



Quiste epidermoide de la cavidad bucal. Descripción de dos casos

Lilly Esquivel-Pedraza,* Laura Fernández-Cuevas,** Marcela Saeb-Lima,*** Oscar Figueroa Román,**** Rodolfo Fernández-Cuevas*****

- * Especialista en patología bucal adscrita al Departamento de Dermatología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F.
- ** Especialista en patología bucal. Profesora de la Facultad de Odontología. Universidad Intercontinental y Universidad Latinoamericana, México, D.F.
- *** Dermatopatóloga adscrita al Departamento de Patología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F.
- **** Cirujano dentista adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General "Jorge Soberón Acevedo". Iguala, Gro.
- ***** Cirujano Maxilofacial adscrito al Servicio de Estomatología de la Clínica Hospital de Medicina Familiar No. 4 y al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General "Jorge Soberón Acevedo". Iguala, Gro.

Recibido para publicación: 03-03-05

Resumen

Los quistes epidermoides son lesiones dermatológicas comunes pero poco frecuentes en la boca. En este artículo se presentan dos casos excepcionales de quistes epidermoides localizados intrabucalmente, en el que se discuten sus características clínicas e histopatológicas, su comportamiento y su manejo. Debido a lo inusual de estos casos, se enfatiza sobre la necesidad de informar su presencia en la cavidad bucal para su análisis y profundización en el estudio de estas alteraciones.

Palabras clave: Quiste, epidermoide.

Abstract

Epidermoid cysts are frequent lesions of the skin, but uncommon in the mouth. In this report, we describe two exceptional epidermoid cysts located in oral cavity, focusing on clinical and histological features, behaviour and treatment. We underline the importance of reporting epidermoid cysts oral, in order to study and analyze the characteristics of such cysts.

Key words: Cyst, epidermoid.

Introducción

El quiste epidermoide (QE), también denominado en piel como quiste epitelial epidérmico, quiste de queratina o erróneamente llamado sebáceo, es un quiste con contenido de queratina, revestido por una pared de epidermis sin contener anexos cutáneos.¹ El QE se forma como resultado de la proliferación de células epiteliales superficiales dentro de la dermis, ante la producción de queratina en un espacio circunscrito.

Los quistes de origen no odontogénico con contenido de queratina intraluminal son poco frecuentes en la boca; alrededor del 7% de los casos ocurren en cabeza y cuello y sólo 0.01-1.6%^{2,3} llegan a afectar la cavidad bucal.^{2,4,5} La mayoría de estos casos corresponden a quistes dermoides que se localizan usualmente en la línea media, involucrando en un 25% de ellos el piso de la boca (dermoide sublingual) y en raras ocasiones la lengua, labios, maxila y mandíbula. Aquellos que corresponden al tipo epidermoide sólo se han descrito de

manera aislada en la literatura, por lo que el presente artículo adiciona la descripción de dos casos de QE y discute sobre las características de los mismos en la cavidad bucal.

Caso 1

Paciente femenina de 67 años de edad, originaria del estado de Guerrero, que acude a la consulta de cirugía maxilofacial del Hospital Jorge Soberón Acevedo, de los servicios estatales de Salud, en Iguala, Guerrero en octubre del 2003, por presentar un aumento de volumen de aproximadamente 10 cm de diámetro, (*Figura 1a*) con implantación sésil, consistencia firme, de superficie lisa y color semejante al tejido adyacente, localizado en el piso de la boca, desplazando los dos tercios anteriores de la lengua hacia la orofaringe, de 35 años de evolución y crecimiento lento, no doloroso, incrementándose en las últimas tres semanas la dificultad a la deglución y a la fonación. La paciente no presentaba piezas dentarias, adenopatías ni síntomas constitucionales. Los datos obtenidos a partir de la historia clínica fueron irrelevantes para el padecimiento. Los análisis clínicos de gabinete mostraron cifras dentro de los parámetros normales.

Con el diagnóstico clínico presuntivo de quiste dermoide, se procedió a intervenir quirúrgicamente con anestesia general, requiriendo intubación naso-traqueal. Previa infiltración perilesional de lidocaína al 2% con epinefrina, con fines hemostáticos, se realizó incisión en el lóbulo frontal del tumor de izquierda a derecha, disecan-

do la lesión hasta lograr su completa enucleación (*Figuras 1b-1d*). Se realizó lavado del lecho quirúrgico con solución salina y se suturó con vicryl 3-0, (*Figuras 1e y 1f*) sin presentarse accidentes o complicaciones, durante o después del procedimiento quirúrgico.

En el estudio histopatológico se identificó una cavidad quística delimitada por tejido fibroconectivo (*Figura 2a*), revestida de epitelio escamoso estratificado ortoqueratinizado con queratina intracavitaria, con pigmento melánico localizado en el estrato basal y espinoso (*Figura 2a*) sin evidencia de displasia epitelial ni presencia de anexos cutáneos, estableciéndose el diagnóstico definitivo de quiste epidermoide.

Posterior a la cirugía, la evolución de la paciente fue satisfactoria, restableciéndose las funciones bucales, dándose de alta del Servicio en noviembre del 2003.

Caso 2

Paciente femenino de 25 años de edad, con antecedentes heredo-familiares, personales patológicos y no patológicos irrelevantes para su padecimiento, acude a la consulta de cirugía maxilofacial, de la clínica de medicina familiar No. 4 del IMSS en la Ciudad de Iguala Guerrero en agosto del 2003, por presentar tumoración localizada simétricamente en el piso anterior de la boca (*Figura 3a*), de 8 centímetros de diámetro, con base sésil, superficie lisa, sin cambio en la coloración de la mucosa, de consistencia semifirme, depresible y móvil a la palpación, con desplazamiento lingual que produce dificultad para la masticación, la fonación y disfagia, sin afectar las estruc-

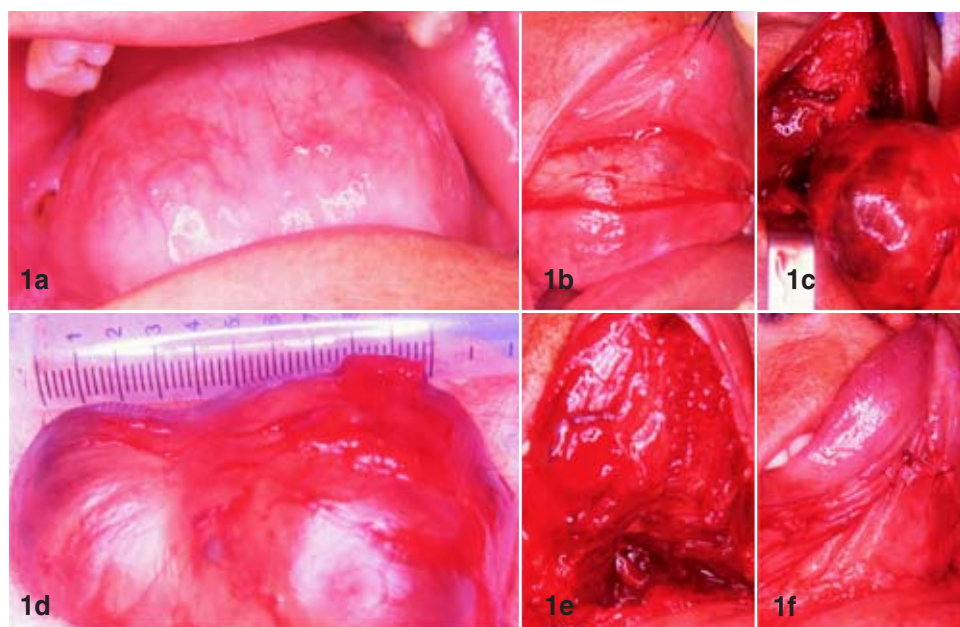


Figura 1. (a) Aspecto clínico inicial del quiste epidermoide en el caso 1. Extirpación quirúrgica de la lesión: incisión (b), disección (c), pieza quirúrgica (d), lecho quirúrgico (e) y sutura (f).

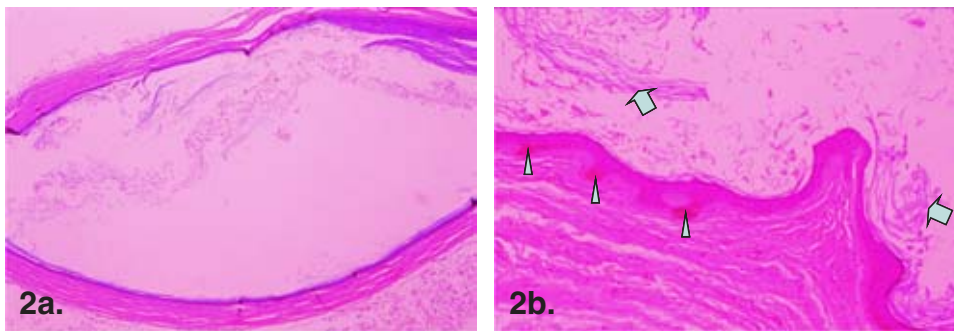


Figura 2. (a) Aspecto histológico (4x) de la cavidad quística del paciente 1. (b) Microfotografía de acercamiento (10x) del quiste epidermoide. Las puntas de flecha señalan la zona del pigmento en el epitelio y las flechas marcan la presencia de queratina intracavitaria.

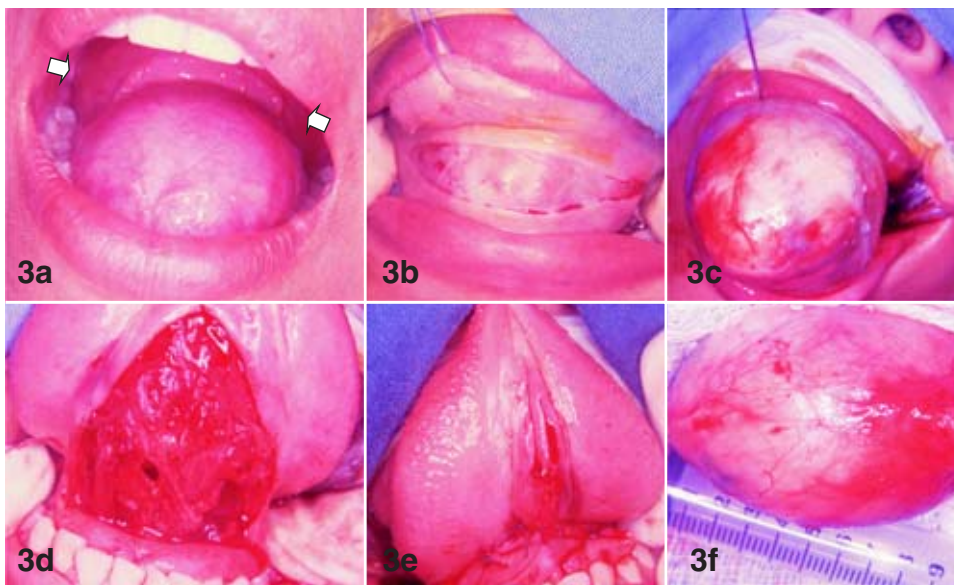


Figura 3. (a) Aspecto clínico inicial de la paciente del caso 2, las flechas señalan la posición de la lengua ante el desplazamiento ocasionado por el quiste. Procedimiento quirúrgico: incisión (b), disección y remoción completa del espécimen (c), lecho quirúrgico (d), sutura del piso de la boca (e) e ilustración de la pieza quirúrgica (f).

turas dentarias y óseas adyacentes, la salivación, ni la apertura o cierre bucal, con crecimiento paulatino de 3 meses de evolución. No se detectaron adenopatías loco-regionales ni se presentaron síntomas constitucionales. Al interrogatorio dirigido, la paciente refirió ausencia de trauma en la zona de la lesión, con manejo previo consistente en antibióticos y antiinflamatorios, no especificados. Los valores de laboratorio de rutina se encontraron dentro de los límites normales.

Con el diagnóstico clínico presuntivo de quiste dermoide, la paciente se intervino quirúrgicamente en el mismo mes. Con anestesia general e intubación oro-traqueal, se procedió a infiltración perilesional de lidocaína al 2% y epinefrina. Se realizó incisión en lóbulo anterior del tumor, con disección y extirpación de la masa tumoral empleando tijera Metzenbaum (*Figuras 3b-3f*). Durante la intervención quirúrgica no se observaron accidentes ni complicaciones. La evolución posoperatoria fue satisfactoria. El estudio histopatológico estableció el diag-

nóstico de QE (*Figura 4*), con características similares a las descritas para el caso 1. A los once meses de seguimiento, la paciente no mostró alteraciones bucales.

Discusión

Si bien la etiología de los quistes epidermoides (QEs) es esencialmente desconocida, se considera que pueden ser congénitos o adquiridos. Se ha descrito que el QE de tipo congénito se origina en cualquier punto de desarrollo del cuerpo, donde el tejido ectodérmico queda atrapado en la línea de fusión de los procesos embrionarios. En la piel puede desarrollarse por la oclusión de los folículos pilosebáceos a partir de la implantación de células epidérmicas en la dermis y se cree que el revestimiento epitelial del quiste se deriva a partir del infundíbulo folicular. En el QE adquirido, postraumático o por implantación, se sugiere que sea el resultado de algún trauma previo en el que toman su lugar las células epiteliales durante la cic-

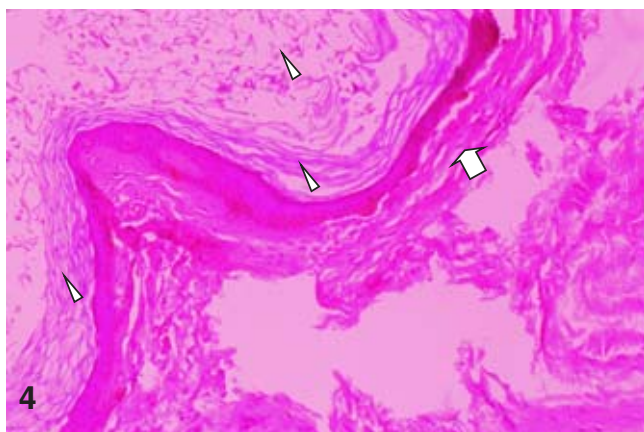


Figura 4. Microfotografía (20x) mostrando el aspecto histológico característico del quiste epidermoide en el caso 2. Nótese el tejido fibroso perilesional (flecha), la estratificación del epitelio y la queratinización laminar dentro de la cavidad (puntas de flecha).

trización y se comportan como un injerto cutáneo, multiplicándose o produciendo una masa de queratina con crecimiento lento por expansión.^{6,7} Los QEs en regiones no foliculares tales como los de palmas y plantas, se forman probablemente como resultado de la implantación traumática de la epidermis hacia la dermis o región subcutánea. En boca, la teoría más difundida es que el epitelio es atrapado en las líneas de unión de los procesos embrionarios o de tejido epitelial implantado traumáticamente en útero.⁸ Sin embargo, la percepción tradicional de la fusión de los procesos con el rompimiento del epitelio intervenido se ha modificado en años más recientes.¹ Se ha planteado que el QE en el piso de la boca crece de blastómeros totipotenciales atrapados durante los cierres de los arcos mandibulares y branquiales del hioides.⁹ Sin embargo, ninguna de las teorías tradicionales explican la presencia de QE en otras localizaciones, como la mucosa yugal.⁴ En nuestros casos, ninguno de ellos refirió historia de traumatismo previo a la manifestación de las lesiones; no obstante, debe considerarse que la cavidad bucal está sometida constantemente a fuerzas intensas de la masticación, por lo que no debe descartarse categóricamente que estas fricciones sobre la mucosa, pudieran ser un factor agresivo que induzca al desarrollo de estos quistes.

Los QEs se presentan como un tumor firme, esférico con desplazamiento libre sobre las estructuras adyacentes, de crecimiento lento y usualmente asintomáticos. Los QEs que se localizan superficialmente pueden aparecer de color amarillo o blanquecino y son comunes en la piel de la cara, cuello, tronco y parte alta de la espalda, donde las glándulas sebáceas son más numerosas y activas. Son poco frecuentes en niños pero comunes en adul-

tos, afectándose ambos sexos por igual. El QE se presenta como lesión única; sin embargo, en aquellos pacientes con síndrome de Gardner y del nevo basocelular, pueden ser múltiples.

Los quistes secundarios a implantación traumática suelen presentarse en las palmas, plantas o glúteos y generalmente se encuentran por debajo de la cicatriz. En cavidad bucal, la mayoría de los QEs descritos han afectado el piso de la boca,¹⁰⁻¹² al igual que en nuestros casos, mostrando una imagen clínica similar.

Histológicamente, en los QEs de reciente aparición pueden identificarse numerosas capas de células escamosas y gránulos de queratohialina en el estrato granuloso.¹³ En los de mayor tiempo de evolución, el revestimiento epitelial con frecuencia muestra áreas de atrofia que pueden consistir en uno o dos estratos celulares. El contenido del quiste es un material córneo dispuesto en capas laminares. En los pacientes de raza negra, frecuentemente se observan melanocitos y pigmentación melánica en el epitelio de los QEs cutáneos; sin embargo, este hallazgo es poco común entre los caucásicos. Los reportes de QEs intrabucuales, incluyendo las descripciones en sujetos mexicanos,¹⁴ no mencionan este dato; no obstante, en nuestros pacientes de origen mestizo, la presencia del pigmento fue observada en ambos casos.

Clínicamente el QE semeja al quiste dermoide y a los quistes teratoides. Histológicamente los QE se distinguen de los dermoides por la ausencia de anexos cutáneos y de los teratoides por contener estos últimos elementos cutáneos y derivados mesodérmicos. En cabeza y cuello puede dificultarse el diferenciar al QE en la práctica clínica de cuerpos extraños implantados, infecciones del piso de la boca o lesiones benignas y malignas del tejido conectivo y de las glándulas salivales, que aunado a la infrecuencia con que se presentan los QEs en cavidad bucal, explica la diversidad de diagnósticos y manejos erróneos que suelen presentarse en estos quistes, como en el paciente del caso 2.^{10,15}

Algunos QEs pueden inflamarse y secundariamente infectarse; esto ocurre comúnmente en la cara y el cuello por su asociación con el acné vulgar, que al romperse inducen respuesta inflamatoria a cuerpo extraño en la piel. Intrabucalmente, los QEs no suelen presentar sintomatología; sin embargo, al crecer en la cavidad bucal pueden ocasionar presión sobre la lengua e interferir con la fonación, la deglución, el paso de los fluidos salivales o la respiración¹⁶ e incluso producirse dolor localizado o regional¹⁷ e infección. En pacientes ambulatorios, el foco infeccioso es principalmente secundario a punción por aspirado o por biopsia, ocasionándose además inflamación intensa por la gran vascularidad de la zona, produciéndose en algunos casos, la obstrucción importante de la vía aérea con riesgo de muerte por asfixia, por lo que

se recomienda realizar estos procedimientos en hospitalización.¹⁶ En nuestros pacientes con QE sólo al alcanzar dimensiones extraordinarias, los sujetos refirieron afectación a las funciones bucales.

A pesar de las descripciones de algunos casos excepcionales de carcinoma basocelular, escamocelular y enfermedad de Bowen desarrollados en los QEs de la piel,¹⁸ en la literatura no parece existir algún antecedente de transformación maligna entre los QEs localizados en boca, no obstante la prolongada permanencia de algunos de ellos en la cavidad bucal, como es el caso que presentamos de nuestro paciente con un QE de más de tres décadas de evolución.

El tratamiento de los QEs básicamente se realiza a través de la cirugía convencional. Generalmente no presentan complicaciones quirúrgicas o posquirúrgicas,^{17,19} ni suelen recurrir.¹⁷

En resumen, en el presente artículo se describen dos casos excepcionales de QEs localizados en la boca, con características morfológicas esencialmente similares pero con tiempos de evolución, tamaño, sintomatología y grupo etario diferentes. Lo inusual de estos casos limita su investigación en relación a su patogénesis en la cavidad bucal.

Bibliografía

1. Shear M, Seward GR. Developmental cysts of the soft tissues of the mouth, face and neck. In: Shear M, Seward GR, eds. *Cysts of the oral region*. University Press, Cambridge 1992: 196-211.
2. Brown CA, Baker RD. Dermoid cyst: report of a case. *J Oral Surg* 1972; 30: 55-58.
3. New GB, Erich JB. Dermoid cysts of head and neck. *Surg Gynecol Obstet* 1937; 65: 48-55.
4. Rajayogeswaran V, Eveson JW. Epidermoid cyst of the buccal mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 181-184.
5. Noffke CEE. Implantation-type epidermoide cyst of the mandible. *Dermatamaxillofacial Radiology* 1999; 28: 383-385.
6. Baker BR, Mitchell DF. The pathogenesis of epidermoid implantation cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1965; 19: 494-501.
7. Ettinger RL, Manderson RD. Implantation keratinizing epidermoide cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 36: 225-230.
8. Meyer I. Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1955; 8: 1149-1164.
9. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A textbook of oral pathology*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1983: 78-79.
10. Walstad WR, Solomon JM, Schow SR, Ochs MW. Midline cystic lesion of the floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 70-74.
11. Worley CM, Laskin DM. Coincidental sublingual and submental epidermoid cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 787-790.
12. Calderon S, Kaplan I. Concomitant sublingual and submental epidermoide cysts: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 790-792.
13. Kirkham N. *Tumors and cysts of the epidermis*. In: Elder D, Elenitsas, R, Jaworsky C, Johnson B, eds. *Lever's Histopathology of the skin*. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers 1990: 694-695.
14. Sanchez-Torres J, Tamashiro-Higa T. Epidermoidal cysts in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970; 30: 592-600.
15. Triantafillidou E, Karakasis D, Laskin J. Swelling of the floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47: 733-736.
16. Cortezzi W, Brilhante de Albuquerque E. Secundarily infected epidermoide cyst in the floor of the mouth causing a life-threatening situation: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 762-764.
17. Weinberg S, Kryshchalskyj B. Epidermoid cyst in a temporomandibular joint dermal graft: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 330-332.
18. Guan LM, Qi XX, Zhang JR, Xu K, Cui LJ, Zhang Q. Intracranial squamous cell carcinoma developing in remnant of an epidermoid cyst: case report and literature review. *Chin Med J* 2004; 117: 1880-1883.
19. Zielinski DE. Epidermoid cyst: report of case. *J Am Dent Assoc* 1972; 84: 153-155.

Reimpresos:

Lilly Esquivel Pedraza
Hospital Médica Sur,
Puente de Piedra 150, Torre 1,
consultorio 317, Col. Toriello Guerra,
Tlalpan, 14050, México, D.F.
Correo electrónico:
lillyep@hotmail.com_Tel: 5666 6935
Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm