



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 12, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2016 • pp. 80-85

Quiste epidermoide de cavidad oral. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Jovita Romero Flores,* Gustavo Pacheco Rubio**

RESUMEN

Los quistes epidermoides son considerados lesiones benignas del desarrollo, involucran el área de cabeza y cuello en 1.6% y representan el 0.01% de todos los quistes de la cavidad oral. Se caracterizan por crecimiento asintomático, lento y progresivo. A nivel bucal, los sitios afectados son, en orden de incidencia: piso de boca, lengua, labios y mucosa bucal. El quiste epidermoide (QE) se diagnostica generalmente entre la edad de 15 y 50 años, con un promedio de 35. La incidencia en hombres y mujeres es 1:1, según Bataineh et al 1997 y Kandogan et al 2007, aunque también se ha descrito que puede aparecer en cualquier década de la vida según Rajendran y Sivapathasundaram en 2009. En general, el QE es de crecimiento lento, indoloro; puede condicionar dificultad masticatoria, foniátrica así como sialorrea. Se reporta un caso de paciente masculino de 67 años de edad tratado quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, quien presentaba aumento de volumen en región de piso de boca con dos años de evolución, negando síntomas asociados. Se realizó estudio imagenológico de TAC simple de macizo facial y cuello donde se observó un área de hipodensidad bien circunscrita en piso de boca, por lo cual se realizó enucleación de lesión bajo anestesia general con resultado histopatológico de quiste epidermoide.

Palabras clave: Quiste epidermoide, lesión benigna, lesión asintomática, crecimiento progresivo.

SUMMARY

Epidermoid cysts are considered benign development lesions, involving the head and neck area in 1.6% and representing 0.01% of all cysts of the oral cavity. They are characterized by asymptomatic slow growth and progressive. In order of incidence oral sites are affected: floor of mouth, tongue, lips and buccal mucosa. The EC is usually diagnosed between the ages of 15 and 50 years, with an average of 35. The incidence in men and women is 1:1, according Bataineh et al 1997 and Kandogan et al 2007, although it has been described that may appear in any decade of life according Rajendran and Sivapathasundaram in 2009. Overall the EC it is an slow growing without associated pain, difficulty chewing can condition, also phoniatic drooling. We report a case of male patient aged 67 surgically treated in the Maxillofacial Surgery Department of Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, who presented an increased volume in floor of mouth region of two years of evolution, denying associated symptoms. We performed CT imaging study of craniofacial simple and neck where there was a well-circumscribed hypodense area in floor of mouth, so enucleation was performed under general anesthesia injury with histopathological result of epidermoid cyst.

Key words: Epidermoid cyst, benign, asymptomatic lesions, progressive growth.

* Cirujano Maxilofacial adscrito. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

** Alumno de cuarto año del Postgrado de Odontología en Cirugía Maxilofacial UNAM-IMSS Hospital de Especialidades «Bernardo Sepúlveda» Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:
Jovita Romero Flores
E-mail: cmfromero@yahoo.com.mx

INTRODUCCIÓN

El quiste epidermoide (QE) fue descrito por primera vez en 1807 por Pinzon et al. Es una formación benigna frecuente, pero su localización en el suelo de la boca es excepcional. Algunos autores consideran que se dan en proporción similar en ambos sexos. Hay quien los encuentra con mayor frecuencia en mujeres y quien constata una frecuencia tres veces mayor en los hombres. Aunque hasta hace 15-20 años el diagnóstico de los quistes del suelo de la boca se hacía con mucha frecuencia en pacientes mayores de 10 años (50%), actualmente se ha reportado en la literatura el diagnóstico en el periodo neonatal (75%).

En 1955, Meyer definió tres variedades histológicas de quistes dermoides: el quiste epidermoide, el quiste dermoide verdadero y el quiste teratoide. En los tres tipos existe una cavidad de pared fibrosa tapizada por epitelio con actividad queratinizante. Lo que caracteriza a los quistes dermoides es la presencia de esbozos de anejos cutáneos como glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas o folículos pilosos, que faltan en los quistes epidermoides. Los quistes teratoides pueden tener además tejido muscular óseo, cartilaginoso, dentario, etc., porque derivan de las tres capas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo).

Los quistes epidermoides del suelo de la boca son lesiones congénitas causadas por atrapamiento de ectodermo durante la quinta semana del desarrollo embrionario, cuando se produce la fusión de los dos primeros arcos branquiales con los esbozos lingüales. La migración del tejido embrionario se produce en sentido posteroanterior y lateromedial y el atrapamiento de ectodermo en la línea media. Según su localización, por encima o por debajo del músculo milohioideo, se clasifican en sublinguales y submentonianos.

Se han publicado casos de muy diferente tamaño, desde pocos milímetros hasta 12 cm. De acuerdo con Bloom et al, suelen localizarse por encima del músculo milohioideo, pero pueden herniarse a través de éste, adquiriendo forma de reloj de arena.^{1,2}

ETIOLOGÍA

Es desconocida aún, pero se sabe que se asocia a remanentes de tejido embrionario ectodérmico durante la fusión del primer arco (mandibular) y segundo arco branquial (hioideo), entre la tercera y cuarta semanas de vida intrauterina.

Se categoriza según su patogénesis en dos tipos:

- a) Congénito: mecanismo de entrapamiento de remanentes epiteliales, durante la fusión media del primer y segundo arcos branquiales, entre la tercera y cuarta semanas de vida intrauterina.
- b) Adquirido: según Wehrner describió en 1855, y posteriormente establecido como «implantación quística» por Silton et al en 1895. Se cree que existe un mecanismo de implantación traumática epitelial debido a manipulación quirúrgica en tejidos mesenquimáticos profundos. Cuando se produce el periodo de cicatrización, las células implantadas se multiplican originando una masa central de queratina, la cual produce respuesta inflamatoria.³

CLÍNICA

Los QE son considerados lesiones benignas del desarrollo, involucran el área de cabeza y cuello en 1.6% y representan el 0.01% de todos los quistes de la cavidad oral. A nivel bucal, los sitios afectados son en orden de incidencia: piso de boca, lengua, labios y mucosa bucal. Se caracterizan por crecimiento lento y progresivo, asintomático.

INCIDENCIA

Se reportan comúnmente entre la segunda y tercera décadas de la vida. Sin embargo, se han reportado casos de pacientes de la edad pediátrica que van desde los cinco años de edad⁴ hasta los 10 y 14 años.⁵⁻⁸

La clasificación de acuerdo con la localización anatómica respecto al plano muscular descrita inicialmente en 1925 por Colp et al⁹ y posteriormente redefinida por Maremonti y Longo 2003, es la siguiente:

- a) Medial genioglosa: se presentan por debajo del frenillo lingual y entre el músculo genioglosa.
- c) Lateral: se presenta entre el genioglosa y el milohioideo.
- d) Medial geniohioideo: en la región submentoniana, entre el geniohioideo y el milohioideo.
- e) Sitios anatómicos atípicos: superficie ventral y lateral de lengua. En 2010 se reporta un caso por Maranhao-Pereira, en la Universidad Paulista, Goiania Brazil, tratándose de paciente femenino de 12 años de edad, quien presentaba nódulo en el viente lingual de 10 meses de evolución, reportándolo

se como una aparición anatómica atípica de QE.¹⁰ En 2012, Nair et al reportan un caso de paciente femenino de 45 años de edad con ubicación en borde posterolateral de lengua, confirmándose histopatológicamente quiste epidermoide (*Figura 1*).

Los quistes que se ubican por arriba del geniohioideo y bajo el geniogloso provocan una curvatura, elevando el piso de la boca. Los quistes por debajo del geniohioideo y por arriba del milohioideo causan elevación de la región submentoniana; aquellos que se localizan lateralmente en el espacio submandibular por arriba del milohioideo causan elevación de piso de boca y base lingual ipsolaterales.⁶

Algunos QE pueden inflamarse y secundariamente infectarse; esto ocurre comúnmente en la cara y el cuello por su asociación con el acné vulgar; los quistes, al romperse, inducen respuesta inflamatoria a cuerpo extraño en la piel.

En pacientes ambulatorios, el foco infeccioso es principalmente secundario a punción por aspirado

o por biopsia, occasionándose además inflamación intensa por la gran vascularidad de la zona, produciéndose, en algunos casos, obstrucción importante de la vía aérea con riesgo de muerte por asfixia, por lo que se recomienda realizar estos procedimientos en hospitalización.

A pesar de las descripciones de algunos casos excepcionales de carcinoma basocelular, escamocelular y enfermedad de Bowen desarrollados en los QE de la piel, en la literatura no parece existir algún antecedente de transformación maligna entre los QE localizados en boca.²

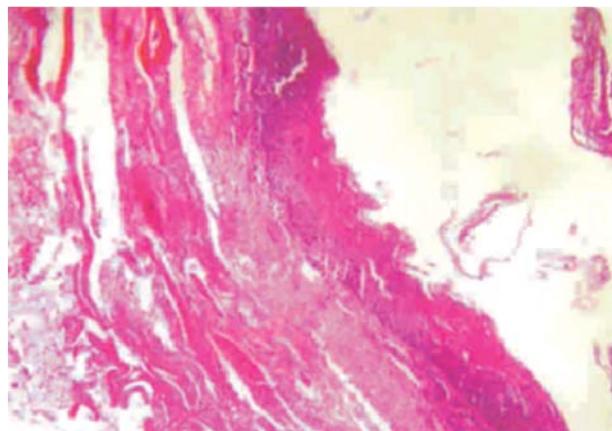


Figura 1. Aumento de volumen intraoral e imagen histopatológica.



Figura 2. USG de la lesión.

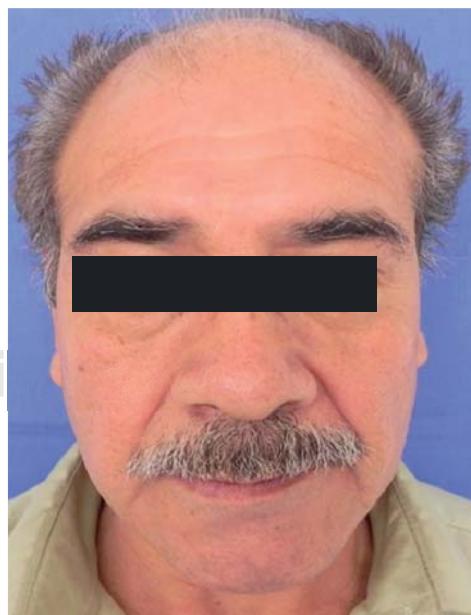


Figura 3. Aspecto clínico del paciente.

Sin embargo, Bash et al, en 2008, describen el caso de un carcinoma de células escamosas originado del epitelio de un quiste epidermoide junto con la glándula sublingual, en paciente femenino de 64 años de edad, en el Hospital Universitario de Staffordshire, Reino Unido. El examen histológico demostró lesiones quísticas múltiples delimitadas por epitelio escamoso estratificado así como láminas de queratina, coexistiendo islas celulares que mostraron gran atipia con reacción desmoplásica periférica.

Se postula que la inflamación quística prolongada condiciona predisposición a cambios malignos. En estos casos, la resección es el tratamiento de elección cuando se observa bien localizada.¹¹

De acuerdo con Bushan et al, se reporta en 2011 el caso de un paciente de 31 años quien desarrolla un quiste epidermoide posterior a extracción de un tercer molar mandibular.¹²

DIAGNÓSTICO

El QE se diagnostica generalmente entre la edad de 15 y 50 años, con un promedio de 35. La incidencia en hombres y mujeres es 1:1, según Bataineh et al 1997 y Kandogan et al 2007. Está descrito que puede aparecer en cualquier década de la vida, según Rajendran y Sivapathasundaram en 2009.

En general, el QE es de crecimiento lento, indoloro, y puede condicionar dificultad masticatoria y foniátrica, así como sialorrea.

El ultrasonido es el método de imagen de primera elección, por su bajo costo y eficacia. Asimismo, es una herramienta de gran importancia en el diagnóstico prenatal.

La RMN es considerada por diversos autores como método imagenológico superior a otros, ya que muestra la localización exacta, extensión y demarcación quística. El QE se muestra en T1 como imagen hipointensa; por otra parte, en T2 se muestra hiperintensa. La señal captada varía según el contenido de queratina o lipídico (generalmente colesterol).¹³

Diagnóstico prenatal

El diagnóstico a menudo es posible realizarlo durante la segunda o tercera décadas de la vida. Cuando los QE se presentan de forma congénita sin un adecuado diagnóstico y por ende con un tratamiento tardío e inadecuado, pueden causar obstrucción de la vía aérea superior, condicionando hipoxemia extrema, así como del tracto gas-

trointestinal, situaciones clínicas potencialmente fatales.⁶

Ejemplo de USG prenatal realizado a producto de 38 semanas de gestación, que muestra una masa de 30 x 25 mm en la cavidad oral (*Figura 2*).

También son de gran utilidad en el recién nacido la RMN y TAC, ya que muestran la localización precisa y extensión de la lesión. En el caso de TC, el quiste epidermoide se observa como una masa bien definida con hipodensidad semejante a fluido.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Ránula.
2. Malformación linfática.
3. Quiste dermoide.
4. Teratoma
5. Quiste tiroglosio.
6. Higroma.^{13,6}

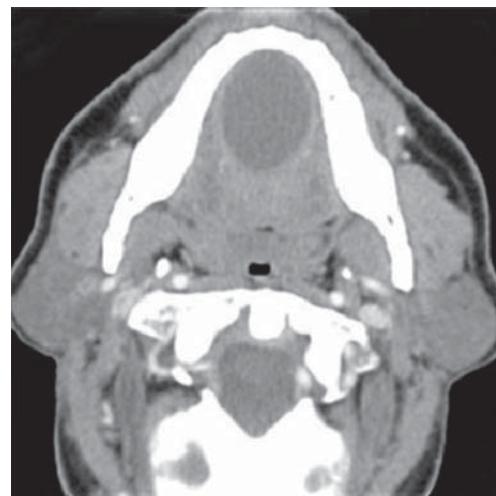
HISTOPATOLOGÍA

Histológicamente, los quistes epidermoides pueden tener las siguientes características de acuerdo al tiempo de evolución, según Kirkham et al 1990:

- a) De evolución reciente: presentan numerosas capas de células escamosas y gránulos de queratohialina en el estrato granuloso.
- b) De evolución tardía: el revestimiento epitelial con frecuencia muestra áreas de atrofia que pueden consistir en uno o dos estratos celulares; el contenido quístico es material cárneo dispuesto en capas laminares.

En los pacientes de raza negra, frecuentemente se observan melanocitos y pigmentación melánica en el epitelio de los QE cutáneos; sin embargo, este hallazgo es poco común entre los caucásicos. Los reportes de QE intrabucales, incluyendo las descripciones en sujetos mexicanos, según Sánchez Torres, no mencionan este dato; no obstante, en pacientes de origen mestizo la presencia del pigmento se presentó, según Esquivel-Pedraza et al, en dos casos estudiados en 2007.

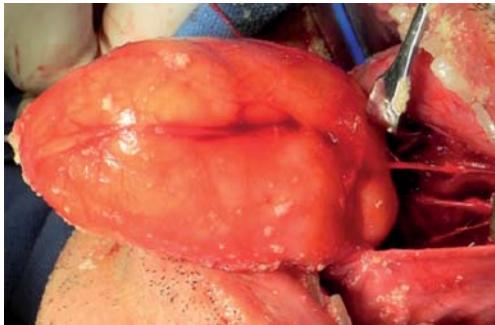
Histológicamente, los QE se distinguen de los dermoides por la ausencia de anexos cutáneos y de los teratoides por contener estos últimos elementos cutáneos y derivados mesodérmicos. En cabeza y cuello puede ser difícil diferenciar al QE en la práctica clínica de cuerpos extraños implantados, infecciones del piso de la boca o lesiones benignas y malignas del tejido conectivo y de las glándulas salivales, que

**Figura 4.**

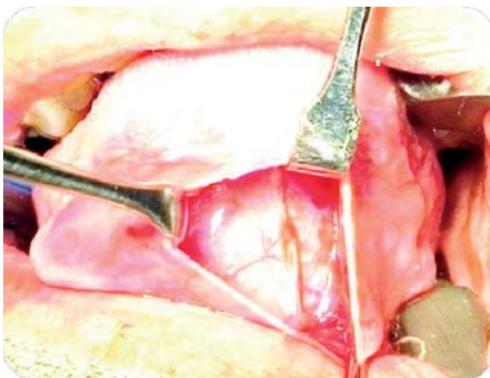
TAC de región de piso de boca.

**Figura 5.**

Características clínicas de la lesión.

**Figura 6.**

Enucleación de la lesión.

**Figura 7.** Lecho quirúrgico.

aunado a lo poco frecuente con que se presentan los QE en cavidad bucal explica la diversidad de diagnósticos y manejos erróneos que suelen presentarse en estos quistes.^{7,13}

TRATAMIENTO

El tratamiento para estas lesiones varía de acuerdo con la presentación clínica y su localización. Se puede realizar la enucleación vía intraoral, extraoral o combinación de ambas. Varios autores como Fuchshuber et al 2002, Kandogan et al 2007, y Fung et al 2008 sugieren el procedimiento intraoral

en casos de ubicación sublingual y de dimensiones pequeñas. El abordaje extraoral está indicado en localización submentoniana, suprahioida, así como en lesiones amplias o involucro de espacios submandibular y submentoniano.¹³

Se debe evitar durante la enucleación la ruptura de la cápsula, ya que el contenido quístico actúa como irritante en el tejido fibrovascular causando inflamación postoperatoria.¹³

El abordaje vertical intraoral de la línea media ofrece ventajas de acuerdo con los estudios y modificaciones de Brusati et al, para quistes de amplias dimensiones del piso de la boca, siendo nuestro abordaje de elección para nuestro paciente. Cabe mencionar que, en 1995, Mateo Chiapasco y DiFrancesco describen este abordaje como alternativa de tratamiento en un paciente con quiste epidermoide amplio.¹⁴⁻¹⁶

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de un paciente masculino de 67 años de edad (*Figura 3*) tratado quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, quien presentaba aumento de volumen en región de piso de boca con dos años de evolución, sin presencia de síntomas asociados y cursando con periodos de exacerbación de volumen de la lesión y periodos de remisión, siendo variable la duración y periodicidad. Se realizó TAC simple de macizo facial y cuello. Al examinar los respectivos cortes, se observó un área de hipodensidad bien circunscrita en piso de boca, adyacente al músculo milohioideo, mismo que hacia su parte media se presentaba rechazado; el contenido de la lesión era material semisólido (*Figura 4*). A la exploración clínica se percibió aumento de volumen blando bien circunscrito, levemente doloroso a la manipulación digital, con mucosa de revestimiento de características normales a la mucosa periférica del piso de la boca (*Figura 5*). El tratamiento consistió en enucleación de la lesión bajo anestesia general, realizándose inicialmente diéresis con abordaje vertical, eligiéndose este último conforme a las ventajas descritas por Chiapasco M et al; posteriormente se disecó en forma roma el plano subyacente con eliminación de adherencias epiteliales (*Figura 6*). La lesión se envió como muestra definitiva al Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital, diagnosticándose quiste epidermoide (*Figura 7*).

CONCLUSIÓN

El diagnóstico adecuado y oportuno del quiste epidermoide es de alta relevancia para un tratamiento menos invasivo. El abordaje para excisión del mismo depende de la ubicación anatómica y las dimensiones, así como de las necesidades concretas del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Venegas RO, Martínez PB, Olivos BB, Vallejos MC, Zambra RM. Quiste epidermoide en la región preauricular: reporte de un caso. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2011; 71: 167-170.
2. Sanza L Gamboa FJ, Rivera T. Quistes epidermoides del suelo de boca: presentación de dos casos y revisión de la literatura. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2010; 32 (3): 115-118.
3. Nair RG, Shameena PM, Sudha S. Unusual presentation of epidermoid cyst of the oral cavity. A case report. Oral & Maxillofacial Pathology Journal (OMPJ). 2012; 3 (1): 0976-1225.
4. Sanjuán RS, Morán PJ, Ruiz OA, Santamaría OJ, Berchi GF. Quiste epidermoide en el suelo de la Boca. Cir Pediatr. 2003; 16: 146-148.
5. Ciftci I, Sert A, Odabas D, Kocaoglu C, Kayacetin S. A rare suprasternal cystic neck mass in a pediatric patient: Epidermoid Cyst. Otolaryngology Head Neck Surg. 2008; 139: 733-734.
6. Park SW, Lee JJ, Chae SA, Yoo BH, Kim GJ, Lee SY. Congenital epidermoid cyst of the oral cavity: prenatal diagnosis by sonography. Clin Exp Otorhinolaryngol. 2013; 6 (3): 191-193.
7. Esquivel-Pedraza L, Fernández-Cuevas L, Saeb-Lima S, Figueroa-Román O, Fernández-Cuevas R. Quiste epidermoide de la cavidad bucal. Descripción de dos casos. Revista ADM. 2007; LXIV (3): 116-120.
8. Tsirevelou P, Papamanthos M, Chlopsidis P, Skoulakis C. Epidermoid cyst of the floor of the mouth: two case reports. Cases J. 2009; 2: 9360. doi: 10.1186/1757-1626-2-9360
9. Behl A, Raghavan D, Pandey SS, Mani H. Giant epidermoid cyst of the floor of mouth. Med J Armed Forces India. 2001; 57: 247-249.
10. Maranhão P, Freire P, de Lucena-Botelho G. Atypical appearance of epidermoid cyst in tongue's ventral surface. RSBO. 2011; 8 (2): 240-242.
11. Bhatt V, Evans M, Malins TJ. Squamous cell carcinoma arising in the lining of an epidermoid cyst within the sublingual gland. A case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2008; 46: 683-685.
12. Jayade BV, Upadya VH, Gopalkrishnan K, Shirganvi MS. Epidermal inclusion cyst of the mandible after extraction of a third molar: case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2012; 50: e72-e74.
13. Santana A, Ferreira O, Clóvis M. Epidermoid cyst: highlights on diagnosis and magnetic resonance imaging features. Rev Odonto Ciênc. 2010; 25 (2): 204-207.
14. Di Francesco A, Chiapasco M, Biglioli F, Ancona D. Intraoral approach to large dermoid cysts of the floor of the mouth: a technical note. Int J Oral Maxillofac Surg. 1995; 24: 233-235.
15. Worley M, Laskin DM. Coincidental sublingual and submental epidermoid cysts. J Oral Maxillofac Surg. 1993; 51: 787-790.
16. Prepagaran N, Rahmat O, Kuljit M. Epidermal cyst of submandibular gland. Med J Malaysia. 2005; 60 (4): 483-484.