

Quiste dermoide lateral de suelo de boca: A propósito de un caso

AUTORES

Anguila Sánchez I*
Sepúlveda Rojas C*
Inmaculada Isorna R*
Creo Martínez T**
Sánchez González FJ*

*Servicio de ORL.
Hospital de Mérida. Badajoz.
**Servicio Cirugía Maxilofacial.
Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Lateral dermoid cyst of the floor of the mouth. A case report.

RESUMEN

El quiste dermoide es una malformación del desarrollo embrionario. El quiste dermoide lateral de suelo de boca, representa el 19% de los de cabeza y cuello. Las manifestaciones clínicas dependen su localización y tamaño.

El diagnóstico se hace por TAC, RNM y se confirma por la anatomía patológica.

El tratamiento es siempre quirúrgico.

PALABRAS CLAVE:

Quiste dermoide lateral de suelo de boca.

SUMMARY

The dermoid cyst is a malformation of embryonic development. The lateral dermoid cyst of mouths floor is the 19% those of head and neck. The clinical manifestations depend on its size and location.

The diagnosis is made by CT, RNM and confirmed by pathological anatomy.

Treatment is always surgical.

KEY WORDS:

The lateral dermoid cyst of mouths floor.

Introducción

Los quistes dermoides son malformaciones del desarrollo embrionario que raramente se observan en el suelo de la boca. El quiste dermoide "verdadero" está formado por epitelio queratinizado con anejos cutáneos. Presentamos el caso de una niña de 7 años con una tumoración en el suelo de la boca derecho que le provoca alteraciones en la pronunciación y en la deglución. La lesión fue extirpada a través de un abordaje intraoral y fue diagnosticada de quiste dermoide de suelo de boca. El diagnóstico diferencial en estos casos hay que realizarlo con procesos de similares características y situación, tales como ránula sublingual, lipomas, angina de Ludwig, quiste tirogloso, etc.

Caso Clínico

Niña de 7 años sin antecedentes personales de interés que presenta gran inflamación del suelo de boca de 2 meses de evolución que le provoca alteración en la fonación así como en la deglución. No presenta disnea.

A la exploración se evidencia una tumoración en suelo de boca derecho que desplaza la lengua en sentido craneal, bien delimitada, blanda, no fluctuante y no dolorosa a la palpación. La exploración cervical fue anodina salvo leve abultamiento submentoniano en lado derecho. Al presionar sobre la región submaxilar la tumoración se des-

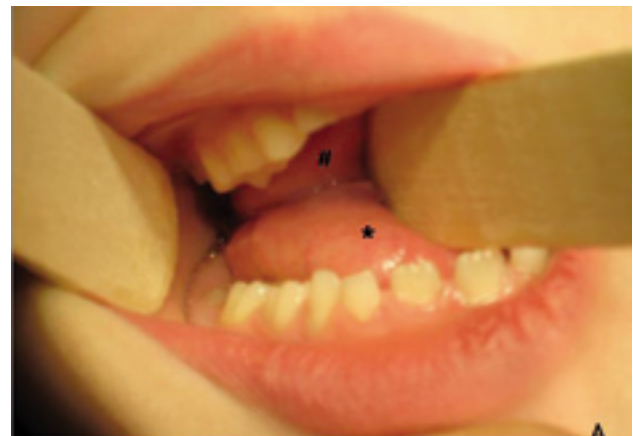


Figura 1. Tumoración en suelo de boca.

plaza hacia arriba, dando la impresión de un aumento de su tamaño en el suelo de la boca. El aspecto de la mucosa en el suelo de boca es normal (figura 1).

Como pruebas complementarias se realizó una Ecografía cervical en donde se visualiza una imagen de naturaleza quística, de 3x3 cm con contenido ecogénico en su interior en vertiente derecha de región cervical anterior; compatible con quiste del conducto tirogloso complicado. En el estudio de Tc cervical, sin embargo, se describe una imagen redondeada de baja densidad en el espacio sublin-

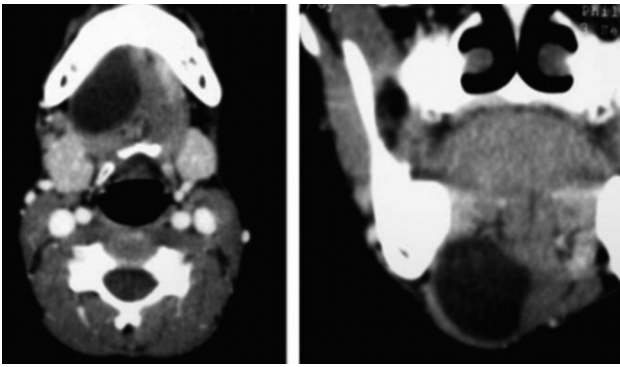


Figura 2. TAC: Imagen en espacio sublingual derecho.



Figura 3. Cirugía: Enucleación de la tumoración y aspecto macroscópico del quiste.

qual derecho compatible con un sialoquiste de glándula sublingual o ránula simple (figura 2).

Con el diagnóstico de posible ránula, la paciente se interviene quirúrgicamente para exéresis de dicha tumoración. Bajo anestesia general y abordaje intraoral se realiza enucleación de la tumoración (figura 3) preservando estructuras como el nervio lingual y conducto de Warthon. Macroscópicamente el quiste era blando, capsulado y de una coloración amarillenta (figura 3).

El estudio anatomopatológico reveló una cavidad quística con epitelio escamoso ortoqueratinizado conteniendo en su interior queratina así como anejos cutáneos como glándulas sebáceas y folículos pilosos, dando el diagnóstico definitivo de Quiste dermoide de suelo de la boca.

Discusión

Históricamente bajo el término genérico de quiste dermoide se describen tres variedades histológicas distintas¹: quiste epidermoide, formado por epitelio simple estratificado y una pared fibrosa, sin anejos cutáneos; quiste dermoide "verdadero" que se diferencia del anterior por la presencia de anejos cutáneos como glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos. El quiste teratoide represen-

ta la tercera variedad, está formado por distintos tipos de epitelios (simple, escamoso, cilíndrico ciliado¹) y contiene derivados de las tres hojas embrionarias, ectodermo, mesodermo y endodermo.

Los quistes dermoides de suelo de boca representan del 1.6 al 6.5% de los quistes dermoides corporales¹ y aproximadamente el 19% de los quistes dermoides de cabeza y cuello. Ocurren en su mayoría en adultos jóvenes, algunos autores encuentran mayor afección en el sexo masculino^{2,3} con una relación varón/mujer de 3:1, sin embargo en otras publicaciones no se encuentra predilección por sexos⁴. El crecimiento del quiste puede estar condicionado por el estímulo hormonal en la pubertad, que produce una hipersecreción sebácea, lo que explica la mayor incidencia en adultos jóvenes³.

Los quistes dermoides de suelo de boca suelen localizarse en línea media, siendo los laterales, como en nuestro caso, muy infrecuentes¹. Algunos autores consideran que la localización lateral se debe a expansión del quiste por crecimiento desde su posición medial original⁴. Estos quistes se clasifican según la localización en el suelo de la boca en sublingual o geniogloso y geniioideo^{3,5}. El sublingual

Tabla I.

Categoría	Lesión	Clinica y exploración
Tumores	Benignos: •Glándulas salivares •Lipoma •Fibroma •Hemangioma •Neurofibroma	Desplazamiento de estructuras adyacentes, lento crecimiento, superficie lisa.
	Malignos: •Glándulas salivares •Linfoma •Rabdomiosarcoma •Neuroblastoma •Mts	Invasión estructuras adyacentes, superficie rugosa-ulcerada, adenopatías cervicales
Fenómenos de extravasación mucosa	Mucocele Ránula	Coloración translúcida, superficie lisa y fluctuante
Anomalías del desarrollo embrionario	Quiste del conducto tirogloso	Localizado en línea media cervical
	Quiste dermoide	Inflamación suelo de boca o cuello, lento crecimiento, indoloro.
	Quiste branquial Higroma quístico	Inflamación cervical lateral sin componente intraoral
Infecciones	Infección-celulitis suelo de boca Sialoadenitis sublingual o submandibular Linfadenitis viral (CMV, VEB) Infecciones granulomatosas	Inflamación de rápido crecimiento, dolor, fiebre,

se localiza entre el músculo genihioideo y el milohioideo, ocasiona un desplazamiento de la lengua hacia arriba. Si el quiste se localiza entre el milohioideo y el músculo cutáneo del cuello se denomina genihioideo y ocasiona un desplazamiento hacia fuera semejando un doble mentón^{2,3,5}.

El tamaño y la localización del quiste son la causa de las manifestaciones clínicas. Por lo general suelen tener un crecimiento lento y ser indoloros. El quiste dermoide sublingual puede ser asintomático o producir alteraciones en la pronunciación y masticación y los de mayor tamaño ocasionar disfagia y disnea^{3,5}.

Ante una inflamación en la región sublingual o cervical hay que considerar cuatro posibles categorías diagnósticas: infecciones, tumores, fenómenos de extravasación mucosa y anomalías del desarrollo^{1,2,5}. En la tabla 1 se exponen las cuatro categorías en relación con sus características clínicas importantes para el diagnóstico. En nuestro caso, la posibilidad de infección fue descartada debido a la ausencia de dolor, de fiebre y de foco de infección dentaria. Se excluyó tumor maligno por el aspecto de la lesión y la ausencia de adenopatías. Considerando el contexto clínico de nuestra paciente las dos opciones diagnósticas ponderadas eran las anomalías del desarrollo y fenómenos de extravasación mucosa. Con el apoyo de las pruebas complementarias realizadas y teniendo en cuenta la mayor frecuencia de la ránula frente a los quistes dermoides se optó ésta como primera hipótesis.

Ante diagnósticos confusos, las pruebas complementarias pueden ser de utilidad tanto para un diagnóstico preoperatorio como para un plan quirúrgico³. La Tomografía computerizada puede ser suficiente, nos indica la naturaleza quística del tumor, su tamaño y sus relaciones anatómicas³. Muchos autores prefieren el estudio con Resonancia, pues es superior a la TC para el estudio de tejidos blandos con lo que mejora la representación de las estructuras anatómicas del tumor así como la elección del abordaje quirúrgico^{2,5}. La punción aspiración puede ser negativa y no determinar las características histológicas debido al gran espesor del contenido^{2,3}.

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico con enucleación completa del quiste con su cápsula para evitar recurrencias locales³. La vía de abordaje depende del tamaño y la localización del quiste². La vía de abordaje intraoral está indicada para lesiones grandes, no infectadas, localizadas encima del músculo milohioideo⁵. Este abordaje proporciona buen resultado estético y funcional^{2,5}. Si la lesión es de gran tamaño, involucra simultáneamente tanto al espacio submentoniano como al suelo de la boca, el quiste está infectado y en casos de quistes genihioideos, la vía de abordaje de elección es la extraoral o cervical⁵. En ocasiones se realizan abordajes combinados². La técnica de marsupialización también se ha propuesto como una alternativa en caso de quistes gigantes². En general, la técnica quirúrgica es realizada con éxito, aún así hay que considerar los riesgos y posibles complicaciones de la cirugía en el suelo de la boca, debido a la manipulación de estructuras en el espacio sublingual. Hemorragias y hematomas de la

zona pueden provocar inflamación y edema del suelo de la boca que comprometa la vía aérea.

El pronóstico es bueno si se extirpa la lesión en su totalidad. Se han descrito recurrencias locales por la exéresis incompleta de la lesión³. La malignización de este tipo de tumores es muy rara², no habiéndose descrito malignizaciones en el suelo de la boca, aunque sí para quistes dermoides de otras localizaciones³.

Bibliografía

1. Christian B. Teszler, Imad Abu El-Naaj, et al: Dermoid Cysts of the Lateral Floor of the Mouth: A Comprehensive Anatomico-Surgical Classification of Cysts of the Oral Floor. *J. Oral Maxillofac Surg* 65: 327-332, 2007.
2. Bruno C. Jham, Gabriela V. Duraes, Andre C. Jham, Cassio R. Santos: Epidermoid Cyst of the Floor of the Mouth: A Case Report. *Clinical Practice JCDA Vol. 73, No 6, July/August 2007*.
3. Jose Luis Vargas Fernández, Juan Lorenzo Rojas, Jose Aneiros Fernández, Manuel Sainz Quevedo: Quiste dermoide de suelo de boca. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007; 58(1):31-33.
4. Fabiola Vasconcelos de Souza, Renato Luiz Maia Nogueira, et al: Cisto Dermóide: Relato de Caso Clínico. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Camaragibe, v.7, n.4, p. 37-42, outubro/dezembro 2007*
5. I.E. El-Hakim, A. Alyamani: Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2008;37:497-499.

Correspondencia

Dra. Inmaculada Anguita Sánchez
Avd. Las Américas, nº 9A, bloque. 1, 4ºD
06800 Mérida. Badajoz
E-mail: inmanguita@hotmail.com