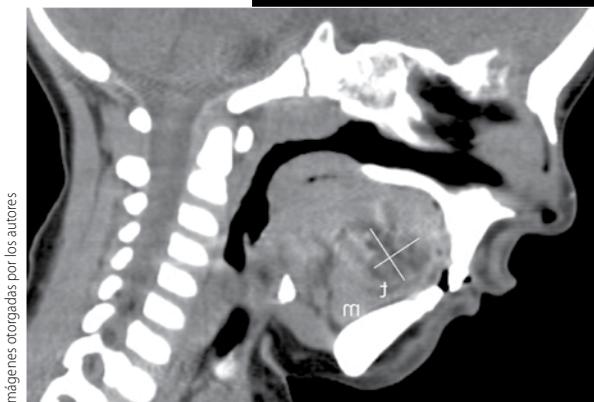


Quiste teratoide sublingual

Reporte de un caso

Jonathan Andrés Cordero-Yanza^a, Michelle Lupa-Mendlovic^a, Raúl Pichardo-Bahena^b, Mario Sergio Dávalos-Fuentes^c



Imágenes otorgadas por los autores

Resumen

Antecedentes: Los quistes dermoides en el piso de la boca son lesiones que se observan raramente, y se presentan como masas de lento crecimiento causadas por atrapamiento de tejido ectodérmico en la línea media y en la línea de fusión embrionaria de los procesos faciales.

Reporte del caso: Varón de 2 años de edad con aumento de volumen sublingual progresivo desde el nacimiento, a la exploración con tumor a nivel del piso de la boca de aproximadamente 3 x 4 cm que desplaza la lengua hacia arriba, blanda, no dolorosa. Se realizó resección quirúrgica de la lesión, y se confirmó quiste teratoide mediante el reporte histopatológico.

Conclusión: Los quistes dermoides se caracterizan por su benignidad, así como por un lento crecimiento; sin embargo, se recomienda la resección quirúrgica como tratamiento de elección, cuya técnica dependerá de su posición ana-

tómica. Debido a la variedad de patologías en la zona es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Palabras clave: Quiste dermoide, quiste teratoide, masa sublingual, piso de la boca.

Sublingual teratoid cyst

A case report

Abstract

Background: Dermoid cysts at the floor of the mouth are rarely observed lesions; they appear as slow growth masses caused by entrapment of ectodermal tissue at the midline and the embryonic fusion line of the facial processes.

Case report: A two-year-old male presents sublingual growth of increasing volume from birth, at the time of the clinical examination corresponds to a soft, non-tender, 3 x 4 cm tumor at the floor of the mouth that is displacing the tongue upwards. The patient underwent surgical resection of the lesion. A histopathologic report confirmed a teratoid cyst.

Conclusion: Dermoid cysts are characterized by their benign characteristics and slow growth. However, surgical resection is recommended as the treatment of choice. The surgical technique depends on its anatomical position. It is important to make a proper differential diagnosis due to the different kinds of pathologies in this region.

Keywords: Dermoid cyst, floor of the mouth, teratoid cyst, sublingual mass.

^aMédico residente de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional de Rehabilitación LGII. Ciudad de México.

^bJefe del Servicio de Anatomía patológica. Instituto Nacional de Rehabilitación LGII. Ciudad de México.

^cMédico adscrito a la Subdirección de Otorrinolaringología. Instituto Nacional de Rehabilitación LGII. Ciudad de México.

Correspondencia: Mario Sergio Dávalos-Fuentes

Correo electrónico: msdavalos@inr.gob.mx

Recibido: 13-10-16. Aceptado: 14-11-16



figura 1. Presentación clínica preoperatoria. Tumor en región sublingual, con desplazamiento de la lengua.

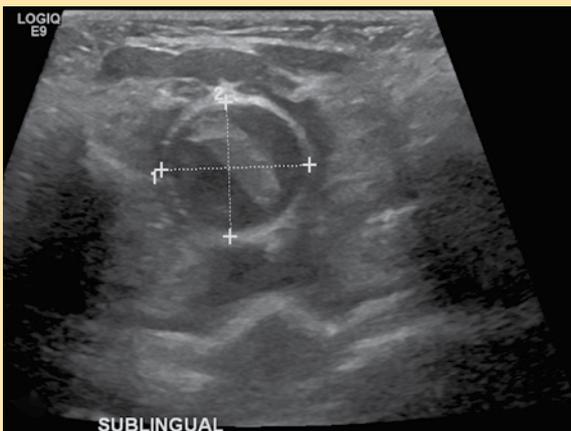


figura 2. Ultrasonido de tejidos blandos de región sublingual: Tumor bien circunscrito, con diversas ecogenicidades.

INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides (QD) son lesiones congénitas derivadas de células pluripotenciales; se originan en un defecto de fusión de las masas mesenquimatosas laterales embrionarias. En 1937, New y Erich publicaron una serie de 1495 pacientes con este diagnóstico; de ellos, 23.3% en el piso de la boca. Meyer realizó una clasificación de acuerdo con los derivados embrionarios que contenían, y así los agrupó en: epidermoides (quiste revestido de epitelio, sin estructuras anexas), dermoides (quiste epitelial con

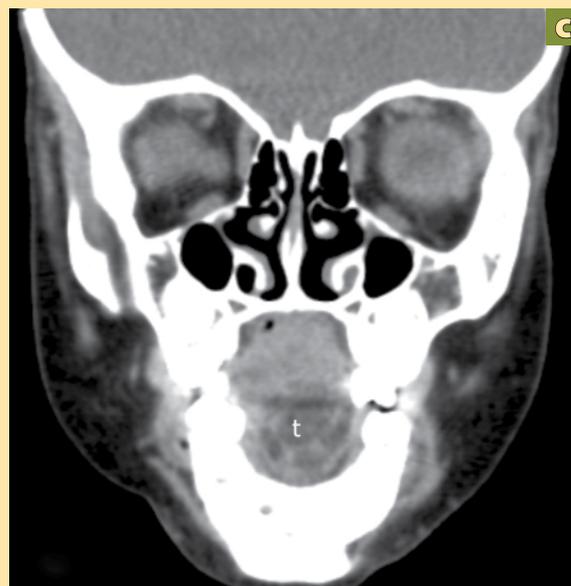
apéndices dérmicos, tales como folículos pilosos, glándulas sebáceas o glándulas sudoríparas), teratoides (quistes revestidos de epitelio que contienen elementos epiteliales y no epiteliales como hueso, músculo, tejido respiratorio y gastrointestinal) y teratoma verdadero (las 3 capas germinales bien diferenciadas)¹.

Estos quistes son causados por un atrapamiento de detritus epitelial en la línea media, durante la fusión del primer y segundo arco faríngeo durante la quinta semana de desarrollo embrionario^{2,3}. Su incidencia va de 0.02 a 1.8%, sin predilección de sexo. Un 7% se presenta en la cabeza o cuello; de éstos, 1.6% se localizan en la cavidad oral, y 0.01% en el piso de la boca⁴. En esta región los quistes se presentan como masas suaves, frecuentemente adheridos al hueso hioides, principalmente en el triángulo submentoniano por debajo del músculo milohioideo o en el piso de la boca por encima de este mismo músculo. El término quiste dermoide también se ha intercambiado con el de teratoma³.

Las manifestaciones clínicas son diversas y dependen de la localización y de su tamaño. Pueden ser desde asintomáticos hasta llegar a dificultar la alimentación, el habla o la respiración. La tomografía computada contrastada suele mostrar una lesión quística que envuelve el espacio submental y el piso de la boca. El diagnóstico diferencial incluye: quiste del conducto tirogloso, quiste de arco branquial, tiroides ectópica, absceso sublingual, celulitis sublingual, angina de Ludwig, sialoadenitis sublingual, mucocele, ránula, tumor de glándula salival, bloqueo de conducto de Wharton, higroma quístico, carcinoma celular escamoso, linfagioma, hemangioma⁴. El único tratamiento efectivo es la resección quirúrgica, que consiste en la enucleación completa, el pronóstico es bueno si se retira por completo la lesión, la malignización es extremadamente rara, sin embargo se ha descrito⁴⁻⁶.

REPORTE DEL CASO

Varón de 2 años de edad, sin antecedentes de importancia, que inició su padecimiento actual al nacer, cuando presentó un aumento de volumen sublingual, respiración oral constante y sialorrea ocasional, sin disnea, dolor o alteración en la deglución,



con desarrollo normal del lenguaje. A la exploración clínica se observó un tumor de 3 × 4 cm en la línea media del piso de la boca, no pulsátil, con base de implantación amplia, que desplazaba la lengua hacia arriba y hacia atrás, no dolorosa, sin cambios tróficos en la mucosa circundante (**figura 1**).

Se le realizó un estudio ultrasonográfico (**figura 2**), que mostró una lesión por debajo del vientre del digástrico, entre el músculo milohioideo, de 17 × 16 × 31 mm, heterogénea, con áreas hipocogénicas y otras compatibles con tejido adiposo.

El estudio de tomografía computada (TC) (**figura 3a, 3b, 3c**) confirma la lesión encontrada en el ultrasonido.

Por la evolución de la lesión y el potencial compromiso de la vía aérea, se decidió hacer tratamiento quirúrgico. Se realizó la resección quirúrgica bajo anestesia general, por abordaje transoral, realizando incisión en la línea media de la lengua, donde se localizó un tumor de aspecto quístico, de bordes bien definidos, de consistencia blanda, que se resecó por completo y sin complicaciones. (**figura 4a, 4b, 4c**).

El reporte histopatológico fue de quiste teratoide completamente resecado (**figura 5**). Se dio seguimiento de 6 meses antes de darse de alta.

DISCUSIÓN

En 1995, Meyer actualizó el concepto de QD para describirlo y clasificarlo en 3 variantes histopatológicas: dermoide, epidérmico y el teratoide⁷.

figura 3. Tomografía computada: **a)** Corte axial. **b)** Corte coronal. **c)** Corte sagital. Tumor (t) de aspecto quístico en la línea media del piso de la boca, entre el músculo milohioideo (m), bien delimitada, con mucosa circundante de apariencia normal.

Sin embargo, la nueva clasificación realizada en 2013 por Gordon et al., utiliza una nueva terminología que modifica la de Meyer al referirse a ellos



figura 4. Resección de quiste por vía transoral. **a)** Incisión en línea media e identificación de conducto de Warthon derecho. **b)** Disección roma del tumor (t). **c)** Pieza final y defecto en piso de boca (pb).

como quistes de fusión de la línea media de tipo germinal, y los clasifica como:

1. Epidermoide (epitelio escamoso estratificado sin apéndices dérmicos).
2. Dermoide (epitelio escamoso estratificado con apéndices dérmicos, dentro de tejido conectivo,

3. Teratoide (epitelio escamoso estratificado con elementos de las 3 capas germinales, ectodermo, mesodermo y endodermo en el tejido subyacente)⁴.

Gordon et al., describen al teratoma como una neoplasia sólida que debe ser separada de la variable de quiste de fusión de la línea germinal.

Los QD se desarrollan generalmente sobre el músculo milohioideo, como una tumefacción situada en la línea media del triángulo sublingual o piso de la boca, por lo que condiciona una elevación de la lengua y puede interferir con la alimentación y el lenguaje. Los que se localizan por debajo del músculo presentan tumor en la línea media en la región submentoniana y, raramente, submandibular.

El estudio de elección para el diagnóstico, localización y selección de la técnica quirúrgica es la TC. El abordaje transoral representa una técnica relativamente fácil, con buenos resultados estéticos, generalmente los pacientes no presentan complicaciones y, cuando la resección es completa, no se evidencia recurrencia; los casos de malignización son extremadamente raros, sin embargo, existen^{3,4}.

En este caso clínico, el paciente cumplía con las indicaciones quirúrgicas para realizar un abordaje transoral. La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones, y obtuvo una adecuada evolución posoperatoria con un resultado histopatológico de quiste teratoide.

CONCLUSIÓN

La vía aerodigestiva superior se caracteriza por su variedad celular en sus epitelios, lo que viene acompañado de una gran variedad de entidades patológicas y, por lo tanto, de un amplio repertorio de diagnóstico diferenciales.

Los QD se caracterizan por su benignidad, así como un lento crecimiento; sin embargo, pueden llegar a interferir con la deglución y el habla, así como ocasionar dificultad respiratoria, por lo que se recomienda la resección quirúrgica transoral como tratamiento de elección en lesiones superiores al milohioides; pero, también puede ser utilizado en lesiones por debajo de éste. Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial, ya que de éste dependerá la estrategia terapéutica que se decida realizar. ●

REFERENCIAS

1. New GB, Erich JB. Dermoid cysts of the head and neck. *Surg Gynecol Obstet.* 1937;65:48.
2. Vargas Fernández JL, Lorenzo Rojas J, Aneiros Fernández J, Sainz Quevedo M. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Acta Otorrinolaringológica (English Edition).* 2007; 58(1):31-3.
3. Gordon PE, Faquin WC, Lahey E, Kaban LB. Floor-of-mouth dermoid cysts: report of 3 variants and a suggested change in terminology. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2013;71(6):1034-41.
4. Kyriakidou E, Howe T, Veale B, Atkins S. Sublingual dermoid cysts: case report and review of the literature. *The Journal of Laryngology & Otology* 2015;129(10):1036-9.
5. Devine JC, Jones DC. Carcinomatous transformation of a sublingual dermoid cyst. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery.* 2000;29(2):126-7.
6. Akao I, Nobukiyo S, Kobayashi T, Kikuchi H, Koizuka I. A case of large dermoid cyst in the floor of the mouth. *Auris Nasus Larynx.* 2003;30:137-9.
7. González de Santiago MJ, Alatorre Pérez S, Montaña SA, Ayala Bernal JM. Quiste dermoide. Reporte de dos casos clínicos. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial.* 2015;11(1):20-6.

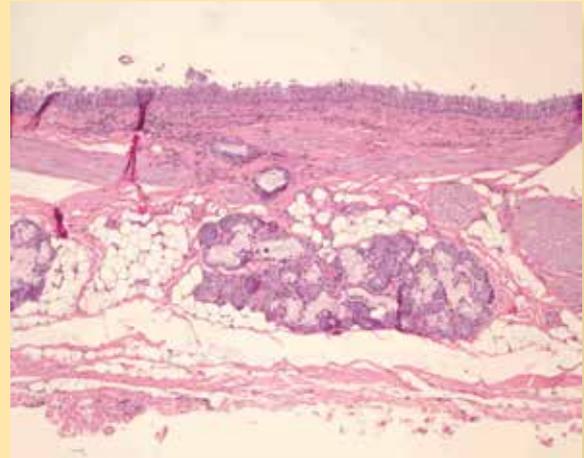


figura 5. Pared de la cavidad revestida por epitelio plano estratificado queratinizado, transición con epitelio de tipo respiratorio. Anexos cutáneos con unidades pilosebáceas.



figura 6. Resultado de cicatrización a los seis meses después del tratamiento quirúrgico.