

## Quiste dermoide verdadero en piso de boca

### True dermoid cyst in the floor of the mouth

Dr. Daniel Antunes Freitas,<sup>I</sup> Dra. Jessica Lozano Perez,<sup>II</sup> MSc Luis Fang Mercado,<sup>III</sup> Dr. Antonio Díaz Caballero<sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Facultad de Odontología FUNORTE Brasil, Campus da Saúde, Montes Claros MG (Brasil).

<sup>II</sup> Universidad de Cartagena. Grupo de investigaciones GITOU. Colombia.

<sup>III</sup> MSc Inmunología, Universidad de Cartagena. Colombia.

<sup>IV</sup> Odontólogo Universidad de Cartagena. Colombia.

---

#### RESUMEN

Los quistes dermoides son lesiones benignas de origen embrionario, con una incidencia del 0,01 % de todos los quistes de la cavidad bucal. No presenta predicción por sexo y alrededor del 60 % de los casos se desarrollan entre los 15 y 35 años de edad. El conocimiento de los hallazgos clínicos de este tipo lesiones es vital para un diagnóstico definitivo, sin embargo, este siempre debe ser corroborado mediante exámenes histopatológicos, especialmente, al realizar un diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de quiste dermoides u otras alteraciones a nivel oral con manifestaciones clínicas similares. El propósito de esta presentación reportar un caso clínico para ampliar conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de lesión debido a su infrecuencia en cavidad oral. La ubicación inusual de estos quistes en cavidad oral hace que, aún con una buena valoración clínica e imaginológica, el diagnóstico prequirúrgico preciso sea difícil. Es por esto que el tratamiento quirúrgico no sólo evita el riesgo de una complicación infecciosa y eventual malignización sino que permite obtener un diagnóstico definitivo mediante estudios histopatológicos.

**Palabras clave:** quiste dermoide, suelo de boca, benigno, lesiones congénitas.

## ABSTRACT

Dermoid cysts are benign lesions of embryonic origin, with an incidence of 0.01 % of all cysts in the oral cavity. There is no prediction by sex and about 60 % of cases develop at the age of 15 to 35 years old. Knowledge of the clinical findings of such injuries is vital for a definitive diagnosis; however, this should always be confirmed by histopathological examination, especially when making a differential diagnosis between different types of dermoid cyst or other pathologies with similar clinical manifestations. The purpose of this article is to expand knowledge about the diagnosis and treatment of this type of injury because of it is not frequent in the oral cavity. The unusual location of these cysts in the oral cavity makes hard the precise preoperative diagnosis, even with good clinical and radio-graphical assessment. The surgical treatment not only prevents the risk of infectious complications and possible malignancy but also, allows obtaining a definitive diagnosis by a histopathological study.

**Keywords:** dermoid cyst, the floor of the mouth, benign, congenital lesion.

---

## INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides son lesiones congénitas benignas, de carácter no odontogénico, que se originan por un defecto en la fusión de las masas mesenquimatosas laterales embrionarias, principalmente del primer y segundo arco branquial, durante la quinta semana del desarrollo embrionario. El término «dermoide» se utiliza generalmente para indicar tres tipos diferentes de quistes: epidermoide, dermoide verdadero y teratoideo. Estos tipo de lesiones, se encuentran en el área de cabeza y cuello en un rango de 1,6 a 6,9 % y representan menos del 0,01 % de todos los quistes de cavidad oral, siendo su localización más frecuente en lengua, labios, paladar (duro y blando), úvula, región de articulación temporomandibular, maxila, mandíbula, mucosa bucal y piso de boca.<sup>1</sup> Meyer en 1955, reportó las diferencias histológicas entre cada uno de estos quistes. El quiste dermoide verdadero presenta una cavidad tapizada por un epitelio que muestra queratinización y que tiene apéndices de piel identificables como folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas; el quiste epidermoide, está recubierto por un epitelio escamoso simple con una pared fibrosa pero sin la presencia de estructuras anexas y el revestimiento del quiste teratoide, varía de un epitelio escamoso simple a un epitelio ciliado respiratorio y contiene derivados de ectodermo, mesodermo y/o endodermo. Los tres tipos histológicos contienen un material espeso de aspecto grasiento y una cavidad de pared fibrosa tapizada por epitelio con actividad queratinizante.<sup>2</sup>

Los quistes dermoides se localizan en la línea media, por encima o debajo del músculo milohioideo y aunque generalmente son asintomáticos, su localización con respecto a este músculo puede incidir en su sintomatología, por ejemplo, cuando se localiza por encima de este, el quiste se manifiesta como una hinchazón sublingual; por el contrario, cuando se ubica por delante del músculo se observa una tumefacción submentoniana, ocasionando, molestias al elevar la lengua, al hablar, deglutir y masticar. A la palpación, estas tumoraciones son lisas, redondeadas, indoloras, circunscritas, con un tamaño que varía de 1 a 2 cm o más, son de

crecimiento lento y pueden ser blandos, pastosos, elásticos o fluctuantes.<sup>3,4</sup> Están recubiertos por tejidos de apariencia normal y la piel o mucosa que lo recubre se desliza libremente sobre ellos, además, son libres de los tejidos profundos con un único punto de fijación en su base, a partir del cual pueden ramificarse a modo de cordones. Debido a que son casi siempre asintomáticos, los quistes dermoides se diagnostican cuando tienen un tamaño considerable. El tratamiento recomendado es la excisión quirúrgica por medio de un acceso intraoral o extraoral, dependiendo del tamaño de la lesión y la ubicación.<sup>5,6</sup>

El objetivo de este artículo reportar un caso clínico para ampliar conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de lesión debido a su infrecuencia en cavidad oral.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se reporta caso de paciente femenina de 21 años de edad que fue remitida a la escuela de Odontología Clínica Funorte, Brasil, por presentar dolor y tumefacción debajo de la lengua, dificultad en la deglución y habla, desde seis meses atrás. Al realizar anamnesis, manifestó no presentar antecedentes relevantes, enfermedad sistémica o hábitos de ingesta de alcohol o cigarrillo. Durante el examen físico extra oral no se observó ninguna anormalidad pero al examen intraoral se visualizó tumefacción en tercio anterior de piso de boca, cerca de línea media; de consistencia blanda y con un tamaño próximo a 4 cm de diámetro; la mucosa a este nivel se evidenciaba de color de rosa-amarillento sin alteraciones, similar a la mucosa adyacente. Las radiografías oclusales no evidenciaron hallazgos relevantes. Los diagnósticos presuntivos fueron quiste dermoide y ránula; la punción aspiración con aguja fina (PAAF) apoyó la hipótesis de quiste dermoide (Fig. 1).



**Fig. 1.** Biopsia punción-aspiración con aguja fina (PAAF).

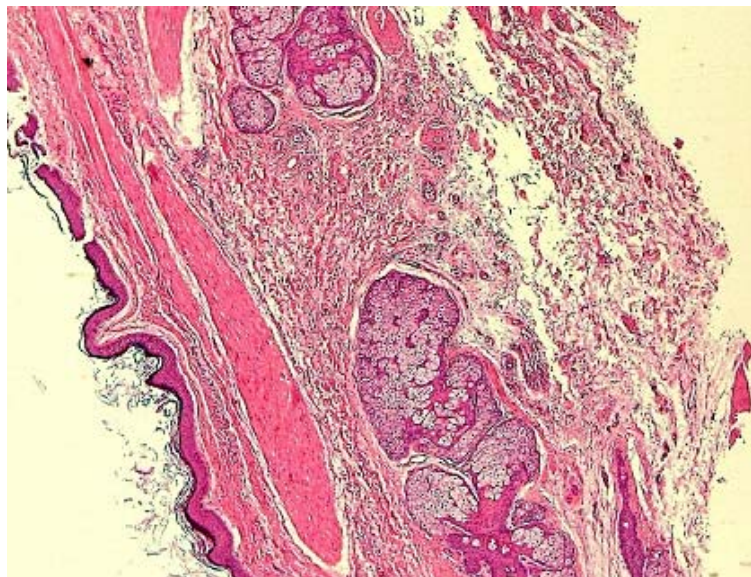
La biopsia excisional se llevó a cabo en el entorno quirúrgico de la Clínica de Diagnóstico Oral, respetando todas las normas de bioseguridad. Mediante anestesia local, se inició con una incisión lineal sobre toda la extensión de la lesión con el fin

de extraerla en su totalidad, sin perjuicio de las estructuras anatómicas adyacentes (Fig. 2).



**Fig. 2.** Incisión lineal sobre toda la extensión de la lesión.

Posterior a esto y a la identificación de la cápsula quística, se vació el contenido de la lesión, con el fin de facilitar su eliminación, se limpió con solución salina al 0,9 % y se confrontó los bordes de la incisión para realizar la sutura respectiva. Se prescribió paracetamol de 500 mg cada seis horas por cinco días, nimesulida de 100 mg cada doce horas por cinco días y se dieron las recomendaciones postquirúrgicas pertinentes. El informe anatópatológico reportó que el material recogido presentaba una cubierta de tejido conjuntivo, con superficie interna tapizada por una fina capa de epitelio queratinizado estratificado y anexos de glándulas sebáceas, características propias de un quiste dermoide verdadero (Fig.3).



**Fig. 3.** Imagen histopatológica. Se observa epitelio queratinizado que tapiza la pared quística, debajo de la cual se presentan glándulas sebáceas. H/E 40x.

En los controles realizados se observó una recuperación satisfactoria, sin secuelas ni alteraciones en la movilidad de la lengua.

## DISCUSIÓN

El área de cabeza y cuello no constituye una ubicación preferencial de la entidad en descripción, pero la mayoría de los quistes dermoides de cavidad oral han sido hallados en el suelo de boca, en mayor o menor relación con el músculo geniohioideo, eje anatómico que los clasifica en superiores o inferiores, determinando así su acceso quirúrgico endobucal o externo. Su localización en la línea media es la norma, debido a la deficiente coalescencia del tejido embrionario máxilofacial en su migración póstero-anterior y latero-medial,<sup>7</sup> sin embargo, pueden aparecer cerca a ésta como es el caso que presentamos.

El diagnóstico diferencial de estas lesiones debe realizarse principalmente con: ránula, mucocele, obstrucción del conducto de Wharton, malformaciones congénitas situadas en el suelo de la boca como hemangioliinfangiomas, quistes del conducto tirogloso, quistes branquiales y tiroides ectópicos.<sup>8</sup> Es aquí la importancia de un estudio histopatológico para un diagnóstico definitivo, puesto que la clínica y el uso de ecografías, (TAC), resonancias magnéticas u otras ayudas imaginológicas, sólo orientan el diagnóstico de este tipo de lesiones quísticas, debido a que los signos y síntomas están también presentes en las alteraciones ya mencionadas y pueden llevar a confusión y error en el diagnóstico. La PAAF suele proporcionar un diagnóstico certero, pero cuando la cápsula del quiste está formada por tejido denso el resultado puede ser no concluyente. En general %como en nuestro caso% los quistes dermoides contienen un líquido espeso amarillo-grisáceo, de consistencia pastosa, con células epiteliales nucleares y anucleares y láminas de queratina. En caso de rotura del quiste aparecen histiocitos, células multinucleadas gigantes, granulomas de cuerpo extraño y un componente inflamatorio.<sup>9</sup>

Además de las molestias frecuentes ya expuestas, estos quistes pueden producir dolor por estímulo del nervio lingual y eventual infección, (lo que no se presentó en nuestro caso). Cuando son de gran tamaño pueden provocar disfagia y/o disnea y existe la posibilidad malignización hasta en el 5% de estos, aunque ésta complicación suele darse en la variante teratoide. Se considera que los quistes del suelo de la boca constituyen una indicación quirúrgica absoluta y como se realizó en este caso durante el postoperatorio inmediato es posible alteración leve en la movilidad lingual y edema, pero usualmente el pronóstico es bueno, y las recurrencias por exéresis incompleta son infrecuentes.<sup>10</sup>

La ubicación inusual de estos quistes en cavidad oral hace que, aún con una buena valoración clínica e imaginológica, el diagnóstico prequirúrgico preciso sea difícil. Es por esto que el tratamiento quirúrgico no sólo evita el riesgo de una complicación infecciosa y eventual malignización sino que además, permite obtener un diagnóstico definitivo mediante estudios histopatológicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portelles Massó AM, Torres Íñiguez AT. Quiste dermoide del suelo de la boca. Rev Cubana Estomatol 2010; 47: 455-9.



Disponibile en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034 - 75072010000400008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400008&script=sci_arttext)

2. Navas-Aparicio MdC, Rojas-Madrigal A, Cubero-Brenes E. Quiste epidermoide de piso de boca. Reporte de un caso y revisión de literatura. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(4):32-47.
3. Gattia KV, Kacouchia NB, Kouassi YM, Kouassi-Ndjeundo J, Vroh Bi TS, Abouna AD. [Submandibular dermoid cyst extended to the cervical region]. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2012;113(3):173-5.
4. Pingarrón Martín L, Gómez García E, Martín Pérez M, Recreo Barba P, Burgueño García M. Quiste dermoide congénito en suelo de boca. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2010;32(4):187-8.
5. Jham BC, Duraes GV, Jham AC, Santos CR. Epidermoid cyst of the floor of the mouth: a case report. J Can Dent Assoc. 2007;73(6):525-8.
6. Kandogan T, Koc M, Vardar E, Selek E, Sezgin O. Sublingual epidermoid cyst: a case report. J Med Case Reports. 2007;1:87.
7. García Callejo F, Rosello Millat P, Alpera Lacruz R, Zamarreño AP. Doble quiste dermoide verdadero de lengua. Acta Otorrinolaringol Esp. 2004;160:49-90.
8. Sanz L, Gamboa FJ, Rivera T. Quistes epidermoides del suelo de boca: presentación de dos casos y revisión de la literatura. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2010;32(3):115-8.
9. Lin HW, Silver AL, Cunnane ME, Sadow PM, Kieff DA. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: unusual radiologic and pathologic findings. Auris Nasus Larynx. 2011;38(5):6503.
10. El-Hakim I, Alyamani A. Alternative surgical approaches for excision of dermoidcyst of the floor of mouth. Int J Oral Maxillofac Sur. 2008;37(5):497-9.

Recibido: 10 de agosto de 2013.

Aprobado: 16 de septiembre de 2013.

Dr. *Daniel Antunes Freitas*. Profesor Titular, Facultad de Odontología FUNORTE Brasil, Campus da Saúde, Montes Claros MG (Brasil). Correo electrónico: [danielmestradounincor@yahoo.com.br](mailto:danielmestradounincor@yahoo.com.br)