
7. Çelik N, Yalçın Ş, Güçer Ş, Karnak I. Clitoral epidermoid cyst secondary to blunt trauma in a 9-year-old child. *Turk J Pediatr.* 2011;53(1):108-10.
8. Schmidt A, Lang U, Kiess W. Epidermal cyst of the clitoris: A rare cause of clitorimegaly. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1999;87(2):163-5.
9. Linck D, Hayes MF. Clitoral cyst as a cause of ambiguous genitalia. *Obstet Gynecol.* 2002;99(5 SUPPL. 1):963-6.
10. Schober MS, Hendrickson BW, Alpert S a. Spontaneous Clitoral Hood Epidermal Inclusion Cyst Mimicking Clitoromegaly in a Pediatric Patient. *Urology* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014;84(1):206-8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429514002623>

11. Guelinckx PJ, Sinsel NK. An unusual case of clitoral enlargement : Its differential diagnosis and surgical management. *Acta Chirurgica Belgica*. 2002. p. 192-5.
12. Saha M. Epidermoid Cyst of the Clitoris : A Rare Cause of Clitoromegaly. 2013;4(3):3-4.
13. Hughes ingJ W, Guess MK, Hittelman A, Yip S, Astle J, Pal L, et al. Clitoral Epidermoid Cyst Presenting as Pseudoclitoromegaly of Pregnancy. 2013;1(212).
14. Linda J Fromm, MA, MD F. Epidermal Inclusion Cyst: Background, Pathophysiology, Epidemiology [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 17]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1061582-overview>
15. Stevens, Alan; S.Lowe, James; Young B. Wheater's Basic Histopathology: A Color Atlas and Text (Wheater's Histology and Pathology). In: Wheater's Basic Histopathology: A Color Atlas and Text (Wheater's Histology and Pathology). 4o Ed. 2002. p. 251.
16. WHO | Female genital mutilation. World Health Organization; [cited 2015 Sep 17]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
17. Asante A, Omurtag K, Roberts C. Epidermal inclusion cyst of the clitoris 30 years after female genital mutilation. *Fertil Steril* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010;94(3):1097.e1-1097.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.02.007>
18. Rouzi A a. Epidermal clitoral inclusion cysts: Not a rare complication of female genital mutilation. *Hum Reprod*. 2010;25(7):1672-4.
19. Lambert B. Epidermoid cyst of the clitoris: a case report. *J Low Genit Tract Dis*. 2011;15(2):161-2.
20. Aggarwal SK, Manchanda V, Pant N. Epidermoid cyst of clitoris mimicking clitoromegaly. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2010;15(1):23-4.
21. Ghanimeh J, Bou Saba C, Attieh E, Abboud B. Surgical site fasciitis after tension free vaginal tape. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;140(2):286-7.
22. Osifo OD. Post Genital Mutilation Giant Clitoral Epidermoid Inclusion Cyst in Benin City, Nigeria. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. Elsevier Inc; 2010;23(6):336-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2010.02.006>
23. Masson V, Fiquet François C, Rausky J, Mazouz Dorval S, Revol M. Clitoridomégalie dans le cadre un kyste épidermoïde géant : à propos d'un cas. *Ann Chir Plast Esthétique* [Internet].

Elsevier Masson SAS; 2014;59(2):140-3. Available from:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0294126013001180>

24. Johnson LT, Lara-Torre E, Murchison A, Garcia EM. Large Epidermal Cyst of the Clitoris: A Novel Diagnostic Approach to Assist in Surgical Removal. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;26(2):e33-5. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2012.11.005>

25. Rouzi A a., Sindi O, Radhan B, Ba&apos;aqeel H. Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(3):569-71.

26. Sharma B, Oligbo N. Delayed vaginal erosion of the tape--a rare complication with TVT. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24(1):96-8.

27. Pehlivan M, Özbay PÖ, Temur M, Yılmaz Ö, Gümüş Z, Güzel A. Epidermal cyst in an unusual site: A case report. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2015;8:114-6. Available from:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2210261215000024>

28. Johnson LT, Lara-Torre E, Murchison A, Garcia EM. Large Epidermal Cyst of the Clitoris: A Novel Diagnostic Approach to Assist in Surgical Removal. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;26(2):e33-5. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2012.11.005>