



Caso clínico

Quiste epidermoide. Reporte de tres casos y revisión de la literatura

Epidermoid cyst. Report of three cases and review of the literature

Raúl Narváez-Ruiz,* José Miguel Mellado-Torres,‡
Antonio Ángeles-Velázquez,§ Tania Chávez-Priego,¶ Alexia Nextle-Zurita||

RESUMEN

Los quistes dermoide y epidermoide, como actualmente son denominados, son lesiones benignas de tipo congénito, que tienen como características un crecimiento lento y pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo humano. Este tipo de lesiones han sido registradas en la historia a lo largo de más de 83 años, desde su primera descripción por New y Erich hasta el día de hoy, tiene asociados múltiples aspectos etiológicos, así como diferentes teorías sobre su patogenia. Del mismo modo, se han descrito diversos casos que hacen énfasis sobre el tamaño y su composición histológica. Su presencia en la región maxilofacial con relación a la línea media es rara y aún más con involucro en el piso de la boca; se presentan como neoplasias blandas y desplazables y, dependiendo su localización, pueden ser asociadas con planos superficiales o profundos. En este artículo se realizó una revisión bibliográfica y se describen tres casos con mani-

ABSTRACT

Dermoid and epidermoid cysts, as they are currently named, are benign lesions of the congenital type, clinically they have a slow grow and can appear anywhere in the human body. This type of lesions have been reported throughout history over more than 83 years since its first description by New and Erich until today, they are associated with multiple etiological aspects, as well as different theories about their pathogenesis. Several cases have been described that emphasize the size and their histological composition. Their presence in the maxillofacial region in relation to the midline are rare, and even rarer at the mouths floor, presenting as soft and displaceable neoplasms and depending on their location, they can be associated with superficial or deep tissues. In this article a bibliographic review was carried out, and three cases with both intraoral and extraoral manifestations, their behavior and

* Médico adscrito del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General de Zona No. 11, IMSS. Cirujano Dentista de la UNAM. Cirujano Maxilofacial de la Universidad Veracruzana (UV). México.

‡ Médico residente de cuarto año de la Especialidad de Cirugía Maxilofacial del Centro de Alta Especialidad «Dr. Rafael Lucio», Secretaría de Salud de Veracruz (SSAVER). Cirujano Dentista de la UNAM. México.

§ Médico adscrito y Profesor adjunto de la Especialidad de Cirugía Maxilofacial del Centro de Alta Especialidad «Dr. Rafael Lucio», SSAVER. Cirujano Dentista de la Universidad del Valle de México (UVM). Cirujano Maxilofacial de la UV. México.

¶ Médico adscrito al Servicio de Patología del Centro de Alta Especialidad «Dr. Rafael Lucio», SSAVER. Cirujano Dentista de la UV. Especialista en Patología y Medicina Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). México.

|| Pasante de Odontología, Hospital General de Zona No. 11, IMSS. Universidad Cuauhtémoc Xalapa. México.

Correspondencia:

José Miguel Mellado-Torres

E-mail: mike_mellado@hotmail.com

Citar como: Narváez-Ruiz R, Mellado-Torres JM, Ángeles-Velázquez A, Chávez-Priego T, Nextle-Zurita A. Quiste epidermoide. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2021;17 (3): 147-155. <https://dx.doi.org/10.35366/105394>



festaciones tanto intraorales como extraorales, su comportamiento y manejo terapéutico, el cual se brindó sin datos de reincidencia.

Palabras clave: Quiste epidermoide, patología bucal, sublingual, submandibular, milohioideo.

therapeutic management were described, which proved no recidivism.

Keywords: Epidermoid cyst, oral pathology, sublingual, submandibular, mylohyoid.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de los quistes congénitos de tejidos blandos que se presentan en la región maxilofacial, específicamente en piso de boca y cuello, puede representar un reto en sí, debido a diversos factores, uno de ellos, el cual sin duda es el más obvio y que se pasa por alto en la mayoría de las ocasiones, es la nomenclatura utilizada para describir este tipo de lesiones, ya que a lo largo de la historia se han dado diversos cambios en la terminología, siendo el estudio histopatológico el principal medio de diagnóstico y el que puede otorgar sin errores el nombre correcto a este tipo de lesiones.¹

Los principales quistes de tejidos blandos benignos que se presentan en cabeza y cuello son, en orden de aparición:² 1) quiste dermoide y epidermoide (los cuales suelen llegar a confundirse entre ellos o con los mal denominados quistes sebáceos);³ 2) ránula; 3) malformación linfática macroquística (antes denominado higroma quístico);⁴ 4) quistes del conducto tirogloso y 5) quistes branquiales.

Los quistes dermoide y epidermoide fueron descritos por primera vez por New y Erich en 1937,⁵ como lesiones que se encuentran cercanas a la región submental, submandibular y con frecuencia pueden llegar a presentarse en el piso de la boca, siendo éstos extensiones de tejido ectodérmico que incluyen anexos cutáneos en su estructura.³ Se ha descrito su presencia desde el momento del nacimiento o con una aparición secundaria a procesos traumáticos en donde se ha observado un crecimiento lento. En este último caso, a dichas lesiones se les denomina epidermales o epidermoides de implantación,^{4,6} las cuales pueden estar localizadas anatómicamente sobre, debajo o, incluso, a través del músculo milohioideo.¹ Meyer,⁷ en su artículo publicado en 1955, reportó 1,495 quistes estudiados por New y Erich en un periodo comprendido de 1910 a 1935, dentro de los cuales sólo 24 de ellos fueron asociados con la región de cabeza y cuello en piso de boca para dar un total de 6.94%. Este porcentaje fue posteriormente corroborado por Rapidis, Angelopou-

los y Scouteris en 1981, quienes determinaron una asociación en lo correspondiente a cabeza y cuello de 7%,⁸ con rangos de edad variables, que van dentro de los 15 a los 35 años sin predilección de sexo.⁷ En dicho artículo, Meyer estableció una manera para clasificarlos histológicamente de la siguiente manera: 1) verdadero quiste dermoide; 2) quiste epidermoide. Shear, a su vez, lo clasifica en quiste de implantación que puede ser resultado de un evento quirúrgico producido por la implantación de células superficiales en planos profundos generalmente de crecimiento lento. Asimismo, menciona que los términos: quiste sebáceo, miliar, epidérmico, pueden estar mal empleados, ya que hacen referencia a otro tipo de entidades dermatológicas, y 3) quiste teratoide.

Epidemiología y localización

Los quistes dermoides y epidermoides son entidades que pueden presentarse en todo el cuerpo, siendo los sitios anatómicos más frecuentes los testículos y los ovarios. En la región de cabeza y cuello el lugar más común es en el tercio externo de las cejas,⁹ seguido de la piel de la fontanela anterior, el punto bregma, la región superolateral de la frente, la región submental y en casos más raros el sistema nervioso central y la columna vertebral.¹⁰

En otro estudio descrito por Shore en 1938¹¹ en el que se estudiaron 54,000 especímenes quirúrgicos, sólo cuatro mostraron ser una variante de estos quistes: dos dermoides y dos epidermoides en el piso de la boca.

En literatura más reciente, se han observado cambios nulos en relación con la incidencia como lo reportó Verma en 2012, con una presentación de menos de 0.01% en la región oral.¹² Pueden presentarse habitualmente entre la segunda y tercera década de la vida; sin embargo, el rango puede ser variable, con incidencia rara en adultos, 20% de éstos puede ser diagnosticado antes del tercer año de vida extrauterina. Makos y colegas¹³ reportaron en 2011 que la mayoría de los quistes dermoides en la región maxilofacial se establecen en la línea media,

lengua, labios, mucosa oral, maxilar y mandíbula, pudiendo llegar a presentarse desde el momento del nacimiento y hasta la séptima década de la vida, con un rango medio entre los 15 y 35 años de vida sin predominio de sexo. Liceaga y Mosqueda reportan que 15% de los casos de este tipo de quistes se presenta de manera congénita.¹⁴

Patogénesis

La etiología y patogénesis de los quistes dermoides y epidermoides es incierta; sin embargo, como lo propuso Mickulicz en 1878, existen tres posibles teorías del desarrollo de este tipo de quistes: la primera es a través del cierre de cavidades en la línea media; la segunda, mediante el cierre de canales o hendiduras con recubrimiento epitelial durante la vida fetal, y la tercera, a través de depósitos anormales de epidermis en tejidos profundos.⁷ Estas tres teorías caen en dos categorías principales de origen acorde con Sánchez-Torres: congénito y adquirido.¹⁵ La teoría más aceptada al momento sugiere que puede deberse a tejido ectodérmico atrapado al momento de la fusión del primer y segundo arco branquial, entre la tercera y cuarta semana de desarrollo embrionario; no obstante, el término para definir esta patología aún no está bien definido debido a que no se sabe con certeza si proviene del arco, de la hendidura o de la bolsa, es por ello que puede definirse como quistes fisúrales de inclusión. La segunda categoría (origen adquirido) está asociada con implantación postraumática (quirúrgico o accidental) de células epiteliales que tienden a migrar a tejidos profundos como lo fundamenta King en 1994.¹⁶

Baker, en apoyo a la teoría de origen congénito, realizó un estudio en el que evaluó el comportamiento del quiste dermoide mediante un estudio experimental con la implantación de este mismo en 40 ratas tipo Wistar de peso entre 160 y 260 g, en las cuales realizaron incisiones en el dorso, posteriormente se invaginaron e implantaron quirúrgicamente secciones de piel de 2 × 2 × 10 mm dentro del tejido conectivo laxo de los lechos quirúrgicos de los especímenes. Los resultados fueron evaluados en el microscopio, notando cambios desde el sexto día postquirúrgico con la formación de microquistes y evidenciándose al noveno día con la aparición de la luz del quiste. En este estudio se concluyó que dentro del quinto y decimoquinto día de implantación se muestran cambios variables de formación quística completa o incompleta con inclusión de anexos como queratina, folículos pilosos y otros anexos.¹⁷

Características histológicas

Histológicamente, si no existen anexos cutáneos en la cápsula, se refiere a un quiste epidermoide; por otro lado, si muestra anexos cutáneos como glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos, se refiere a un verdadero quiste dermoide.¹⁶ Shear menciona que ambos tipos de quiste, ya sean epidermoide o dermoide, su revestimiento está conformado por epitelio plano estratificado que semeja la epidermis, en ocasiones pueden tener áreas de epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado en el caso de los quistes teratoides, siendo éstos los más raros, y los que se presentan de manera congénita presentan epitelio plano estratificado queratinizado, con variantes epiteliales correspondientes al tracto respiratorio, gastrointestinal con inclusión de glándulas sebáceas, sudoríparas, tejido muscular, neuronales y cartilaginoso, entre otros.³ Microscópicamente no existe diferencia entre un quiste congénito y uno adquirido.¹⁵

Hallazgos clínicos y diagnóstico

El principal parámetro a evaluar en caso de sospecha de la presencia de alguna de estas alteraciones es indudablemente el aumento de volumen, tamaño y forma de crecimiento de la patología. Se han reportado en lesiones de pequeño tamaño cuadros clínicos asintomáticos. El cuadro clínico puede variar con base en su contenido, el cual puede ser caseoso, sebáceo, purulento, con anexos cutáneos, tejido adiposo, etc.,¹⁶ modificando el área afectada con sintomatología dolorosa a la digitopresión, zonas eritematosas, edema perilesional, consistencia variable desde firme a fluctuante, entre otros. Las lesiones de mayor tamaño pueden ser causa de obstrucción mecánica de la vía aérea, alteraciones fonéticas y de la deglución.¹⁴

El diagnóstico debe ser correlacionado con diversos factores como lo son: 1) edad; 2) etiología, la cual puede ser: A) inflamatorio, bacteriano o viral y B) congénito o del desarrollo, como por ejemplo: quiste dermoide, del conducto tirogloso, etc. C) Neoplásico, divididos en benignos o malignos (lesión tiroidea o linfática). Y 3) localización: parte anterior del cuello o región lateral. El diagnóstico en sí puede representar un reto a expensas de la etiología multifactorial, sin embargo, la historia clínica coadyuvada con los hallazgos clínicos y estudios de imagen complementarios, como lo son las radiografías extraorales convencionales, tomografías computarizadas, resonancia magnética, tomografía por emisión de

Tabla 1: Clasificación de Debonnelle de 1908.⁷

Tipo	Localización
A	Mediales <ol style="list-style-type: none"> 1. Debajo del músculo geniohioideo (submental) 2. Sobre el músculo geniohioideo (sublingual)
B	Laterales (límites) <ol style="list-style-type: none"> 1. Medial: cara interna de la mandíbula 2. Lateral: mucosa oral 3. Superior: musculatura lingual 4. Inferior: piso de boca (músculo milohioideo)

positrones y estudios específicos como las biopsias por aspiración y punción por aguja fina o gruesa juegan un papel decisivo para el tratamiento.¹⁸

Clasificación

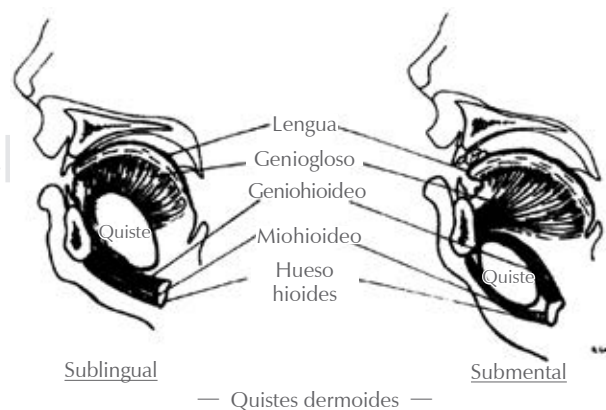
A lo largo del tiempo y por las diferentes formas en que se ha denominado a este tipo de alteraciones, se han establecido diferentes clasificaciones, dado que ninguna ha satisfecho por completo los criterios que han tomado los autores. En 1883, Barker clasificó a los quistes dermoides de piso de boca por su localización en: a) quiste medial; b) quiste lateral (1. Unilateral, 2. Bilateral). Tres años después, en 1886, Marchant realizó una clasificación no tan bien aceptada asociando las inserciones musculares en relación al quiste, siendo los primeros: 1) asociados a la mandíbula (*ad genines*) y los segundos 2) asociados al hueso hioides (*ad hyoid*). Casi dos décadas después, Debonnelle en 1908 relacionó la musculatura adyacente (*Tabla 1 y Figura 1*).⁷ Colp, en 1925, abordó los quistes desde la musculatura relacionada; 1) el quiste dermoide geniogloso, localizado debajo del músculo geniogloso y por encima del geniohioideo que sobresale intraoralmente; 2) el quiste dermoide geniohioideo que se encuentra debajo del músculo geniohioideo, pero por encima del milohioideo y que sobresale en el área submentoniana y 3) el quiste dermoide lateral que se encuentra en el área submandibular por encima del milohioideo y lateral a la base de la lengua.¹⁶ Meyer, en 1955, describió una clasificación que engloba las teorías de las capas germinativas, basado en la teoría propuesta por Mickulicz sobre el desarrollo del quiste dermoide (*Tabla 2*).^{7,16} Seward, en 1965, propuso una clasificación en relación con su localización en piso de boca: A) medial: comienza en el desarrollo del tejido conectivo entre el freni-

llo lingual y el músculo geniogloso y se expande de atrás hacia adelante; B) lateral sublingual: se encuentra entre la porción lateral de los músculos genianos y el milohioideo en proporción al tamaño de la tumoración que ocasiona, es pequeña y se encuentra debajo de las glándulas sublinguales; C) lateral verdadero: se desarrolla en el fondo del canal muscular formado por el músculo geniogloso y el músculo hioioso medialmente y el milohioideo lateralmente.⁸

Spouge, en 1973, realizó una clasificación en donde incluyó las consideraciones histológicas de manera similar a las propuestas por Meyer (*Tabla 3*).^{8,19}

Imagenología

Muchas de las lesiones en la región cervical de tipo quístico pueden llegar a tener las mismas manifestaciones clínicas como las rínulas o los quistes dermoides, es por ello que los auxiliares de diagnóstico como la tomografía computarizada (TC) son un valioso apoyo en el diagnóstico y tratamiento de los quistes dermoides en caso de que su ubicación sea medial o lateral. Kurabayashi, Ida y Sasaki propusieron en 1990 tres parámetros a evaluar: 1) densidad, evaluada en unidades Hounsfield (UH) que va de los +10 a +39 UH; 2) extensión: I. Lesión limitada a la porción posterior del espacio submandibular, II. Lesión que se extiende a la parte anterior submandibular pero no al espacio sublingual, III. Lesión que se extiende en el área sublingual pero no a la parte anterior del espacio submandibular, IV. Lesión que se extiende hacia los dos espacios sublingual y submandibular (*Figura 2*); 3) forma: I. Lesión redondeada u ovalada con margen suave en todos los cortes de la TC, II. Lesión con un margen

**Figura 1:** Clasificación de Debonnelle de 1908.⁷

cóncavo en uno o más cortes de TC, III. Lesiones multiloculares: con más de dos quistes en uno o más cortes de TC.²⁰

La imagen por resonancia magnética (IRM) muestra algunas ventajas sobre la TC, como realzar por contrastes el contenido del quiste a través de las secuencias T1 y T2. En presencia de contenido graso la secuencia T1 es más efectiva, sin embargo, en T2 es más fácil reconocer lesiones con contenido líquido, lo que permitiría diferenciar con mayor precisión la presencia de un quiste dermoide o de una ránula.²¹

Diagnósticos diferenciales

Muchas de las lesiones que se mencionan a continuación pueden tener el mismo cuadro clínico, sin mencionar que la mayoría se presenta entre la segunda y tercera década de la vida sin predilección de género. Estas lesiones comprenden infecciones en el piso de la boca con ocupación de los espacios sublingual y submandibular (angina de Ludwig), ránulas, obstrucción de conductos salivales de las glándulas sublingual y submandibular, quistes del conducto tirogloso, quistes de las hendiduras branquiales, higromas quísticos, quistes gastrointestinales, masas congénitas (como malformaciones vasculares y linfangiomas), neoplasias benignas de glándulas salivales como adenomas pleomorfos o malignos como el carcinoma mucoepidermoide, siendo la única forma de confirmar el diagnóstico el estudio histopatológico.^{13,22}

Tratamiento

Al ser pacientes relativamente en edades jóvenes, uno de los principales objetivos del tratamiento es la estética, sin embargo, el único tratamiento definitivo para el abordaje de estas lesiones es el quirúrgico, siendo dos los principales abordajes utilizados en relación con la clasificación de Debonnelle, la cual hace referencia a la posición del quiste acorde a su posición con el músculo milohioideo. En los quistes se encuentran por arriba de este músculo, el abordaje de elección será el transoral y en los que se encuentran por debajo será el abordaje transcervical, el más útil para la visualización y escisión de la lesión.²³

REPORTE DE CASO

Los siguientes casos reportados fueron dos en pacientes masculinos de 14 y 29 años de edad, respectivamente y un paciente femenino de 29 años. Dentro de este grupo estudiado, los tres pacientes tuvieron un inicio de del padecimiento actual asintomático, mostrando un crecimiento lento.

Caso 1

Masculino de 14 años de edad, referido del Hospital de Cardel tras iniciar con aumento de volumen sublingual de seis meses de evolución asintomático, sin cambios en el tono o intensidad de voz y sin

Tabla 2: Clasificación de Meyer de 1955.^{7,16}

Quistes disontogénicos	
A	Epidermoide: cavidad revestida por epitelio rodeada por una cápsula sin apéndices cutáneos presentes
B	Dermoide: cavidad revestida por epitelio con apéndices cutáneos (cabello, folículos pilosos, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas, etc.) Con tejido conectivo subyacente (quiste compuesto)
C	Teratoide: cavidad revestida por epitelio con los siguientes elementos presentes en la cápsula: 1) apéndices cutáneos que incluyen folículos pilosos, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas, queratina, etc., 2) tejido conectivo, fibras, hueso, músculo, vasos sanguíneos, 3) tejidos del tracto gastrointestinal y respiratorio (quiste complejo)

Tabla 3: Clasificación de Spouge de 1973.^{8,19}

Tipo	Definición
Simple	Es el más común y está rodeado por epitelio plano estratificado
Compuesto	Es similar al previo, pero con la capa epitelial recubierta con muestra de evidencia de formación de apéndices cutáneos especializados
Lateral verdadero	Muestra evidencia no sólo de derivados epiteliales especializados, sino que también incluye tejido mesodérmico y estructura ectodérmica

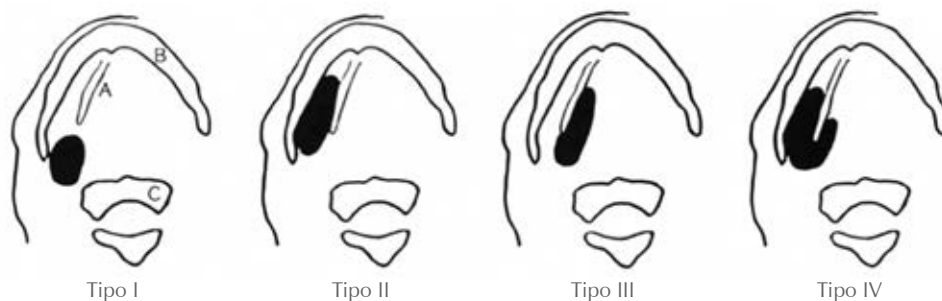


Figura 2:

Extensión tomografía computarizada de quistes dermoides. Tomada de: Kurabayashi T et al.²⁰

datos de obstrucción de la vía aérea, el cual alcanza su tamaño máximo de aproximadamente 4 x 4 cm a los seis meses del inicio de la sintomatología. A la exploración física se observa un aumento de volumen bien delimitado en el piso de la boca, sin datos de secreción de algún tipo, con ligera proptosis de la lengua y sin datos de obstrucción de la vía aérea, ni datos de desaturación por oximetría de pulso. Tomográficamente en la TC simple y contrastada de cráneo y macizo facial, en los cortes axiales, sagitales y coronales, se observa lesión hipodensa, circunscrita y bien delimitada en el espacio sublingual, sin reforzamiento de medio de contraste o aparente involucro de vasos. Para el tratamiento se realiza, bajo anestesia general balanceada, abordaje intraoral previa infiltración de lidocaína con epinefrina al 2% 1:100,000 para bloqueo del nervio lingual y alveolar inferior bilateral, se incide con hoja de bisturí #15, plano de mucosa del piso de la boca, y con disección roma se eleva colgajo mucoso hasta localizar la cápsula de la lesión quística, se realiza enucleación de la lesión y exéresis de la misma, obteniendo como resultado una masa firme de 4 x 4 cm con contenido similar a queratina, se lava lecho quirúrgico con abundante solución salina al 0.9% y se realiza cierre de abordaje intraoral mediante poliglactina 910 (Vicryl) 4-0. Reporte histopatológico: quiste epidermoide (Figura 3).

Caso 2

Paciente femenino de 29 años de edad, el cual es referido de la Unidad de Medicina Familiar por presentar aumento de volumen submentoniano el cual tuvo crecimiento lento de dos años de evolución hasta su tamaño actual de 8 cm de longitud aproximadamente, sin antecedentes de relevancia para el padecimiento actual. Clínicamente se presenta un aumento de volumen en región submental bien delimitada de 8 cm de longitud, fluctuante, depre-

sible, no adherido a planos profundos, con proptosis lingual y alteraciones en la fonación. En la TC simple de cráneo y macizo facial se observa lesión hipodensa circunscrita bien delimitada, que ocupa el espacio sublingual y submentoniano, que eleva los tejidos linguales debajo del músculo genihioideo sin llegar a tener cambios significativos en el calibre de la vía aérea. Bajo anestesia general balanceada se realiza abordaje extraoral submentoniano, se realiza infiltración de lidocaína con epinefrina al 2% perilesional, se realiza incisión con hoja de bisturí #15 para plano cutáneo y subdérmico, se disecciona plano celular subcutáneo, se localiza fascia preplatismal la cual se incide y se refleja para exponer lesión quística encapsulada bien delimitada, se disecciona de manera pericircundante realizando hemostasia de vasos adyacentes, se realiza exéresis de la lesión y se lava el lecho quirúrgico con abundante solución salina al 0.9%, se realiza cierre de heridas con poliglactina 910 (Vicryl) 4-0 y Nylon 6-0 para plano cutáneo. Histológicamente se reporta lo siguiente: *...lesión quística delimitada por epitelio escamoso estratificado delgado ortoqueratinizado con capa granulosa prominente, el cual se desprende hacia el lumen en el que se aprecian escamas de queratina dispuestas en capas laminares. En el revestimiento se observan áreas de engrosamiento del epitelio y áreas de atrofia. La cápsula es de tejido conectivo laxo, delgada sin presencia de anexos cutáneos. No se identifican datos sospechosos de malignidad.* Diagnóstico definitivo: quiste epidermoide (Figura 4).

Caso 3

Paciente masculino de 29 años de edad, el cual se presenta en consulta para valoración de aumento de volumen en región sublingual. A la exploración clínica se observa aumento de volumen en región submental que se hace más evidente de manera intraoral a la elevación de la lengua de aproxima-

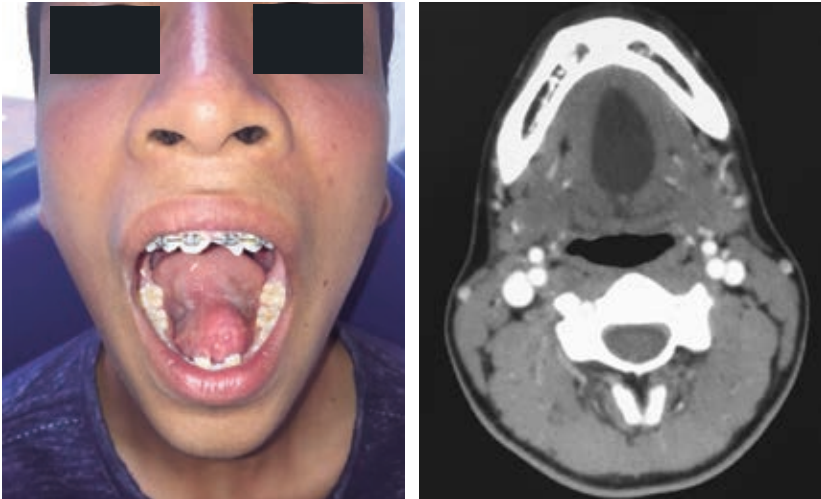


Figura 3:

Proptosis lingual en paciente masculino de 14 años de edad, con evidencia tomográfica de lesión circunscrita bien delimitada sin dependencia de vasos sanguíneos en región sublingual de predominio izquierdo.

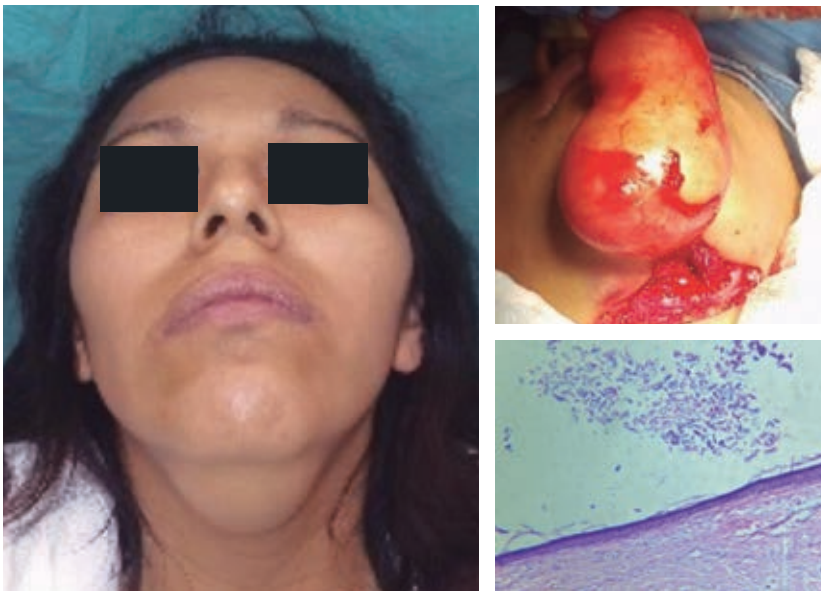


Figura 4:

Aumento de volumen en región submental en paciente femenino de 29 años de edad no adherida a planos profundos con evidencia de abordaje extraoral.

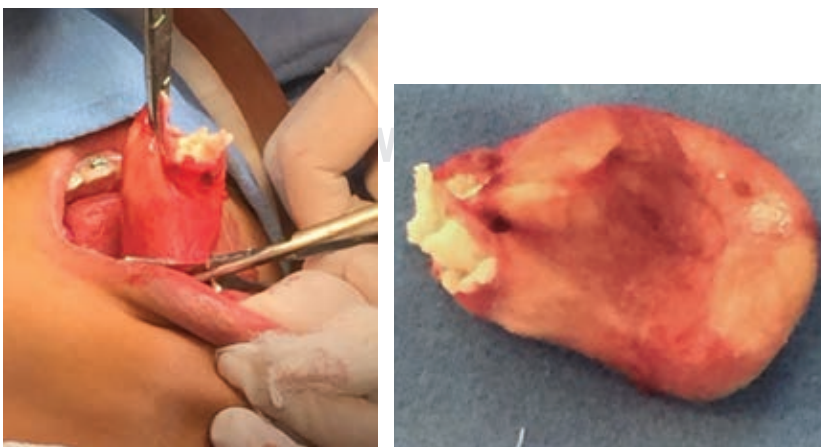


Figura 5:

Abordaje intraoral de lesión quística sublingual en paciente masculino de 29 años de edad con evidencia de contenido queratinizado.

damente 6.5 cm de diámetro, el cual a la palpación no está adherido a planos profundos, libremente desplazable. Se realiza biopsia por aspiración y punción por aguja fina (BAAF), obteniendo material líquido similar a la queratina, por lo que se decide realizar TC simple y contrastada de cráneo y macizo facial. Se observa presencia de lesión hipodensa bien delimitada que abarca el espacio submental y sublingual, en donde no se observa dependencia de vasos ni infiltración a tejidos adyacentes, la cual se encuentra sobre el músculo genihioideo. Se decide realizar exéresis de la lesión bajo anestesia general balanceada, con un abordaje intraoral, previa infiltración de lidocaína con epinefrina al 2% 1:100,000, se bloquea el nervio lingual y alveolar inferior bilateral, para incidir en piso de la boca del lado derecho, y realizar disección roma a lo largo de la cápsula para enuclear la lesión, se elimina pedículo de unión y se obtiene un espécimen de 6.5 x 4 cm, bien delimitado por su cápsula, se realiza lavado de lecho quirúrgico con solución salina al 0.9% y se cierra abordaje intraoral a expensas de poliglactina 910 (Vicryl) 4-0. Resultado de estudio histopatológico: quiste epidermoide de piso de la boca (*Figura 5*).

DISCUSIÓN

Como se ha descrito a lo largo de la revisión, y corroborando los hallazgos encontrados en estos casos estudiados, los quistes dermoides son lesiones raras en la región maxilofacial con una representación aproximada de 6% y, a su vez, menos de 25% de éstos en piso de boca; así mismo, los datos presentados coinciden con lo descrito en la literatura en cuanto a edad se refiere, siendo común en pacientes jóvenes, por el tamaño de la muestra no se puede describir por el momento predilección por género.

Si bien está descrito que el tratamiento quirúrgico es el de elección para la exéresis de estas lesiones, siendo de forma intra o extraoral, no se ha determinado un parámetro en cuestión de longitud para la decisión del abordaje, únicamente mencionándose que los de menor tamaño pueden tener una vía de salida intraoral y los de gran tamaño de forma extraoral. Basados en los resultados obtenidos en nuestras observaciones, los quistes de tamaño menor a 5 cm que se encuentren en localización tomográfica superiores al músculo milohioideo pueden tener un abordaje intraoral para su exéresis, mientras que los que se encuentren por debajo de este plano, con fin de tener una mejor visibilidad y exposición de los tejidos el abordaje extraoral, sin lugar a dudas es el de elección.

CONCLUSIÓN

La presencia de este tipo de lesiones quísticas en región del macizo facial representa un reto en el diagnóstico y tratamiento. Es por ello que debemos identificar de manera adecuada la signo-sintomatología que acompaña a este tipo de lesiones, siendo las más frecuentes incapacidades a la deglución, alteraciones en la fonación, alteraciones anatómicas en las estructuras pericircundantes en piso de boca, que a su vez pueden causar una obstrucción mecánica de la vía aérea, lo que representa una disminución en el calibre de esta misma, teniendo como resultado disnea de reposo o al esfuerzo.

Así mismo, la única forma de diferenciar verdaderamente un quiste epidermoide de uno dermoide se realiza a través del estudio histológico del espécimen quirúrgico. La presencia o no de anexos cutáneos puede significar un factor agregado para el desarrollo o no de infecciones o la formación de microabscesos que resulten en un cuadro clínico doloroso para el paciente.

La correcta identificación de planos anatómicos es de vital importancia en la decisión del abordaje, siendo de esta forma los submentales más fáciles de extraer por vía extraoral y los sublinguales por cavidad oral, la cual se logrará a expensas de estudios de imagen, siendo la tomografía computarizada una excelente elección, como se presentó en la revisión de los tres casos presentados en este artículo.

La edad y el género también son factores determinantes en la elección del tratamiento por las secuelas estéticas que puede tener el abordaje extraoral, la elección de pliegues cutáneos en la región submental es de gran ayuda para disimular la cicatriz.

Como es bien mencionado en la mayoría de los artículos consultados en esta revisión de la literatura, se hace énfasis en que el tratamiento quirúrgico debe ser realizado de manera cautelosa con el fin de preservar la cápsula del quiste, siendo éste el éxito del tratamiento quirúrgico, consiguiendo los objetivos funcionales del tratamiento y, de igual forma, disminuyendo considerablemente los riesgos de recidiva del quiste.

REFERENCIAS

1. Mahmood S, Moody H. Dermoid, teratoma or choristoma? A rare lesion of the tongue in an adult. *Br J Oral Maxillofacial Surg.* 2003; 41: 117-119.
2. New GB. Congenital cysts of the tongue, the floor of the mouth, the pharynx and the larynx. *Arch Otolaryng.* 1947; 45 (2): 145-158.
3. Shear M, Speight PM. Cysts of the oral and maxillofacial regions. 4 ed. Oxford: United Kingdom, Blackwell Publishing; 2007.

4. ISSVA Classification of Vascular Anomalies © 2018 International Society for the Study of Vascular Anomalies. [Accessed 11 November 2020] Available in: issva.org/classification
5. New GB, Erich JB. Dermoid cysts of the head and neck surg. *Gynec & Obst.* 1937; 65: 48-55.
6. Alonso MA, Salgado CF, Zeta CE et al. Quieste teratoide congénito en piso de boca. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac.* 2020; 16 (1): 36-41.
7. Meyer I. Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1955; 8: 1149-1164.
8. Rapis AD, Angelopoulos AP, Scouteris C. Dermoid cyst of the mouth report of a case. *Br J Oral Surg.* 1981; 19: 43-51.
9. Longo F, Maremonti P, Mangone GM, De Maria G, Califano L. Midline (dermoid) cyst of the floor of the mouth: report of 16 cases and review of surgical techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112 (6): 1560-1565.
10. Gordon PE, Faquin WC, Lahey E, Kaban LB. Floor-of-mouth dermoid cysts: report of 3 variants and a suggested change in terminology. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 71: 1034-1041.
11. Shore BR. Sublingual epidermoid cysts. *Ann Surg.* 1938; 108: 305-308.
12. Verma S, Kushwaha JK, Sonkar AA, Kumar R, Gupta R. Giant sublingual epidermoid cyst resembling plunging ranula. *Natl J Maxillofac Surg.* 2012; 3 (2): 211-213.
13. Makos C, Noussios G, Peios M, Gougousis S, Chouridis P. Dermoid cysts of the floor of the mouth: two case reports. *Case Rep Med.* 2011; 2011: 362170.
14. Liceaga Reyes R, Liceaga Escalera C, Mosqueda Taylor A. Quieste dermoide: presentación de un caso y revisión bibliográfica. *Dermatología Rev Mex.* 2005; 49: 130-133.
15. Sánchez TJ, Tamashiro TH. Epidermoidal cysts in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1970; 30 (5): 592-600.
16. King RC, Smithe BR, Burk JL. Dermoid cyst in the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 78: 567-576.
17. Baker BR, Mitchell DF. The pathogenesis of epidermoid implantation cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1965; 19 (4): 494-501.
18. Bagheri SC. Clinical review of oral and maxillofacial surgery, a case-based approach. 2 ed. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby; 2014.
19. Fulcher CL, Green HG, Green GH. Dermoid cyst report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1966; 22: 127-131.
20. Kurabayashi T, Ida M, Sasaki T. Differential diagnosis of submandibular cystic lesions computed tomography. *Dentomaxillofac Radiol.* 1991; 20: 30-34.
21. Potts M, Macleod RI, McLean NR, Chippindale AJ. The value of magnetic resonance imaging in the assessment of a sublingual epidermoid cyst. *Dentomaxillofac Radiol.* 1992; 21: 102-104.
22. Howell CJT. The sublingual dermoid cyst, report of five cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 59: 578-580.
23. Kim JP, Lee DK, Moon JH, Park JJ, Woo SH. Transoral dermoid cyst excision: a multicenter prospective observational study. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018; 159 (6): 981-986.