

Quiste epidermoide en el suelo de la boca: caso clínico

Huseyin Koca, DDS, PhD^a, Turgay Seckin, DDS, PhD^b, Aylin Sipahi, DDS, PhD^b,
y Aycan Kazanc, DDS, PhD^c

La ocurrencia de quistes epidermoides en la cavidad oral es extremadamente rara. Los quistes suelen presentar un desarrollo lento y progresivo y a menudo no se diagnostican hasta la segunda o tercera década de vida. Los quistes epidermoides y dermoides en el suelo de la boca son lesiones indoloras, pastosas o fluctuantes, y no causan síntomas hasta que son lo bastante grandes para interferir en el habla o la ingesta de alimentos. Este artículo presenta el caso de un varón de 20 años con una hinchazón en el suelo de la boca que le dificultaba el habla y la deglución. Tras la extirpación quirúrgica, un examen histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste epidermoide. Se describen las características de los quistes epidermoides y se aborda el tratamiento quirúrgico.

(*Quintessence Int.* 2007;38:473-7)

Los quistes epidermoides y dermoides son lesiones benignas que se dan por todo el cuerpo, especialmente en zonas de fusión de elementos embrionarios. La mayoría (80%) se localizan en los ovarios y la región sacra. Algunos (alrededor del 7%) se hallan en la zona de cabeza y cuello. Sin embargo, el desarrollo de estos quistes en

la cavidad oral es extremadamente raro. Sólo alrededor del 1,6% de los tumores quísticos se localizan en esta región¹⁻¹³.

Generalmente presentan un desarrollo lento y progresivo y, a pesar de ser congénitos, se suelen diagnosticar en la segunda y tercera década de vida. Los quistes epidermoides y dermoides en el suelo de la boca son lesiones indoloras, pastosas o fluctuantes, que no provocan síntomas hasta que son lo bastante grandes para interferir en el habla o la ingesta de alimentos. Pueden desplazar la lengua hacia arriba y hacia detrás, por lo que los pacientes suelen presentar disfagia, disfonía y disnea. Cuando la localización es inferior, se manifiesta una doble papada característica¹⁻¹³.

En este caso clínico se describe el tratamiento de un paciente con un quiste epidermoide en el suelo de la boca.

Caso clínico

Un varón de veinte años con buena salud se presentó en la consulta aquejado principalmente por una hinchazón en el suelo de la boca que le dificultaba la deglución y el habla. No se quejaba de dolor y, clínicamente, no presentaba ninguna inflamación.

Sus rasgos faciales eran simétricos bilateralmente, pero de perfil se le observaba una ligera hinchazón submentoniana. Se le notaba una ligera dificultad en el habla. La tráquea y la úvula estaban en la línea media, los pilares amigdalinos parecían normales y no se apreciaba afectación de las vías respiratorias. Los signos vitales del paciente eran estables.

La exploración intraoral reveló una dentición completa y estable en una oclusión de clase III y una buena salud periodontal, sin signos de patología odontogénica. El flujo salival era normal y claro, y las glándulas sub-

^aProfesor asociado. Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Universidad de Ege. Facultad de Odontología. Bornova-Izmir, Turquía.

^bProfesor. Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad de Ege. Facultad de Odontología. Bornova-Izmir, Turquía.

^cDepartamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Universidad de Ege. Facultad de Odontología. Bornova-Izmir, Turquía.

Correspondencia: Dr. Aycan Kazanc.

Ege Universitesi Dishekimligi Fakultesi, Bornova-Izmir 35140 Turquía.

Correo electrónico: aycan.kazanc@gmail.com

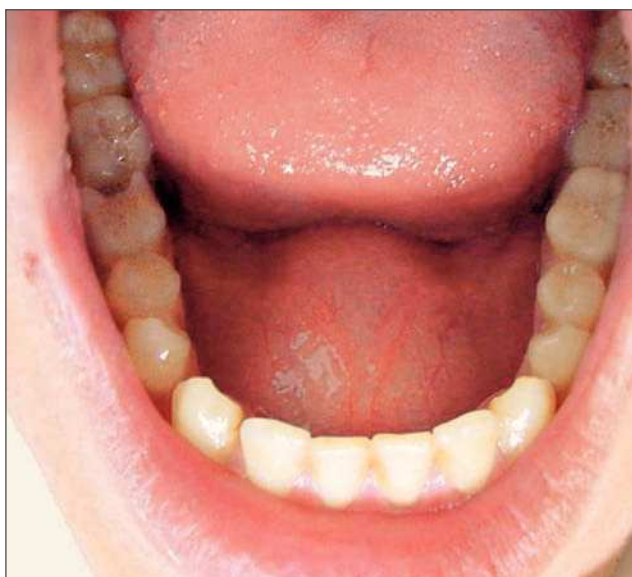


Figura 1. Vista clínica de la hinchazón de gran tamaño en la línea media del suelo de la boca.

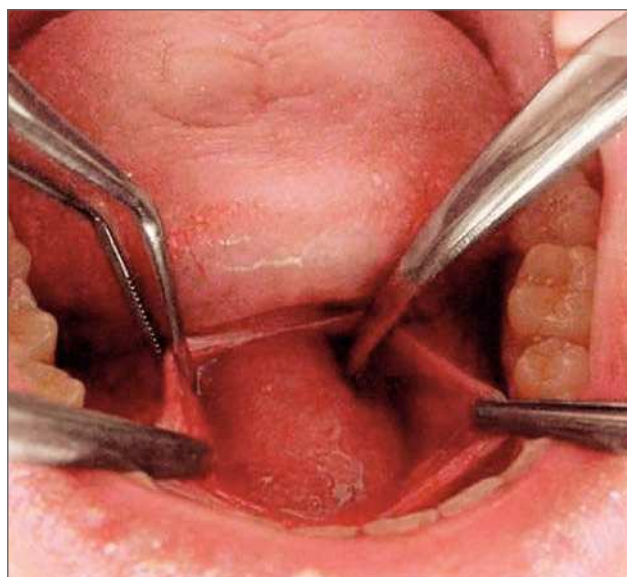


Figura 2. Extirpación de la lesión quística mediante una incisión en la línea media de la lengua y el suelo de la boca, con exposición parcial.

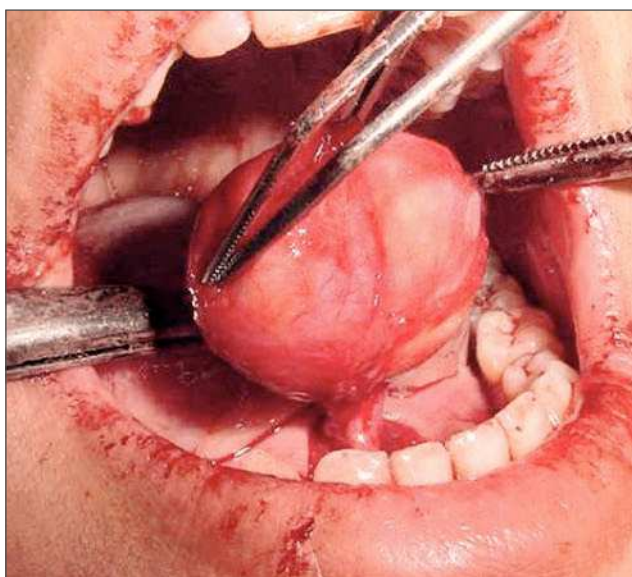


Figura 3. Extirpación de la lesión quística.



Figura 4. Vista del espécimen quirúrgico.

mandibulares y sublinguales no estaban sensibles al tacto. La hinchazón del suelo de la boca se extendía desde el aspecto lingual de la mandíbula anterior hasta la base de la lengua. La lesión desplazaba la lengua hacia arriba y atrás en dirección al paladar (fig. 1).

La masa sublingual tenía una consistencia blanda y pastosa al tacto y no estaba bien definida. Parecía de naturaleza quística. Se podía desplazar hacia abajo, en dirección a la zona submentoniana, al palparla con ambas manos. Cuando el paciente tragaba, la masa no se movía

en conjunción con el hueso hioides. La lesión se encontraba en plena línea media.

La localización del quiste se estimó como un factor a tener en cuenta para determinar el abordaje quirúrgico, y se eligió como tratamiento la extirpación total. El paciente se sometió a la extirpación transoral de la lesión bajo anestesia local. Se realizó una incisión en la línea media a través de la mucosa que recubría la masa, desde la unión de los tercios medio y anterior de la superficie ventral de la lengua en el suelo de la boca hasta la re-



Figura 5. Quiste seccionado con queratina.

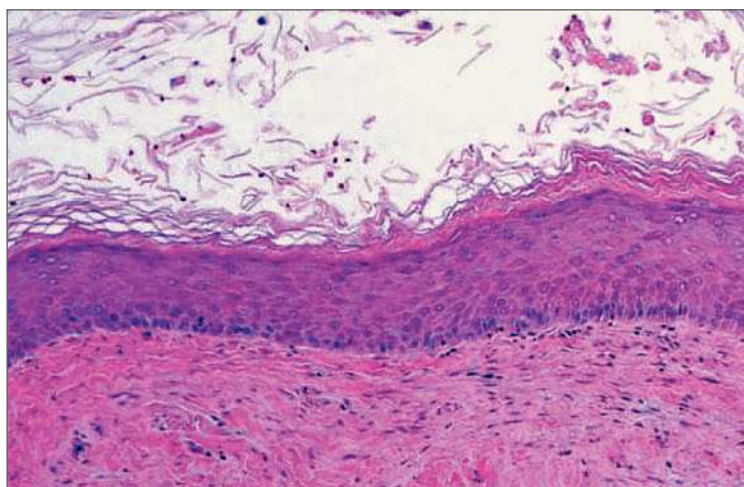


Figura 6. Pared de tejido conectivo revestida de un epitelio escamoso queratinizado sin estructura anexal, que confirma el diagnóstico de quiste epidermoide en el suelo de la boca (Hematoxilina y eosina. Aumento original: 100).

gión de los tubérculos genianos (fig. 2). A continuación se procedió a la disección alrededor del revestimiento quístico de forma convencional, hasta que se halló la base posterior del quiste (fig. 3). La lesión se extrajo sin complicaciones y la herida se cerró con suturas no reabsorbibles. Se prescribió al paciente un régimen de antibióticos y antiinflamatorios durante cinco días.

Desde el punto de vista macroscópico, el quiste medía unos 4 x 3 cm (fig. 4). Tras su extirpación se practicó una incisión a la lesión y se identificó como quística. Estaba rellena de un material blanco espeso con una consistencia parecida a la del queso (fig. 5). La exploración histopatológica definitiva reveló una pared de tejido conectivo revestida de un epitelio queratinizado escamoso. No se identificó ninguna estructura anexal, lo que confirmó el diagnóstico de quiste epidermoide en el suelo de la boca (fig. 6).

Discusión

La patogénesis de los quistes de la línea media del suelo de la boca no está bien establecida, y se han propuesto teorías que les atribuyen orígenes disontogenéticos, traumáticos o relacionados con anomalías tiroglosas. Los quistes epidermoides pueden surgir por el desarrollo de un tejido ectodérmico atrapado en los arcos branquiales primero (mandibular) y segundo (hioides). Otra teoría sugiere sucesos quirúrgicos o accidentales por una implantación traumática de células epiteliales en tejidos profundos. Una tercera teoría contempla la posibilidad de que estos quistes sean una variante de los tiroglosos.

El término quiste teratoide fue empleado por primera vez por Meyer⁸ en su clasificación de los quistes disontogenéticos de la región cervicofacial, basada en el tipo de capas germinativas incluidas en la pared quística. Meyer definió 3 tipos histológicos diferenciados: epidermoide (simple), dermoide (compuesto) y teratoide (complejo). El quiste epidermoide está siempre revestido de un epitelio escamoso estratificado sin apéndices dérmicos en el tejido conectivo subyacente. El quiste epidermoide, además del epitelio escamoso típico, contiene apéndices dermales, como vello, folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudoríparas. La pared del quiste teratoide también está revestida de epitelio escamoso, pero consta de tejidos de las 3 capas germinales, como los de los sistemas respiratorio, gastrointestinal y nervioso. El lumen de los 3 tipos de quiste dermoide presenta un contenido grasiento, parecido al queso, de color blanco grisáceo o tostado amarillento, formado por queratina desprendida y material sebáceo. Los quistes dermoides y queratoides también pueden contener fragmentos de vello en su cavidad. En la bibliografía, el término dermoide se usa frecuentemente en referencia a todos los tipos de quistes congénitos del suelo de la boca²⁻¹².

Los quistes epidermoides se componen únicamente de una pared de tejido conectivo revestida por la parte interna de una capa fina de epitelio escamoso estratificado, frecuentemente con queratinización. La cavidad puede estar rellena de queratina descamada, lo que le da una consistencia semisólida¹⁴.

Babuccu et al¹¹ y Acree et al⁷ sugirieron que la biopsia por aspiración con aguja fina puede ser útil para el diag-

nóstico de las lesiones del suelo de la boca. Aunque no es comparable a la tomografía computerizada y a la resonancia magnética, la biopsia por aspiración con aguja fina es un método seguro, económico y fiable. La tomografía computerizada distingue fiablemente las masas sólidas de las quísticas, muestra en detalle la extensión de la masa en relación con otras estructuras importantes y ayuda a determinar el abordaje quirúrgico, especialmente en quistes de gran tamaño.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica total, en la que se procura no romper el quiste, ya que su contenido podría tener un efecto irritante sobre los tejidos fibrovasculares y producir una inflamación postoperatoria. Los signos clínicos y el abordaje quirúrgico se determinan a partir de la relación del quiste con la musculatura del suelo de la boca. El músculo milohioides, que separa los espacios sublinguales de los submentonianos y submandibulares, es la principal estructura del suelo de la boca. Para la extirpación extracapsular de un quiste en el suelo de la boca se pueden emplear dos abordajes: para los quistes situados por encima del músculo milohioides es preferible el abordaje intraoral, ya que de este modo se preserva el músculo, mientras que las lesiones inferiores se extirpan mediante un abordaje externo submandibular o submentoniano. El abordaje intraoral evita una cicatriz visible y acorta el tiempo de recuperación^{15,16}.

Existen varias lesiones con un gran parecido clínico a los quistes epidermoides y dermoides del suelo de la boca, como ránula, bloqueo unilateral o bilateral de los conductos de Wharton, quiste tirogloso, higroma quístico, quiste de la hendidura branquial, infecciones de las glándulas salivales submandibulares y sublinguales y tumores benignos o malignos del suelo de la boca y de las glándulas salivales adyacentes^{6,7,12,14,17}.

La coexistencia de quistes linfopiteliales y epidermoides es extremadamente rara, y la bibliografía sólo menciona dos casos^{18,19}. Ho y Crean¹⁷ presentaron un caso de quiste dermoide sublingual acompañado de un quiste del tracto alimentario oral en un paciente de seis semanas de edad. Los autores indicaron la extrema rareza de esta ocurrencia, de la que previamente se habían publicado sólo 2 casos. Komiyama et al¹⁶ expusieron un caso inusual de quiste dermoide en la mandíbula. Tuz et al⁵ presentaron un caso de quiste dermoide sublingual que creció rápidamente durante el embarazo, manifestando problemas de deglución y leves dificultades respiratorias. Los autores sugirieron que este crecimiento rápido durante el embarazo estaba asociado al aumento de los niveles de hormonas plasmáticas, especialmente de estrógenos y progesteronas.

La malignización de un quiste dermoide es excepcionalmente rara, y sólo se han descrito unos pocos ejemplos de cambio carcinomatoso en quistes dermoides ováricos, intracraneales y lumbares. Devine y Jones⁹ describieron el primer caso de transformación maligna en carcinoma celular escamoso de un quiste dermoide sublingual.

La evaluación de la localización exacta es esencial para elegir el tratamiento adecuado. Se recomienda el abordaje quirúrgico transoral para todas las lesiones pequeñas situadas por encima del músculo geniohioides, con el que se obtienen unos resultados estéticos y funcionales muy buenos. Los quistes epidermoides y dermoides situados por debajo de este músculo y las lesiones de gran tamaño deberán explorarse mediante una incisión cervical.

Bibliografía

1. Zachariades N, Skoura-Kafoussia C. A life-threatening epidermoid cyst of the floor of the mouth: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:400-403.
2. Cortezzi W, Brilhante de Albuquerque E. Secondarily infected epidermoid cyst in the floor of the mouth causing a life-threatening situation: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:762-764.
3. Bitar MA, Kumar S. Plunging congenital epidermoid cyst of the oral cavity. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260:223-225.
4. Fuchshuber S, Grevers G, Issing WJ. Dermoid cyst of the floor of the mouth—A case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2002;259:60-62.
5. Tuz M, Dogru H, Uygur K, Baykal B. Rapidly growing sublingual dermoid cyst throughout pregnancy. *Am J Otolaryngol* 2003;24:334-337.
6. Gol IH, Kiyici H, Yildirim E, Arda IS, Hicsonmez A. Congenital sublingual teratoid cyst: A case report and literature review. *J Pediatr Surg* 2005;40:E9-E12.
7. Acreo T, Abreo F, Smith BR, Bagby J, Heard JS. Diagnosis of dermoid cyst of the floor of the mouth by fine-needle aspiration cytology: A case report. *Diagn Cytopathol* 1999;20:78-81.
8. Longo F, Maremonti P, Mangone GM, De Maria G, Califano L. Midline (dermoid) cysts of the floor of the mouth: Report of 16 cases and review of surgical techniques. *Plast Reconstr Surg* 2003;112(6):1560-1565.
9. Devine JC, Jones DC. Carcinomatous transformation of a sublingual dermoid cyst. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2000;29:126-127.
10. De Ponte FS, Brunelli A, Marchetti E, Bottini DJ. Sublingual epidermoid cyst. *J Craniofac Surg* 2002;13(2):308-310.
11. Babuccu O, Ozen OI, Hosnuter M, Kargi E, Babuccu B. The place of fine-needle aspiration in the preoperative diagnosis of the congenital sublingual teratoid cyst. *Diagn Cytopathol* 2003;29:33-37.
12. Gorur K, Talas DU, Ozcan C. An unusual presentation of neck dermoid cyst. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005;262:353-355.
13. Di Francesco A, Chiapasco M, Biglioli F, Ancona D. Intraoral approach to large dermoid cysts of the floor of the mouth: A technical note. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1995;24:233-235.
14. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology, ed 4. Philadelphia: Saunders, 1983.
15. Vogl TJ, Stegar W, Ihrler S, Ferrera P, Grevers G. Cystic masses in the floor of the mouth: Value of MR imaging in planning surgery. *Am J Roentgen* 1993;161:183-186.

16. Komiyama K, Miki Y, Oda Y, et al. Uncommon dermoid cyst presented in the mandible possibly originating from embryonic epithelial remnants. *J Oral Pathol Med* 2002;31:184-187.
17. Ho MWS, Crean SJV. Simultaneous occurrence of sublingual dermoid cyst and oral alimentary tract cyst in an infant: A case report and review of the literature. *Int J Pediatr Dent* 2003;13(6):441-446.
18. Ahn SK, Won JH, Lee SH, Choi EH, Choi SI. Lymphoepithelial cyst associated with epithelial inclusion cyst. *Am J Dermatopathol* 1996;18:424-426.
19. Epivatianos A, Zaraboukas T, Antoniadis D. Coexistence of lymphoepithelial and epidermoid cysts on the floor of the mouth: Report of a case. *Oral Dis* 2005;11:330-333.