

CASOS CLÍNICOS

PRESENTACIÓN INUSUAL DE QUISTE DERMOIDE EN PISO DE BOCA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

UNUSUAL PRESENTATION OF DERMOID CYST IN THE MOUTH FLOOR: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Cruz V. Marcia B.¹, Cruz V. Ludy², Castel B. María I.³

¹Cirujano Maxilofacial, Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría"
Correspondencia: m_cruz_v@hotmail.com

RECIBIDO: 20/07/2018
ACEPTADO: 27/07/2018

RESUMEN

Los Quistes Derrmoides son una patología frecuente, pero su localización en la cavidad oral es excepcional; cuando se presentan en el suelo de la boca muestran una tumoración benigna de la línea media. Para el abordaje quirúrgico son factores determinantes su tamaño y las relaciones anatómicas; sin embargo la exéresis intrabucal demuestra beneficios estéticos y funcionales. Se presenta el caso de una paciente de 9 años de edad, con aumento de volumen en el piso de la boca y región submentoniana, de 2 años de evolución, crecimiento lento, progresivo y asintomática. Se realizaron estudios complementarios y bajo anestesia general nasotraqueal, se procedió a su exéresis quirúrgica mediante un abordaje intrabucal. El diagnóstico histopatológico reportó Quiste Dermoide en el suelo de la boca. La paciente no ha tenido recurrencia de la lesión transcurridos 1 año de la cirugía.

PALABRAS CLAVE: Quiste Dermoide, piso de boca,

ABSTRACT

The Dermoid Cysts are a frequent pathology, nevertheless their location in the oral cavity is exceptional, when they occur in the floor of the mouth they show a benign tumor of the midline. Their size and anatomical location are determining factors in the surgical approach; however, the intra-oral exeresis demonstrates aesthetic and functional benefits. We present the case of a 9-year-old patient, with increased volume in the floor of the mouth and submental region, of 2 years of evolution, slow growth, progressive, asymptomatic. Complementary studies were carried out and under nasotracheal general anesthesia, we proceeded to surgical exeresis through an intra-oral approach. The histopathological diagnosis reported a Dermoid Cyst in the floor of the mouth. The patient had no recurrence of the lesion 1 year after the operation. A review is made about the diagnosis and surgical approaches of the Dermoid Cysts.

KEY WORDS: Dermoid cyst, mouth floor

INTRODUCCIÓN

Los Quistes Dermoides son lesiones benignas, a menudo se presentan en la infancia, no tienen predilección de sexo; alrededor del 7% se encuentran en la región de cabeza y

cuello, con una ocurrencia en cavidad oral de aproximadamente 1,6%, el piso de la boca es el segundo sitio más común en la cabeza y cuello (0.01%) después de la cola de ceja; sin embargo, también se pueden encontrar en la lengua, los

labios, la mucosa bucal y la mandíbula ¹. Son de crecimiento lento, progresivo, indoloro, de consistencia pastosa, cuando aumentan de tamaño en la cavidad oral, empujan la lengua hacia arriba y atrás ocasionando disfagia, disfonía y disnea, su extensión inferior da lugar al clásico aspecto de doble mentón. Para lograr un diagnóstico correcto debe realizarse exámenes imagenológicos: Ultrasonografía, Tomografía Computarizada e incluso Resonancia Magnética Nuclear y examen Histopatológico. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, siendo su recurrencia inusual ^{2,3}.

Meyer en 1955 actualizó el concepto de Quiste Dermoide para describir tres variantes histológicas: 1) Verdadero Quiste Dermoide: cavidad revestida de epitelio, que muestra queratinización y que tiene apéndices de piel identificables, como folículos pilosos, y glándulas sudoríparas y sebáceas en la pared del quiste. 2) Quiste Epidermoide: revestido por epitelio escamoso simple con una pared fibrosa y sin estructuras anexas. 3) Quiste Teratoide: el revestimiento varía de un epitelio simple escamoso a un epitelio ciliado respiratorio y contiene derivados de ectodermo, mesodermo y/o endodermo (tejido muscular, óseo, cartilaginoso, dentario, etc.). Los tres tipos histológicos contienen un material espeso de aspecto grasiento ^{4,5}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 9 años de edad, acude a consulta externa de Cirugía Maxilofacial del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria" de

La Paz en compañía de su madre, con cuadro clínico de 2 años de evolución aproximadamente, caracterizado por aumento de volumen de piso de boca y región submentoniana, de crecimiento lento, progresivo, asintomático. Niega antecedentes patológicos personales y familiares de relevancia. Al examen extraoral se evidencia asimetría facial por aumento de volumen submentoniano, de consistencia blanda, indoloro, cubierto por piel de aspecto normal; al examen intraoral se observa aumento de volumen en el piso de la boca, de aproximadamente 5 cm de diámetro, sin cambio de coloración de la mucosa oral, a la palpación blando, depresible, no doloroso, conductos salivales permeables, sin signos ni síntomas infecciosos (Figura N° 1). Se solicita exámenes complementarios: hemograma y coagulograma, cuyos resultados se encuentran en parámetros normales. Tomografía Axial Computarizada contrastada de región facial y cervical donde se aprecia: formación quística ovoidea, de 4,5 cm x 3,4 cm de diámetro mayor, de bordes definidos, con imagen hipodensa en su interior, localizado en piso de boca y región submentoniana, las estructuras anatómicas adyacentes sin alteraciones (Figura N° 2). Bajo anestesia general y mediante abordaje intraoral se realiza exéresis completa de la masa (Figura N° 3), se envía para estudio anatomopatológico cuyo reporte indica: Quiste Dermoide en piso de boca. La paciente presentó en el postoperatorio evolución favorable y no muestra datos de recurrencia transcurridos 1 año de la cirugía (Figura N° 4).

FIGURA N° 1

IMAGEN PREOPERATORIA

a) EXTRAORAL

b) INTRAORAL



FIGURA N° 2

TAC CONTRASTADA DE MACIZO FACIAL Y CERVICAL: IMAGEN QUÍSTICA OVOIDEA, DE BORDES DEFINIDOS, CON ÁREA HIPODENSA EN SU INTERIOR, LOCALIZADO EN PISO DE BOCA Y REGIÓN SUBMENTONIANA

a) CORTE SAGITAL

b) CORTE AXIAL



FIGURA N° 3

IMAGEN TRANSOPERATORIA

a) ABORDAJE INTRAORAL

b) LESION QUISTICA



FIGURA N° 4

CONTROL POSTOPERATORIO DE 1 AÑO

a) EXTRAORAL

b) INTRAORAL



DISCUSIÓN

Cuando se encuentran en la cavidad oral, los Quistes Dermoides son considerados lesiones benignas no odontogénicas. Alrededor del 7% se presentan en cabeza y cuello, con una ocurrencia en cavidad oral de aproximadamente 1,6%, el piso de la boca es el segundo sitio más común en la cabeza y cuello (0.01%) después de la cola de ceja; sin embargo, también se pueden encontrar en la lengua, los labios, la mucosa bucal y la mandíbula. Cuando se localizan en el piso de la boca pueden ser laterales a la lengua o en la línea media. Aunque generalmente se diagnostican en la segunda y tercera décadas de vida, pueden presentarse en cualquier edad y con la misma frecuencia de ocurrencia en ambos sexos.^{6,7} Nuestro caso clínico 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 al espacio submentoniano, sitio poco frecuente de Quistes Dermoides en macizo facial. Dependiendo del tamaño de la lesión, puede desplazar la lengua y causar disfagia, disfonía y disnea. Ha habido informes en la literatura de Quistes Dermoides que aumentaron drásticamente en tamaño durante el embarazo, causado por un aumento en la producción de sebo de las glándulas sebáceas presentes en el revestimiento del quiste. Mesolella et al. propusieron una alternativa en teoría, que el rápido crecimiento está asociado con aumento de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona, que actúan como factores de crecimiento en el quiste. Quistes Dermoides muy grandes han sido reportados también en la literatura, pero estos son raros. Cuando ocurren, puede haber un riesgo para la permeabilidad de la vía aérea y la traqueotomía incluso puede ser necesaria como parte del tratamiento⁸.

Los estudios imagenológicos son un complemento importante para el diagnóstico y tratamiento. El Ultrasonido, la Tomografía Computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) han

sido reportados en la literatura. El ultrasonido puede ser útil para diferenciar entre lesiones sólidas, vasculares y quísticas. Generalmente es aceptado que las imágenes de la TAC y RMN permiten una localización más precisa en comparación con el ultrasonido. La citología por aspiración puede ser útil para diferenciar entre tipos de quistes. Sin embargo, el fluido de alta densidad contenido de los Quistes Dermoides no se aspiran fácilmente, limitándola su utilidad de esta técnica. El examen histológico es esencial para confirmar el diagnóstico definitivo. Nuestro caso clínico fue evaluado con una tomografía contrastada y confirmado histológicamente⁹.

El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica a través de un abordaje intraoral o extraoral, que es facilitado por la presencia de una cápsula. La ubicación y el tamaño del quiste parece ser un factor determinante para el abordaje quirúrgico. La mayoría de los autores recomiendan el abordaje intraoral para el quiste sublingual, mientras que el abordaje extraoral generalmente se elige para el submandibular o submental, Grandes quistes que perforan el milohioideo pueden requerir tanto incisión intraoral como extraoral para proporcionar visualización directa de estructuras adyacentes importantes. Las recurrencias son inusuales después de la escisión quirúrgica absoluta. Nosotros realizamos un abordaje intraoral, pese al compromiso también extraoral, con resultados estéticos y funcionales excelentes. La transformación maligna es extremadamente rara. El más común es el carcinoma de células escamosas y solo se ha documentado en la variante Teratoide^{10,11,12}.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con quistes o el pseudoquistes del piso de la boca, incluyendo el Mucocele, Ránula, Higroma Quístico, Quiste del Conducto Tirogloso, Quiste de la Hendidura Branquial, Proceso infeccioso, Malformación Linfática, tumores, Hemangioma, lesiones salivales y la Angina de Ludwig solamente en casos de complicaciones inflamatorias^{13,14}.

REFERENCIAS

1. Tandon P. N., Gupta D. S. Epidermoid Cyst in the Floor of Mouth with Sub Mental Component. *J. Maxillofac. Oral Surg.* 2014;13(1):59-62.
2. Dillon Jessica R., Avillo Andrew J., Nelson Brenda L. Dermoid Cyst of the Floor of the Mouth. *Head and Neck Pathol* 2015; 9:376-378.
3. Sahoo Brig N.K., Choudhary Maj A.K., Srinivas Brig V., KapilTomar B. Dermoid cysts of maxillofacial región. *Medic J Arm Forces India.* 2015; 3: 389-394.
4. Sanza Lorena, Gamboab Francisco J., Rivera Teresa. 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.
5. Alarcón Arratia A., González Rocabado A., Pantoja Parada R. Quiste Dermoide del Piso de Boca: Reporte de un Caso Clínico. *Rev Dent Cl.* 2008; 99 (2) 23-26.
6. Kyriakidou E., Howe T., Veale B., Atkins S. Sublingual dermoid cysts: case report and review of the literatura. *J. Laryngology & Otology.* 2015; 129: 1036-1039.
7. Gaddikeri S., Vattoth S., Gaddikeri R., Stuart R., Harrison K., Young D. et al. Congenital Cystic Neck Masses: Embryology and Imaging Appearances, With Clinicopathological Correlation. *Curr. Probl. Diagn. Radiol.* 2014: 55-67
8. Derin S., Koseoglu S., Sahan L., Dere Y., Sahan M. Giant Dermoid Cyst Causing Dysphagia and Dyspnea. *J. Craniofacial Surg.* 2016; 27 (3): 260-261.
9. Berbel P., Ostrosky A., Tosti F. Large Sublingual Dermoid Cyst: A Case of Mandibular Prognathism. *Rev. Craniomaxillofacial Trauma and Reconstruction.* 2014.
10. Durr M., Zante A., Pletcher S. An Unusual Presentation of a Lingual Dermoid Cyst. *Univ. of California San Francisco.* 2015.
11. Marçal Vieira E., Borges A., Ricci Volpato L., Nogueira Porto A., Aburad Carvalhosa A., Botelho G. et al. Unusual Dermoid Cyst in Oral Cavity. *Case Reports in Pathology.* 2014.
12. Gulati U., Mohanty S., Augustine J., Gupta S. Potentially Fatal Supramylohyoid Sublingual Epidermoid Cyst. *J. Maxillofac. Oral Surg.* 2015; 14(1):S355-S359.
13. Portelles Massón A., Torres Íñiguez A. Quiste Dermoide del suelo de la boca. *Rev. Cub. Estomatología.* 2010; 47(4):455-459.
14. Salman M., Shaima F., Sarbar N., Abdul R. Case report of complicated epidermoid cyst of the floor of the mouth: Radiology histopathology correlation. *Qatar Medical J.* 2014;2:12-16.