



Enero - Marzo 2026
Vol. 6, núm. 1 / pp. 26-31

Abordaje quirúrgico de teratoma quístico maduro en cavidad oral. Reporte de caso

Surgical approach of mature cystic teratoma in the oral cavity. Case report

Mariana Molina Cote,^{*,‡} Luis Manuel Romero,^{*,§} Alejandro Cedeño,^{*,¶}
Gustavo Bustamante,^{*,¶} Ligia Pérez,^{*,¶} Gustavo Díaz,^{*,‡}

Palabras clave:

teratoma quístico maduro, quiste dermoide, quiste, piso de la boca, cavidad oral, abordaje quirúrgico.

Keywords:

mature cystic teratoma, dermoid cyst, cyst, floor of mouth, oral cavity, surgical approach.

RESUMEN

Introducción: un teratoma quístico maduro o quiste dermoide es una lesión congénita rara que resulta del secuestro de células pluripotenciales durante el desarrollo embrionario. Aunque puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, su localización en la región de la cabeza y el cuello es infrecuente, representando menos del 7% de todos los casos. Dentro de esta región, el piso de la boca es el sitio anatómico más frecuentemente involucrado. **Objetivo:** describir la técnica quirúrgica y el diagnóstico histopatológico utilizados en un caso clínico de un teratoma quístico maduro ubicado en el piso de la boca. **Reporte de caso:** paciente femenina de 19 años de edad que acude a consulta al servicio de Cirugía Bucal del área quirúrgica de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia debido a una lesión en el piso de la boca con tres años de evolución; refiere un crecimiento exacerbado de la lesión desde hace cinco meses, asintomática. Al estudio por imágenes tipo tomografía computarizada helicoidal de cara y cuello, se evidencia imagen isodensa que abarca el piso de la boca y se extiende hasta la región suprahiodea, de bordes bien definidos, ocasionando leve estenosis de la vía aérea. La paciente es llevada a mesa operatoria bajo anestesia general balanceada, donde se realiza abordaje quirúrgico para la exéresis de la lesión. **Conclusión:** este reporte subraya la importancia de la evaluación clínica, los estudios por imagen y, principalmente, la confirmación histopatológica para diferenciar estas lesiones de otras entidades patológicas en esta compleja región anatómica, a fin de lograr un diagnóstico preciso y un abordaje quirúrgico adecuado para su manejo.

ABSTRACT

Introduction: a mature cystic teratoma or dermoid cyst is a rare congenital lesion resulting from the sequestration of pluripotential cells during embryonic development. Although it can occur anywhere in the body, its location in the head and neck region is infrequent, representing less than 7% of all cases. Within this region, the floor of the mouth is the most frequently involved anatomical site. **Objective:** describe the surgical technique and histopathologic diagnosis of a clinical case of a mature cystic teratoma located in the floor of the mouth. **Case report:** this is a 19-year-old female patient who came for consultation to the Oral Surgery Service of the Surgical Area of the Faculty of Dentistry of the University of Zulia, presenting a lesion in the floor of the mouth with three years of evolution, which refers an exacerbated growth since five months ago, asymptomatic. The computed tomography scan of the face and neck shows an isodense image covering the floor of the mouth and extending to the supra-hyoid region, with well-defined borders, causing slight airway stenosis. The patient was taken to the operating table under balanced general anesthesia where a surgical approach was performed for excision of the lesion. **Conclusion:** this report underlines the importance of clinical evaluation, imaging studies and, mainly, histopathologic confirmation to differentiate these lesions from other pathologic entities in this complex anatomic region, to achieve an accurate diagnosis and an adequate surgical approach for their management.

* Facultad de Odontología. División de Estudios para Graduados. Universidad del Zulia, Venezuela.

‡ Odontólogo. Programa de formación de residencia del postgrado en Cirugía Bucal.

§ Odontólogo. Cirujano Oral y Maxilofacial. Profesor agregado. Adjunto del postgrado en Cirugía Bucal.

¶ Odontólogo. Cirujano Bucal. Profesor asociado. Adjunto del postgrado en Cirugía Bucal.

¶ Profesor titular. Adjunto del postgrado en Cirugía Bucal.

Recibido: 03/07/2025

Aceptado: 11/09/2025

doi: 10.35366/123088

Citar como: Molina CM, Romero LM, Cedeño A, Bustamante G, Pérez L, Díaz G. Abordaje quirúrgico de teratoma quístico maduro en cavidad oral. Reporte de caso. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg.* 2026; 6 (1): 26-31. <https://dx.doi.org/10.35366/123088>



INTRODUCCIÓN

El teratoma es un tumor de origen embrionario compuesto por células germinales pluripotenciales. Entre sus componentes podemos encontrar restos de tejidos u órganos provenientes de las tres capas embrionarias: ectodermo, mesodermo y endodermo. Pueden ser benignos o malignos y suelen estar compuestos por áreas de tejidos embrionarios inmaduros en grado variable. La localización más habitual del teratoma es la región sacrococcígea (57%), seguida del ovario y el testículo (28%).¹

Cuando se encuentran en la cavidad oral, los teratomas quísticos maduros o quistes dermoides son considerados lesiones benignas no odontogénicas. Alrededor del 7% se presenta en cabeza y cuello, con una ocurrencia en cavidad oral de aproximadamente 1.6%; el piso de boca es el segundo sitio más común (0.1%), después de la porción más distal del arco superciliar; sin embargo, también se pueden encontrar en la lengua, los labios, la mucosa bucal y la mandíbula.²⁻⁴ Su ubicación en la lengua puede ser lateral o en la línea media.⁵

Se puede presentar entre la segunda y tercera década de vida, presentando una distribución equitativa por género. Se sugiere una distribución bimodal por edad, ya que suele detectarse en la infancia, aunque puede aparecer durante la pubertad, cuando los cambios hormonales provocan un aumento en la producción de grasa.⁶

La presentación clínica más común es una masa de crecimiento lento, no dolorosa, que puede causar dificultad para la masticación, deglución, fonación o respiración, dependiendo de su tamaño y localización exacta. En ocasiones pueden presentarse episodios de infección.⁷

El diagnóstico diferencial de una masa en el piso de la boca es amplio, e incluye otras lesiones quísticas y tumorales como la ránula oral (simple o superficial), ránula «*plunging*» (también conocida como ránula cervical o mucocelo *plunging*), malformación vascular o linfática, lipoma, neurofibroma, quiste del conducto tirogloso, neoplasia de la glándula salival o quiste gastrointestinal heterotópico (en raras ocasiones), así como tumores malignos como carcinomas de células escamosas o sarcomas.⁸

La clave para la diferenciación radica en las características de imagen y, finalmente, en el examen histopatológico.^{5,9}

REPORTE DE CASO

Se trata de mujer de 19 años de edad que acude a consulta al Servicio de Cirugía Bucal del área quirúrgica de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia debido a una lesión en el piso de la boca con tres años de evolución, la cual refiere un crecimiento exacerbado desde hace cinco meses; asintomática.

A la anamnesis, paciente niega antecedentes médicos y quirúrgicos de relevancia. Niega hospitalizaciones, alergias y hábitos.

Al examen clínico extraoral, se evidencia aumento de volumen en región submandibular bilateral, sin signos clínicos de inflamación, móvil, depresible, no dolorosa a la palpación (Figura 1).

Al examen clínico intraoral se evidencia dificultad a la apertura oral sin presentar hipometría, halitosis ni irritantes locales; además, se evidencia lesión en la línea media del piso de la boca, con base de implantación amplia que provoca desplazamiento de la lengua hacia arriba y hacia atrás, de color amarillento, no dolorosa, sin cambios tróficos en la mucosa circundante (Figura 2), ocasionando



Figura 1: Examen clínico extraoral. Se evidencia aumento de volumen en región submandibular bilateral.

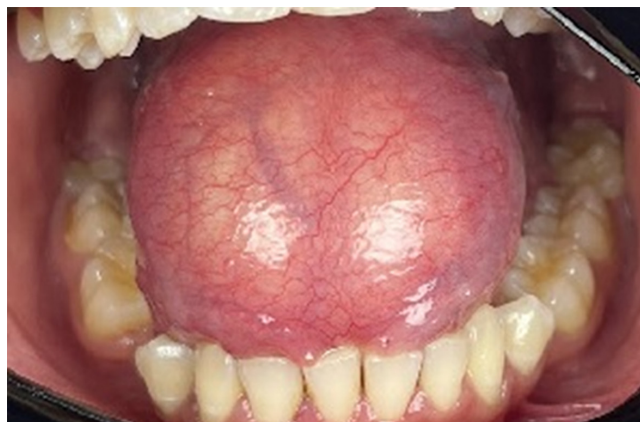


Figura 2: Examen clínico intraoral.

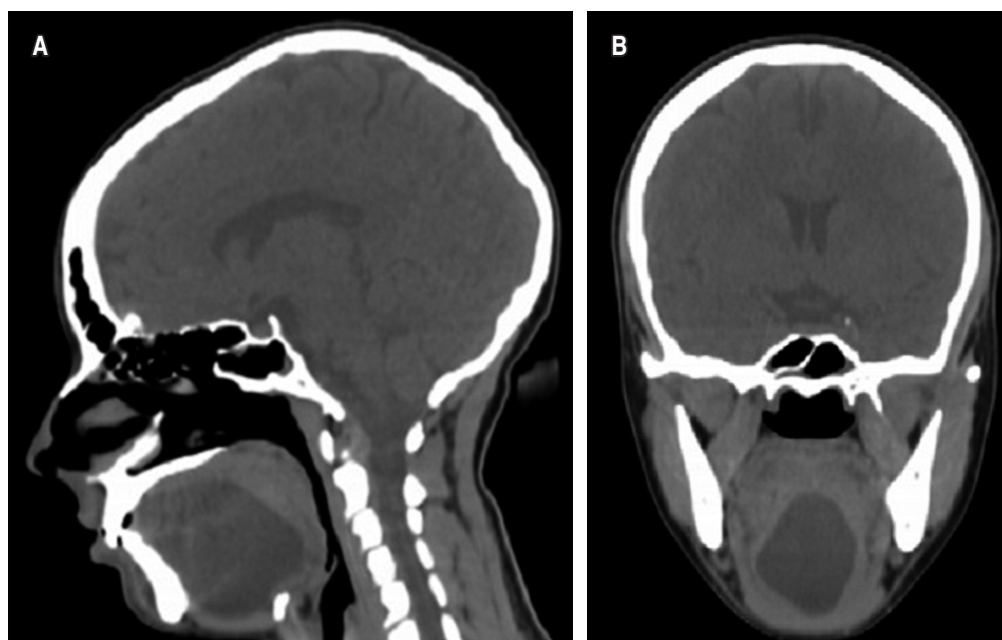


Figura 3:

A - B) Estudio por imágenes tipo tomografía computarizada (TC) helicoidal de cara y cuello de cortes finos y multiplanares.



Figura 4: Marcación del trazo con azul de metileno.

disartria, disfagia bucofaríngea, sialorrea y leve disnea al esfuerzo físico.

Se solicita estudio por imágenes tipo tomografía computarizada (TC) helicoidal de cara y cuello, de cortes finos y multiplanares, donde se evidencia una imagen isodensa que abarca el piso de la boca y se extiende hasta la región suprahioides, sin comprometer el vientre anterior del digástrico y el milohioideo, de bordes bien definidos, ocasionando leve estenosis de la vía aérea (Figura 3).

Se discute el caso con el servicio de Anestesiología y Cirugía de Tórax para la valoración de la vía aérea debido a la complejidad de su abordaje, producto del tamaño de la

lesión, y se decide llevar a la paciente a mesa operatoria para realizar biopsia excisional.

Bajo anestesia general balanceada, intubación orotraqueal, previa asepsia y antisepsia del campo operatorio, se realiza infiltración con lidocaína al 2% + epinefrina 1:100,000 a nivel del vértice de la lengua; se realiza punto de sutura con seda 3-0 en vértice y laterales de la lengua para su tracción; se realiza marcación del trazo con azul de metileno (Figura 4); se procede a realizar incisión en T en cara ventral de la lengua; asimismo, se colocan puntos de referencia en ambos colgajos, y se procede a realizar disección roma perilesional para exponer la lesión quística, conservando los reparos anatómicos, hasta realizar exéresis de la misma (Figura 5). Se verifican los músculos del piso de la boca y se procede a realizar cierre por planos con sutura de ácido poliglicólico 4-0. Se culmina el procedimiento sin complicaciones y se traslada a la paciente a sala de recuperación.

El tejido eliminado es enviado a anatomía patológica. El estudio macroscópico reporta estructura nodular de tejido blando, pardo claro, con áreas de hemorragia de $5.5 \times 4.5 \times 3$ cm. Al corte, cavidad con contenido pastoso amarillo, pared de 0.4 cm (Figura 6).

Microscópicamente se evidencia cavidad revestida por epitelio escamoso estratificado, ortoqueratinizado, en cuya pared se identifican folículos pilosos, glándulas sebáceas, conductos de glándulas sudoríparas y tejido muscular estriado. La cavidad se encuentra ocupada por desechos de queratina. Se emite el diagnóstico de teratoma quístico maduro (Figura 7).

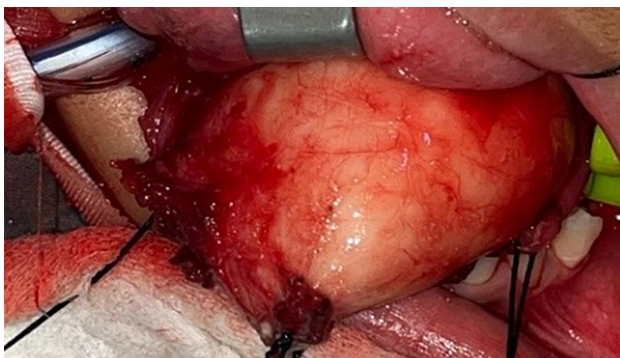


Figura 5: Incisión en T en cara ventral de lengua y puntos de referencia en ambos colgajos.

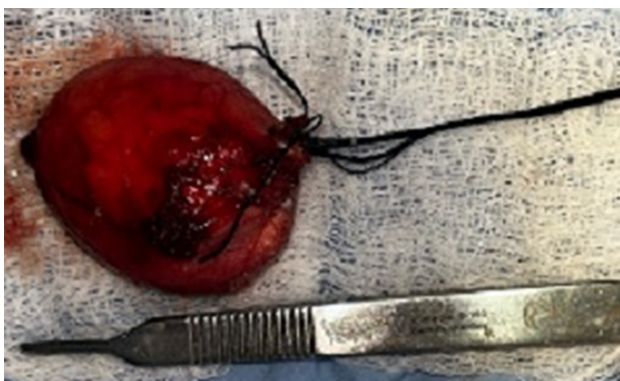


Figura 6: Espécimen. Estudio macroscópico reporta estructura nodular de tejido blando, pardo claro, con áreas de hemorragia de 5,5 x 4,5 x 3 cm.

Se hace control postoperatorio a los 15 días, donde se evidencia herida quirúrgica en sano proceso de cicatrización y movimientos conservados de la lengua (*Figura 8*).

DISCUSIÓN

Los quistes dermoides son neoplasias inusuales que se presentan en la infancia, principalmente entre la segunda y tercera década de vida, y pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo.¹⁰ Se han descrito casos en la región de la nariz, senos paranasales, órbitas, cuero cabelludo, recto, ovarios, abdomen, testículos y glándulas salivales.¹¹

Cuando se presentan en cavidad oral se pueden clasificar según la relación anatómica entre el quiste y los músculos del piso de la boca. Los quistes dermoides pueden denominarse: submentonianos (entre los músculos geniioideo y milohioideo), sublinguales (por encima de los músculos milohioideo y geniogloso) y submandibulares (laterales a la musculatura).¹²

Nuestro caso fue diagnosticado en la segunda década de vida; en relación a la localización, se presentó en la línea media del piso de la boca con extensión a la región suprahioidea, sitio poco frecuente de quistes dermoides en el macizo facial.

La etiología precisa de los teratomas en el piso de la boca no está completamente dilucidada. La teoría más aceptada postula que se originan a partir de la inclusión de células ectodérmicas o de las tres capas germinales durante el cierre de los arcos branquiales en la cuarta semana de gestación. Estas células quedan atrapadas en la línea media o paramediana del piso de la boca.¹³

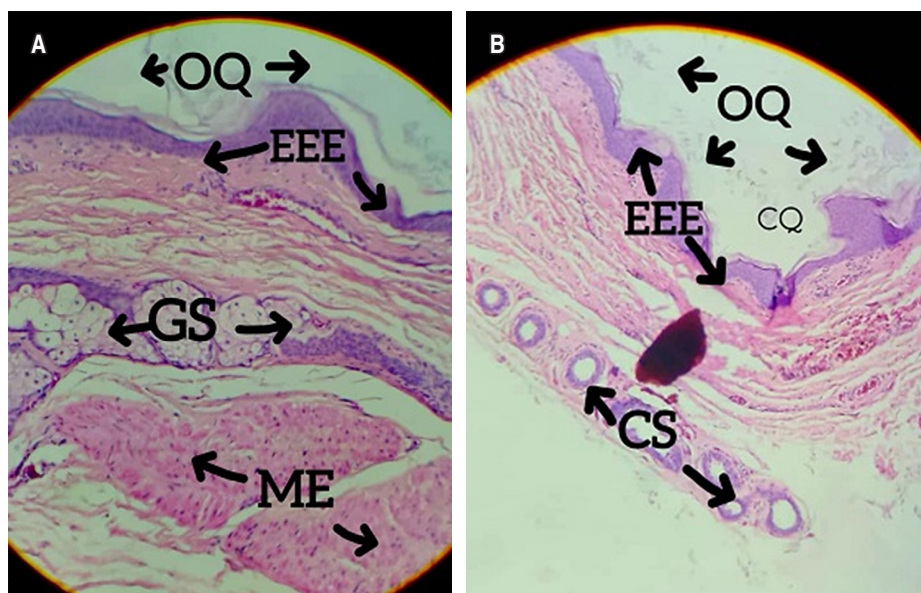


Figura 7:

A - B) Diagnóstico histopatológico: teratoma quístico maduro.
 CS = conductos de glándulas sudoríparas.
 EEE = epitelio escamoso estratificado.
 GS = glándula sebácea.
 ME = músculo estriado.
 OQ = ortoqueratina.



Figura 8: Control postoperatorio a los 15 días.

Histopatológicamente, los teratomas se clasifican en maduros (bien diferenciados), inmaduros (con elementos embrionarios) y con malignidad (que contienen componentes neoplásicos). Los teratomas quísticos se caracterizan por la presencia de tejidos bien diferenciados derivados de las tres capas germinales: ectodermo (epidermis, anexos cutáneos como folículos pilosos y glándulas sebáceas), mesodermo (tejido conectivo, músculo, cartílago, hueso) y endodermo (epitelio respiratorio o gastrointestinal). Si la lesión contiene sólo elementos ectodérmicos y mesodérmicos, se denomina quiste dermoide, mientras que, si sólo contiene elementos ectodérmicos, se clasifica como quiste epidermoide.¹⁴

La enucleación quirúrgica es el único tratamiento eficaz para los quistes dermoides. La ubicación del quiste parece ser un factor determinante del abordaje quirúrgico. La mayoría de los autores recomiendan el abordaje intraoral para el quiste sublingual, mientras que el abordaje extraoral suele preferirse para la afectación del espacio submandibular y submentoniano. En caso de un abordaje intraoral, se realiza una incisión vertical en la mucosa, en la línea media a lo largo de la superficie ventral de la lengua; sin embargo, sólo se pueden enuclear quistes pequeños mediante este tipo de incisión. Se han propuesto otras incisiones en la superficie ventral de la lengua, como una incisión en forma de «T» invertida.¹⁵

En el caso presentado el abordaje se realizó intraoral bajo anestesia general, balanceada con intubación orotraqueal por

parte del servicio de Cirugía de Tórax, con incisión en T en cara ventral de la lengua.

CONCLUSIÓN

Los quistes dermoides del piso de la boca son lesiones congénitas benignas, aunque poco comunes, que requieren un diagnóstico preciso para su manejo adecuado, ya que pueden llegar a presentar tamaños importantes donde se puede ver comprometida la vía aérea. La evaluación clínica, los estudios por imagen y, principalmente, la confirmación histopatológica son esenciales para diferenciar estas lesiones de otras entidades patológicas en esta compleja región anatómica. La escisión quirúrgica completa representa el tratamiento definitivo, con un excelente pronóstico y una mínima probabilidad de recurrencia. La comprensión de su etiología y de sus características clínicas y patológicas es crucial para los profesionales de la salud que abordan las patologías de cabeza y cuello.

REFERENCIAS

1. Rapis AD, Angelopoulos AP, Scouteris C. Dermoid cyst of the floor of the mouth. Report of a case. *Br J Oral Surg*. 1981; 19 (1): 43-51. doi: 10.1016/0007-117x(81)90020-2.
2. Kountakis SE, Minotti AM, Maillard A, Stiernberg CM. Teratomas of the head and neck. *Am J Otolaryngol*. 1994; 15 (4): 292-296. doi: 10.1016/0196-0709(94)90099-x.
3. Cotran RS, Kumar V, Collins T. *Robbins pathologic basis of disease*. 6th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company, 1999.
4. Yilmaz I, Yilmazer C, Yavuz H, Bal N, Ozluoglu LN. Giant sublingual epidermoid cyst: a report of two cases. *J Laryngol Otol*. 2006; 120 (3): E19. doi: 10.1017/S0022215106009194.
5. Cordero-Yanza JA, Lupa-Mendlovic M, Pichardo-Bahena R, Dávalos-Fuente MS. Quiste teratoide sublingual. Reporte de un caso. *Rev Fac Med (Méx)*. 2017; 60 (3): 23-27.
6. Campbell R, Walker P: Management of congenital lingual dermoid cysts. *Int J Pediatr Otol*. 2010; 74: 567.
7. Pérez-Salcedo L, Bascones Martínez A. Tumores benignos de la mucosa oral. *Av Odontostomatol*. 2010; 26(1): 11-18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852010000100002&lng=es&tlng=es
8. Saïd-Al-Naïef N, Fantasia JE, Sciubba JJ, Ruggiero S, Sachs S. Heterotopic oral gastrointestinal cyst: report of 2 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999; 88 (1): 80-86. doi: 10.1016/S1079-2104(99)70197-6.
9. Jiménez PC. Diagnóstico diferencial de lesiones de la mucosa bucal: parte II. *Acta Odontol Venez*. 1999; 37 (3): 155-156. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63651999000300028&lng=es&tlng=es
10. Erich JB, Johnsen DS. Congenital dermoid cyst. *Am J Surg*. 1953; 85 (1): 104-107.
11. Fuchshuber S, Grevers G, Issing WJ. Dermoid cyst of the floor of the mouth--a case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2002; 259 (2): 60-62. doi: 10.1007/s004050100413.
12. Kyriakidou E, Howe T, Veale B, Atkins S. Sublingual dermoid cysts: case report and review of the literature. *J Laryngol Otol*. 2015; 129 (10): 1036-1039. doi: 10.1017/S0022215115001887.

13. Gupta S, Singh S, Gill M, Goyal R, Hasija S, Sen R. Teratoma of the tongue. *J Surg Case Rep.* 2012; 2012 (2): 6. doi: 10.1093/jscr/2012.2.6.
14. Cabezas-Palacios MN, Rodríguez-Zarco E, Rodríguez-Jiménez I, Márquez-Maraver F. Teratoma ovárico maduro e inmaduro, a propósito de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2017; 85 (5): 331-337.
15. Cruz V, Marcia B, Cruz V, Ludy, Castel B, María I. Presentación inusual de quiste dermoide en piso de boca: reporte de caso y revisión de la literatura. *Cuadernos Hospital de Clínicas.* 2018; 59 (2): 50-54.

Correspondencia:

Mariana Molina Cote

Maracaibo, Venezuela

Tel: +58 414-7219745

E-mail: od.molinacote@gmail.com