



Quiste dermoide. Reporte de dos casos clínicos

Manuel de Jesús González de Santiago,* Sergio Alatorre Pérez,* Sara Angélica Montaña,**
Jesús Mauricio Ayala Bernal***

RESUMEN

Los quistes dermoides (QD) son lesiones benignas que se originan a partir del tejido ectodérmico que permanece en el espesor de los tejidos durante el desarrollo embrionario de células multipotenciales o tal vez de la implantación de epitelio. El QD aparece en muchas regiones del cuerpo. La incidencia total de este tipo de quiste en cabeza y cuello es baja (menos de 2% del total de los quistes de cabeza y cuello). El quiste se presenta como una masa blanda, indolora y desplazable. La mayoría son pequeños, pero algunos han superado 12 cm. Con frecuencia distiende la mucosa de tal manera que algunos de los contenidos pueden ser visibles. Cuando se presentan en el suelo de la boca pueden desplazar la lengua hacia arriba, lo que puede interferir con el habla. En el triángulo submentoniano va a crear una apariencia de doble mentón. Cuando se encuentra en la cavidad bucal surge regularmente en la porción anterior del piso de la boca sobre la línea media. Los quistes dermoides pueden observarse entre los 15 y 35 años de edad. Se presentan dos casos clínicos de quistes dermoides localizados en el piso de boca.

Palabras clave: Quiste dermoide, piso de boca.

SUMMARY

Dermoid cysts (QD) are benign lesions that originate from ectodermal tissue that remains in the thickness of tissues during embryonic development of multipotent cells or perhaps the implementation of epithelium are the cause of dermoid cyst. The QD appears in many regions of the body. The overall incidence of this type of cyst in the head and neck is rather low (explained less than 2% of all cysts in the head and neck). The cyst presents as a painless compressible mass, which is movable. Most are small, but some have exceeded 12 cm. They will frequently distend the mucosa so thoroughly that some of the contents may be seen. When they present in the floor of the mouth, they displace the tongue upward, which may interfere with speech. In the submental triangle, they will create a double-chin appearance. When in the oral cavity appears regularly in the anterior floor of mouth about the midline. Dermoid cysts can be observed between 15 and 35 years. We present two cases of dermoid cysts located in the floor of mouth.

Key words: Dermoid cysts, mouth floor.

* Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags.

** Especialista en Patología Bucal.

*** Residente de segundo año, CMF Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I Menchaca».

Correspondencia:

Jesús Mauricio Ayala Bernal
E-mail: Jm_ayalab@hotmail.com

MARCO TEÓRICO

Los quistes del desarrollo de cabeza y cuello son raros, la mayoría de las masas cervicales son causadas por el agrandamiento de ganglios. De los quistes de cabeza y cuello el carcinoma metastásico es en general, probablemente el más común de las lesiones de cabeza y cuello encontradas en pacientes adultos. Los quistes del desarrollo de cabeza y cuello son los más frecuentes en niños, siendo el quiste del conducto tirogloso el más común y comprende cerca de 70%. Los quistes dermoides son quistes de desarrollo poco comunes en jóvenes adultos en el área oral y maxilofacial (sólo 2% de todos los quistes de cabeza y cuello).

En esta región, los quistes se encuentran principalmente en el triángulo submentoniano por debajo del músculo milohioideo o en el piso de la boca por encima de este mismo músculo. En ocasiones, un gran quiste se presentará tanto por encima como por debajo del músculo milohioideo, incluso algunos pueden presentarse en la línea media de la lengua o en el triángulo submandibular.

Los quistes dermoides son lesiones benignas que se originan por el atrapamiento del epitelio germinal durante el cierre de los arcos branquiales. La incidencia total de este tipo de quiste en cabeza y cuello es más bien poco frecuente (0.6 a 1.6%). Estos quistes son indoloros y de crecimiento lento; no existe predilección por sexo. A pesar de que pueden estar presentes al nacer (Yoshimura et al, 1970; Yeschua et al, 1977) y en pacientes de edad avanzada, la mayoría ocurre entre los 15 y 35 años. En una serie de 76 casos orales recogidos de la información documentada, Allard (1982) encontró que 71% se produjo a la edad de 30 años y 91% a los 45. La duración de los signos varió de 0 a 31 años.

En el área oral y maxilofacial el piso medio de la boca es la localización más común de estos quistes, pudiendo causar una tumefacción en la línea media del cuello. En un estudio realizado por Allard, de 71% de los quistes presentados en línea media, la mitad mostró anexos cutáneos (quistes dermoides) y la otra mitad no (quistes epidermoides). 29% restante se presentó en diferentes partes de la cavidad oral incluyendo lengua en cuatro casos y sólo dos en este estudio fueron descritos en la parte lateral del piso de la boca.

En cuanto a sus características clínicas, los QD se presentan como una masa blanda, indolora y desplazable. Los quistes aumentan de tamaño de forma muy lenta con el paso de los años, suelen ser pequeños durante la infancia y aumentar su tamaño

durante la adolescencia, alcanzando en algunos casos hasta 12 cm.

A la palpación son blandos y pastosos debido a la queratina y al sebo que contienen en su luz, además de formaciones o de anexos cutáneos como folículos pilosos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas y/o algunas veces dientes. La luz del quiste generalmente contiene una mezcla de queratina descamada, sebo y tallos pilosos. La cápsula del quiste está formada por una estrecha zona de tejido conectivo comprimido que está generalmente exento de inflamación. Con frecuencia distienden la mucosa tan a fondo que su contenido puede ser visible.

Cuando se presentan en el suelo de la boca pueden desplazar la lengua hacia arriba, lo que puede interferir con el habla y por consiguiente la dificultad funcional resultante. Cuando se hallan por debajo del músculo milohioideo, en el triángulo submentoniano, van a crear una apariencia de doble mentón, identificando una tumefacción en la línea media del cuello.

El origen de los quistes dermoides del piso de la boca, como otros quistes del desarrollo, es controversial. La patogénesis de los quistes de línea media de piso de boca no está bien establecida. Existen varias teorías en cuanto a su aparición:

1a. teoría: el quiste se desarrolla de tejido ectodérmico atrapado del primer arco branquial (mandibular) y segundo arco branquial (hioides), los cuales se fusionan durante la tercera y cuarta semana de vida intrauterina o de remanentes del tubérculo impar de His, el cual forma el cuerpo de la lengua y el piso de la boca, en combinación con el proceso lateral de la superficie interna de cada arco mandibular.

2a. teoría: el quiste se desarrolla por la implantación traumática de las células epiteliales dentro de los tejidos profundos debido a un procedimiento quirúrgico, por trauma u oclusión del conducto glandular sebáceo.

3a. teoría: el quiste se origina por anomalías tiroglosas o variantes del quiste del conducto tirogloso.

En 1995, Meyer actualizó el concepto de quiste dermoide para describir y clasificarlo en tres variantes histopatológicas:

1. El verdadero quiste dermoide.
2. El quiste epidérmico.
3. El teratoide.

El QD verdadero es una cavidad revestida de epitelio que muestra queratinización y tiene

apéndices de piel identificables como ya antes se mencionó. El quiste epidérmico está revestido por epitelio escamoso simple con una pared fibrosa y sin estructuras anexas. El revestimiento del quiste teratoide varía de un epitelio simple escamoso a un epitelio ciliado respiratorio y contiene derivados de ectodermo, mesodermo y/o endodermo.

El diagnóstico diferencial del quiste dermoide puede incluir una infección de origen odontogénico en el espacio sublingual; cuando se presenta en este lugar se observa un tumor de la glándula salival sublingual o un tumor de tejido blando formado de células granulares.

Una vez identificado, la localización del quiste determina el enfoque de la escisión. Los quistes dermoides se tratan mediante extirpación quirúrgica. Los ubicados por encima del músculo genihioideo pueden retirarse mediante una incisión intraoral y aquéllos por debajo del músculo genihioideo pueden requerir un enfoque extraoral. Con uno u otro enfoque, la eliminación es difícil debido a la adherencia del quiste a los tejidos circundantes y al tamaño que pudieran alcanzar. Estos quistes tienden a estar fibrosados a los tejidos circundantes, lo que requiere una disección roma más aguda. La transformación maligna en carcinoma de células escamosas se ha reportado en raras ocasiones. La recurrencia es poco común teniendo un pronóstico favorable.

CASO CLÍNICO 1

Presentamos el caso clínico de una joven de 16 años de edad, originaria de Jalpa, Zacatecas, estado civil soltera, escolaridad secundaria, de ocupación estudiante y religión católica, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos de relevancia, derivada del Hospital de Calvillo a la consulta externa de Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Miguel Hidalgo de Aguascalientes, por presentar una tumoración en suelo de boca de varios años de evolución. Acude a la consulta acompañada de su madre quien la refiere asintomática, presentando dificultad para la correcta fonación desde ya hace varios años. En la exploración física encontramos paciente con asimetría facial discreta por un aumento de volumen submental, definido, de consistencia blanda, indoloro, cubierto por piel de aspecto normal (*Figura 1*).

Al examen intraoral se observa aumento de volumen importante en piso de boca de aproximadamente 3 x 4 x 4 cm de dimensiones, de consistencia blanda depresible, con mucosa que lo recubre de

características normales, sin salida de ningún tipo de material a la digitopresión, se observa lengua elevada debido a la lesión de piso de boca, conductos submandibulares permeables, sin signos ni síntomas infecciosos o inflamatorios.

Paciente cuenta con tomografía computarizada de cuello y tórax en fase simple y contrastada desde la base del cráneo hasta bases pulmonares en donde se observa una imagen hipodensa de bordes definidos, localizada en cavidad oral, la cual se origina en el espacio sublingual de lado izquierdo y se extiende en sentido contralateral con límites inferiores en los músculos milohioideo y genihioideo, desplazando los músculos genihioideos, presenta densidad heterogénea que va desde contenido graso a sólido menor de 20 UH. No muestra reforzamiento tras la aplicación de medio de contraste así como tampoco muestra realce periférico (*Figura 2*).

Previa valoración anestésica con exámenes paraclínicos en parámetros normales, bajo anestesia general (*Figura 3*). Mediante abordaje intraoral se realiza incisión vertical con hoja de bisturí no.15 en línea media de piso de boca, se comienza a disecar por planos con pinza metzenbaum hasta localizar masa quística amarillenta de 4 cm de diámetro, la cual es extirpada completamente mediante divulsión roma respetando estructuras anatómicas adyacentes (*Figura 4*). Se sutura por planos con puntos simples de vicryl 3-0, se comprueba la hemostasia y se da por terminado el procedimiento.

El procedimiento se realizó bajo anestesia general, incisión en la parte anterior del quiste, disección del mismo hasta lograr su completa enucleación. Se realizó lavado del lecho quirúrgico con solución salina y se suturó con vicryl 3-0, sin presentarse complicaciones transquirúrgicas ni postquirúrgicas. Se envía la muestra a estudio histopatológico (*Figuras 4 a 8*).

El espécimen obtenido se envía para estudio histopatológico. Posterior a la cirugía, la evolución de la paciente fue satisfactoria.

El estudio histopatológico demostró una formación quística constituida por epitelio escamoso estratificado sugerente de quiste dermoide verdadero (*Figura 9*). La paciente no ha mostrado evidencias clínicas de recurrencia local luego de tres años de seguimiento.

CASO CLÍNICO 2

Nuestro segundo caso clínico se trató de una paciente femenina pediátrica de 13 años de edad,



Figura 1. Aumento de volumen en región submental.



Figura 4. Disección roma de la lesión.

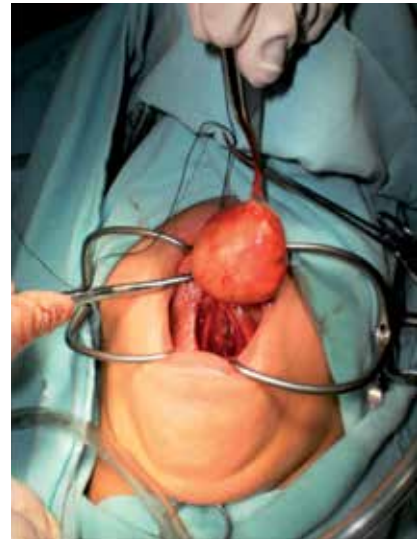


Figura 5. Avulsión de la lesión.

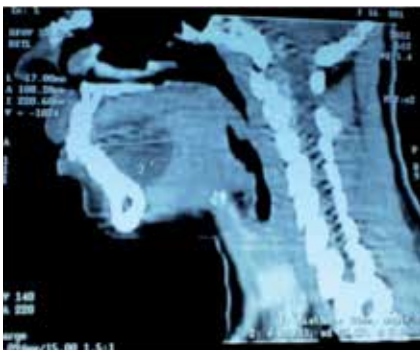


Figura 2. Tomografía computarizada de cuello contrastada.



Figura 6. Se sutura con puntos simples vicryl 3-0.



Figura 8. Muestra histopatológica.



Figura 3. Paciente en quirófano bajo anestesia general.



Figura 7. Muestra quirúrgica.

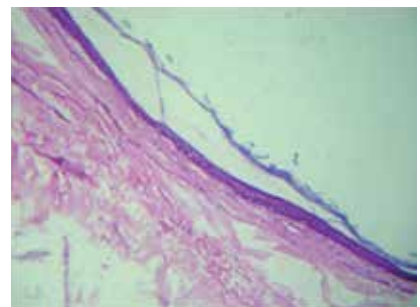


Figura 9. El aspecto microscópico de la pared quística revela una luz revestida de epitelio plano estratificado con una capa engrosada de ortoqueratina y una cápsula de tejido conjuntivo.

la cual fue remitida por parte del Hospital General Tercer Milenio para nuestra valoración por presentar aumento de volumen en región submandibular, por posible afección de glándulas salivales. La paciente es originaria de Lagos de Moreno Jalisco,

actualmente reside en la ciudad de Aguascalientes, estado civil soltera, escolaridad secundaria, de ocupación estudiante y religión católica, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos de relevancia.

La madre de la paciente refiere que su niña desde los tres años de edad presentó un aumento de volumen en línea media de la región cervical, cursando asintomática y de lento crecimiento, hasta hace unas semanas que comenzó con dificultad al momento de ingerir alimentos y durante el habla.

A la exploración física encuentro paciente con asimetría cervical a expensas de un aumento de volumen submental, bien delimitado, de consistencia



Figura 10.

Aumento de volumen en piso de boca.



Figura 11.

Estudio de imagen TAC.



Figura 13.

Biopsia escisional de la lesión.



Figura 14.

Cierre de herida quirúrgica.



Figura 12.

Incisión para la divulsión roma.

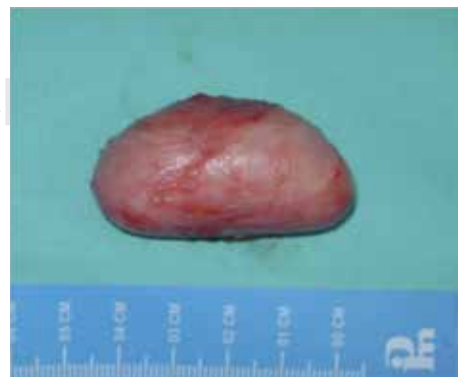


Figura 15.

Especimen obtenido.

blanda, desplazable, no doloroso a la palpación con piel que lo recubre de características normales.

Al examen intraoral se observa aumento de volumen importante en piso de boca de aproximadamente 4 x 3 x 4 cm de dimensiones, de consistencia blanda depresible, con mucosa que lo recubre de características normales, sin salida de ningún tipo de material a la digitopresión, se observa lengua elevada debido a la lesión de piso de boca, conductos submandibulares permeables, sin signos ni síntomas infecciosos o inflamatorios (*Figura 10*).

Para la adecuada valoración clínica de la paciente se solicitó estudio de imagen tipo tomografía computarizada de cuello y tórax en fase simple y contrastada desde la base del cráneo hasta las bases pulmonares en donde se observa una imagen hipodensa de bordes definidos, localizada en cavidad oral, la cual se origina en el espacio submental, con límites inferiores en los músculos milohioideo y genihioideo, desplazando los músculos genihioideos, presenta densidad heterogénea que va desde contenido graso a sólido menor de 20 UH (*Figura 11*).

En este segundo caso clínico la imagen tampoco muestra reforzamiento tras la aplicación de medio de contraste ni realce periférico.

Previa valoración por parte del Servicio de Anestesiología de este hospital, bajo anestesia general inhalada y balanceada y mediante abordaje intraoral se realiza incisión vertical con hoja de bisturí no. 15 en línea media de piso de boca (*Figura 12*).

Se comienza a disecar por planos con pinza metzenbaum hasta localizar masa quística amarillenta de 4 cm de diámetro, la cual es extirpada completamente mediante divulsión roma respetando estructuras anatómicas adyacentes (*Figura 13*).

Se sutura por planos con puntos simples de vicryl 3-0, se comprueba la hemostasia y se da por terminado el procedimiento (*Figura 14*).

La muestra obtenida fue enviada para realizar estudio histopatológico, evidenciando una formación quística constituida por epitelio escamoso estratificado que corresponde a quiste dermoide en piso de boca, confirmando así nuestra impresión diagnóstica.

DISCUSIÓN

El quiste dermoide representa una forma simple de teratoma quístico derivado del epitelio germinativo que es englobado durante el desarrollo embrionario. El área de cabeza y cuello según una de las más grandes revisiones efectuadas por New y Erich no constituye una ubicación preferencial de esta entidad.

El quiste dermoide es una lesión de adultos jóvenes. No se observa predilección por sexo. Los quistes de la parte anterosuperior del cuello o del suelo de la boca se presentan como tumefacciones indoloras que tienen una consistencia pastosa a la palpación.

Los quistes se desarrollan por encima del músculo milohioideo, se presentan como una tumefacción situada en la línea media del triángulo sublingual o suelo de la boca. En esta localización el quiste conduce a una elevación de la lengua y puede interferir con la alimentación y el lenguaje. Los quistes que se desarrollan por debajo del músculo milohioideo se presentan como una tumefacción en la línea media de la región submandibular y submentoniana. El tamaño de estos quistes es variable.

La tomografía computarizada prácticamente ha reemplazado a la radiografía convencional y suele ser utilizada en el estudio del quiste dermoide. El tratamiento es mediante enucleación o extirpación quirúrgica. La transformación maligna de la lesión es excepcional y se han descrito pocos casos. La recidiva es rara.

CONCLUSIONES

El área de cabeza y cuello no constituye una ubicación preferencial de la entidad en descripción, tal como lo demuestra una de las más grandes revisiones efectuadas por New y Erich. Los síntomas del quiste dermoide ponen de manifiesto su aparición en cavidad bucal, con deformidad de piso de boca, dificultad para la fonación y deglución.

El tamaño del quiste dermoide es variable, se han descrito de hasta 12 cm de diámetro. El tamaño y la localización del quiste son la causa de manifestaciones clínicas. Los quistes dermoides del plano superior del suelo de boca, sublinguales o genioglosos crecen sobre el músculo genihioideo desplazando la lengua hacia arriba. Dependiendo de estos dos factores, pueden ser asintomáticos u ocasionar alteraciones en la movilidad de la lengua que se manifiesta por alteraciones en la pronunciación y en la masticación. Otros síntomas son disnea, disfagia y apnea obstructiva del sueño.

La tomografía computarizada prácticamente ha reemplazado a la radiografía convencional y suele ser utilizada en el estudio del quiste dermoide. Proporciona una imagen hipodensa (alrededor de -35 a -84 UH) que corresponde al contenido graso. Esta sustancia producida por las glándulas sebáceas diferencia los quistes dermoides de otras masas con densidades similares.

Concluimos que de acuerdo con las referencias bibliográficas consultadas, estamos de acuerdo con

sus autores en que la incidencia de quistes dermoides en el piso de la boca es baja y en que no se observan recidivas luego de su tratamiento quirúrgico.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Shear M, Speight PM. Cysts of the oral and maxillofacial regions. Fourth ed. Blackwell Munksgaard. 2007. pp. 181-183.
2. Neville Damm Allen Bouquot. Oral and maxillofacial pathology. Second ed. by W.B. Saunders Company. 2002. pp. 32-33.
3. Marx RE, Stern D. Oral and Maxillofacial Pathology Rationale for Diagnosis and Treatment, © 2003 Quintessence Co, Inc, 2003. pp. 628-629.
4. Cawson RA, Odell EW. Oral pathology and oral medicine. Seventh ed. 2002, by Churchill Livingstone.
5. Patología bucal, Regezi- Sciubba, Tercera Edición, Editorial McGraw-Hill, Interamericana S.A. de C.V, pp. 321-322.
6. Robbins, Patología Estructural y Funcional, Sexta Edición, 2000 McGraw-Hill Interamericana. p. 1226.
7. New G, Erich J. Dermoid cyst of the head and the neck. Surg Gynecol Obstet. 1937; 65-48.
8. Meyer I. Dermoid cyst of the floor of the mouth. Oral Surg. 1955; 8: 1149.
9. Göl IH, Kiyici H, Yildirim E, Arda IS, Hiçsönmez A. Congenital sublingual teratoid cyst: a case report and literature review. J Pediatr Surg. 2005; 40 (5): e9-e12.
10. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Segunda Edición, Editorial Elsevier, Madrid Barcelona, pp. 56-57.
11. Shafer W, Hine M, Levy B. Tratado de patología bucal. Editorial Interamericana. 3 ed. México 1977. p. 76.
12. Bloom D, Carvalho D, Edmonds J, Magit A. Neonatal dermoid cyst of the floor of the mouth extending to the midline neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128: 68-70.
13. Seward H. Dermoid cysts of the floor of the mouth. Br J Oral Surg. 1965; 3: 36.