

R. Caballero Herrera<sup>1</sup>  
J. López López<sup>2</sup>  
J. Bara Casaus<sup>3</sup>

## Quiste dermoide: casos clínicos

- 1 Doctor en Medicina y Cirugía.  
Especialista en Estomatología.  
Catedrático de Medicina Bucal.
- 2 Doctor en Medicina y Cirugía.  
Especialista en Estomatología.  
Profesor Asociado de Medicina Bucal.
- 3 Médico especialista en Cirugía  
Maxilofacial. Odontólogo. Profesor  
Asociado de Odontología Integrada de  
Adultos.  
Facultad de Odontología  
Universidad de Barcelona.

### Correspondencia:

Dr. José López López  
Sección de Medicina Bucal  
Facultad de Odontología  
Universidad de Barcelona.  
Campus de Bellvitge  
C/ Feixa Llarga, s/n  
08907 L'Hospitalet de Llobregat  
Barcelona

### RESUMEN

El quiste dermoide es una entidad poco frecuente que puede manifestarse con afectación únicamente intraoral, submentoniana o mixta. Su escasa frecuencia y su tipo de presentación puede plantear problemas diagnósticos en la clínica odontológica. Presentamos cuatro casos clínicos al tiempo que repasamos su etiopatogenia y planteamiento diagnóstico-terapéutico de esta entidad.

### PALABRAS CLAVE

Quiste dermoide; Quiste epidermoide; Quiste cervical; Teratoma.

### ABSTRACT

*Dermoid cyst is an infrequently entity, this clinique could be with intraoral affection only, submentoniane presentation or both. Their rare frequency and type of presentation could present diagnostic problems in the dentist office. We present four clinical cases and we review the etiopathogeny and their type of presentation.*

### KEY WORDS

*Dermoid cyst; Epidermoid cyst; Neck cyst; Teratoid cyst.*

## INTRODUCCIÓN

El *quiste dermoide* se define como un quiste de la línea media de la parte superior del cuello o de la parte anterior del suelo de la boca, aparece en individuos jóvenes y deriva de restos de piel embrionaria. Está constituido por una luz revestida por epitelio plano queratinizado y contiene uno o más apéndices cutáneos (pelos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas)<sup>(1)</sup>. Los quistes dermoides pueden existir en diversas localizaciones, tales como el paladar, el ángulo de la mandíbula<sup>(2)</sup>, glándulas salivales<sup>(3)</sup> o testículos y ovarios<sup>(4)</sup>. Pero cuando se presentan en la boca o cerca de ella, la localización más frecuente es la línea media del suelo de la misma<sup>(5)</sup>.

A diferencia de los *teratomas* bucales y cervicales, que suelen observarse desde el nacimiento o poco después, la mayor parte de los quistes dermoides de cabeza y cuello no aparecen hasta después de la pubertad, quizá por el aumento de actividad glandular del epitelio atrapado<sup>(6)</sup>. Si bien en los quistes dermoides se pueden encontrar restos teratoides en el interior; el concepto de teratoma se entiende como un tumor constituido por un número variable de tejidos diferentes e impropios del lugar donde se desarrollan. Estos tejidos podrán tener aspecto embrionario o caracteres más desarrollados y podrán ser benignos o malignos<sup>(7)</sup>. Su localización es variable y si bien se pueden encontrar referencias del área que nos ocupa<sup>(8,9)</sup>, su localización predominante es el área genital<sup>(6)</sup>.

Otra entidad muy relacionada con el término que nos ocupa es el *quiste epidermoide*<sup>(10)</sup>. Es muy similar al quiste dermoide por el hecho de que también se origina de células epiteliales atrapadas en líneas de cierre de los tejidos blandos durante el desarrollo fetal. Su localización y presentación clínica es indistinguible del quiste dermoide. Por el contrario, desde el punto de vista anatómico el epitelio plano queratinizado recubre una luz llena de queratina, pero sin anejos cutáneos<sup>(7)</sup>. Los autores clásicos consideran que hay dos variantes, el quiste epidermoide de desarrollo y el quiste epidermoide de inclusión. En la varian-

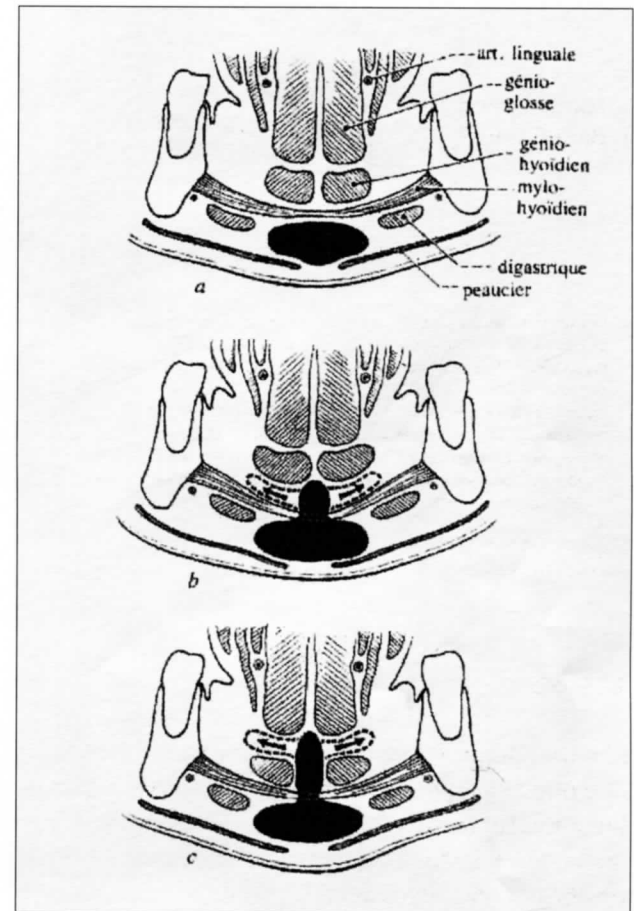


Figura 1. Esquema de las diferentes presentaciones del quiste dermoide<sup>(13)</sup>.

te segunda se determina que en lugar de proceder de masas epiteliales atrapadas en las suturas o fisuras se podría originar a través de masas epiteliales que han quedado separadas del epitelio superficial. Estas inclusiones se podrían producir en el desarrollo o como consecuencia de un traumatismo que provoque un desplazamiento anormal del epitelio. Así pues, la localización del quiste de inclusión sería fuera de las líneas de sutura<sup>(11)</sup>.

Desde el punto de vista clínico hemos de considerar que el quiste dermoide es mucho menos frecuente que la ránula, la otra entidad tumoral benigna del suelo de la boca<sup>(12)</sup>. Se diagnostica práctica-



**Figura 2.** Tumoración perteneciente al caso nº 1. Se aprecia la protuberancia submentoniana.

mente en la edad adulta, dado que su desarrollo se considera lento e insidioso. En su crecimiento pueden presentar dos evoluciones (Fig. 1)<sup>(13)</sup>:

- a) Los denominados de evolución bucal se localizan por encima del músculo milohioideo. Cursan como una tumefacción en la línea media del área sublingual-suelo de boca. Elevan la lengua y pueden interferir la alimentación y el lenguaje. Es la presentación más frecuente.
- b) Los denominados de evolución suprahioidea se encuentran por debajo del músculo milohioideo, desplazan la zona suprahioidea cursando como una

tumefacción en la línea media de la región submandibular y submentoniana.

- c) Los de presentación mixta, clásicamente se acepta que inicialmente es suprahioidea y que en su progresión atraviesa las fibras del músculo a través de un hiato fraguado en el propio curso del desarrollo embrionario. Si bien la presentación frecuente es la medial, existen casos descritos de presentación lateral<sup>(12)</sup>.

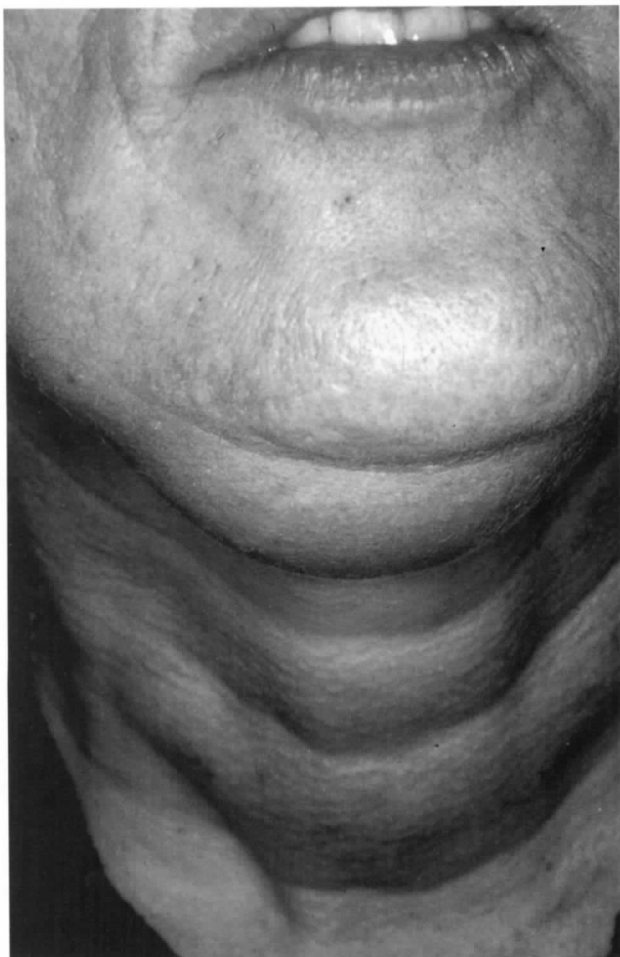
A la palpación, que siempre deberá ser bimanual, nos encontraremos con una masa blanda y pastosa, lisa, regular y bien delimitada, que en muchas ocasiones nos permite dejar huella durante un corto período de tiempo tras una presión discreta. En muchas ocasiones es posible desplazar la mucosa del suelo de la boca por encima de la masa quística.

El tratamiento de esta patología, una vez apuradas las técnicas diagnósticas que permitan delimitarla y etiquetarla, es quirúrgico. La enucleación del tumor es el tratamiento de elección.

La baja frecuencia de esta patología y la necesidad de realizar un correcto diagnóstico diferencial con otra tumoración benigna también poco frecuente del suelo de la boca, la ránula<sup>(14)</sup>; además de su implicación, sobre todo en la presentación inframilohioidea, con la patología quística del cuello, justifican la publicación de los casos que presentamos permitiéndonos repasar la etiología, diagnóstico y tratamiento.

## CASO 1

Mujer de 52 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial controlada y diabetes tipo II en tratamiento dietético, que relata tres episodios de inflamación en la zona submental en los últimos cinco años, tratados con antibióticos y antiinflamatorios. En el episodio actual la paciente presenta una tumoración de predominio submentoniano, con escaso compromiso bucal y sin clínica asociada (Fig. 2). En ocasiones anteriores la paciente había sido diagnosticada de submaxilitis. Coincidiendo con un tratamiento odontológico, hace aproximadamente 30 años, la pacien-



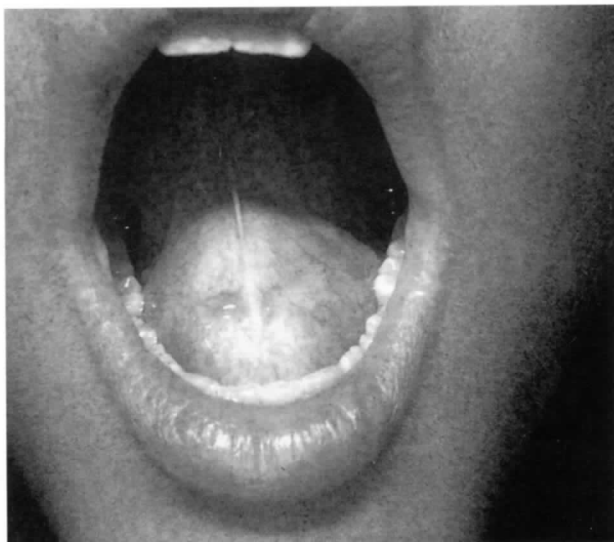
**Figura 3.** Masa localizada en la zona media del cuello, blanda y móvil a la exploración manual. Caso n° 2.

te sufrió un episodio de tumefacción semejante, que no fue valorado como importante.

El estudio radiográfico mediante la TC demostró un contenido quístico en la zona media del cuello. Se practicó la exéresis mediante anestesia general confirmando el diagnóstico de quiste dermoide. No se ha evidenciado recidiva a los dos años postoperatorios.

## CASO 2

Mujer de 36 años, sin antecedentes médicos de inte-



**Figura 4.** Masa localizada en suelo de boca, elevando la lengua. Caso n° 3.

res, que presenta un episodio de tumefacción en el suelo de la boca de cuatro semanas de evolución, sin compromiso extrabucal. Se podía apreciar una discreta elevación de la lengua, además de malestar en la zona de difícil valoración por el cuadro de angustia y cancerofobia. Se había diagnosticado el cuadro como una infección odontógena derivada del primer premolar inferior izquierdo que podría presentar patología periapical. A la exploración se apreciaba una masa de unos dos centímetros en su diámetro mayor, móvil en la palpación bimanual y no adherida a los planos profundos (Fig. 3). La TC fue compatible con tumoración quística bien delimitada. La PAAF obtuvo material de lesión quística.

Se realizó la exéresis biopsia que confirmó la existencia de un quiste dermoide. Al año de la intervención no se han apreciado complicaciones ni recidiva y la paciente ha sido dada de alta.

## CASO 3

Mujer de 14 años de edad que acude por presentar desde hace dos meses una masa sublingual que se



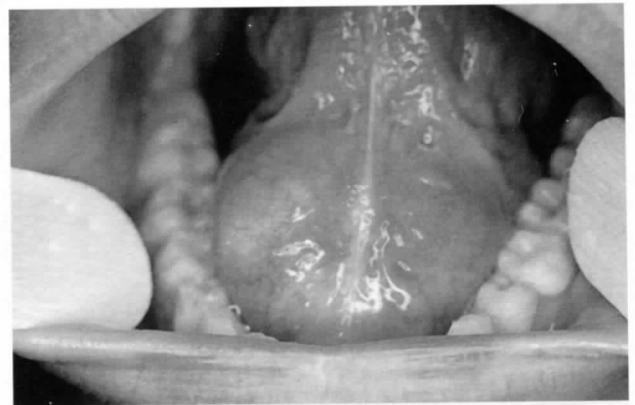
**Figura 5.** Imagen de frente observándose la masa tumoral en la zona media del cuello. Caso n° 4.

desplaza con la deglución. La paciente relata la variación del tamaño tumoral que parece haberse ido incrementando, pero que es asintomático. A la exploración se aprecia una tumoración de unos tres centímetros de diámetro, no bien delimitada y con un tacto elástico. No parece adherida a planos profundos, pero la exploración es francamente dolorosa (Fig. 4).

El estudio radiográfico, incluyendo gammagrafía tiroidea, confirma la sospecha clínica de quiste dermoide del suelo de la boca, realizándose la exéresis bajo anestesia general y abordaje extraoral. El diagnóstico anatomopatológico fue compatible con quiste dermoide. No aparecen complicaciones ni recidiva del proceso a los tres años de la intervención.

#### CASO 4

Varón de 18 años que presenta un episodio de tumefacción en el suelo de la boca con afectación de la zona submentoniana de varias semanas de evolución. El paciente no es capaz de precisar el inicio del proceso pero cree que se acrecentó a raíz de un problema periodontal en los incisivos inferiores. El dentista trató inicialmente el cuadro como una compli-



**Figura 6.** Presentación intraoral del caso n° 4.



**Figura 7.** Imagen operatoria del caso n° 4.

cación derivada del mal estado de los incisivos inferiores. Al no objetivarse mejoría clínica con el tratamiento médico prescrito, el paciente fue remitido al Servicio de Cirugía Maxilofacial para valoración. A la exploración se aprecia la existencia de una tumoración que ocupa todo el suelo de la boca, eleva la lengua y desdibuja la inserción del frenillo. A la palpación la tumoración es de consistencia blanda, perfectamente móvil, no adherida a planos profundos y



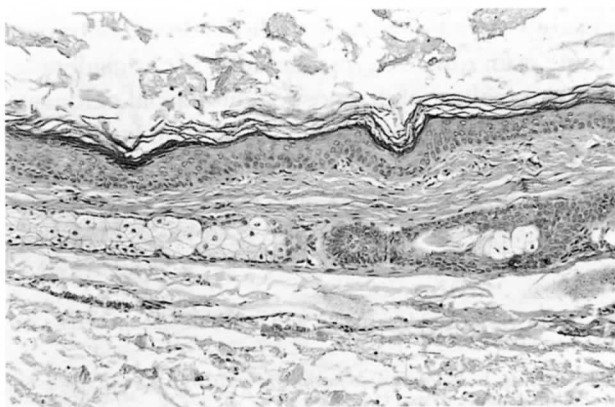


Figura 8. Presentación microscópica del caso nº 4.

localizable tanto intra como extraoralmente. El paciente refiere cierta disfagia y odinofagia (Figs. 5, 6 y 7).

El estudio radiográfico mediante TC y la PAAF parecen ser compatibles con el diagnóstico de quiste de desarrollo. Se interviene quirúrgicamente al paciente bajo anestesia general y se realiza un abordaje submental por vía extraoral. No aparecen complicaciones en el postoperatorio ni existe recidiva a los 3 años del postoperatorio. El diagnóstico anatomopatológico confirma la existencia de quiste dermoide<sup>(8)</sup>.

## DISCUSIÓN

Los quistes dermoides y epidermoides son considerados quistes de desarrollo y su presentación predominante en el área media sublingual sugiere que derivan de tejidos ectodérmicos atrapados en el primer arco branquial (mandibular) o segundo arco (hioideo) durante la tercera o cuarta semana de vida intra-

uterina. Una segunda teoría sugiere un atrapamiento traumático de células dentro de los tejidos<sup>(15,16)</sup>. Finalmente, si bien la mayor parte de autores actuales lo descarta, se puede considerar la posibilidad de una variante del quiste tirogloso en la que predominarían los elementos ectodérmicos<sup>(17)</sup>.

A pesar de que en nuestra casuística (Tabla 1) existe una clara predominancia femenina y algunos autores defienden este aspecto<sup>(18)</sup>, se acepta que no existe predilección de sexo y que su presentación típica es en la segunda o tercera década de la vida<sup>(6,12,15)</sup>, dado que su crecimiento es lento y sólo suele acelerarse si se sobreinfecta.

La literatura recoge la mayor frecuencia de presentación intrabucal en forma de masa única de crecimiento lento que puede plantear diagnóstico diferencial con entidades orales y, en especial, con otras tumoraciones del suelo de la boca<sup>(2,5,12,19)</sup>. Si bien esta clínica es la encontrada en los casos que presentamos, se pueden citar referenciados quistes en relación con la glándula parótida<sup>(3)</sup> o cuerpo lingual<sup>(20)</sup>, entre otras localizaciones<sup>(21)</sup>.

Toda tumoración cervical profunda deberá ser valorada con ayuda de una gammagrafía tiroidea que permita demostrar la existencia de tejido tiroideo funcional y descartar la existencia de un tiroides lingual<sup>(13)</sup>.

La radiografía simple, en el caso de tratarse de un teratoma compuesto por múltiples tejidos, algunos de ellos calcificados, puede hacer sospechar de la existencia de este tipo de tumoración. El resto de exploraciones por imagen como la ECO, TC ó RM ayudarán, en el caso de tratarse de un quiste dermoide, a definir las características quísticas de la tumoración.

Tabla 1 Se recogen las características más significativas de los casos presentados

Caso	Sexo	Edad	Predominio presentación	Nº de episodios
Caso 1	Femenino	52	Submentoniana	Varios
Caso 2	Femenino	32	Intrabucal	Uno
Caso 3	Femenino	14	Intrabucal	Uno
Caso 4	Masculino	18	Intrabucal	Uno

**382** La expresión de material derivado de la queratina, con aspecto caseiforme, es generalmente diagnóstico de quiste dermoide. La anatomía patológica es técnica obligada para confirmar el diagnóstico de sospecha.

Por todo lo anterior, frente a una masa situada en

el suelo de la boca, la posibilidad de encontrarnos frente a un quiste dermoide debe ser considerada. Se debe realizar el diagnóstico diferencial pertinente sirviéndonos de la clínica, así como de las exploraciones complementarias necesarias. Con todo ello decidiremos cual es el tratamiento más adecuado.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Philip J, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona. Harcourt Brace, 1998:56-57.
2. Godden DR, Boye T, Lloyd R. Sliding dermoid cyst. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999;**28**(6):459-60.
3. Moody AB, Avery CM, Harrison JD. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998;**27**(6):461-2
4. Remorgida V, Magnasco A, Pizzorno V, Anserini P. Four year experience in laparoscopic dissection of intact ovary cyst. *J Am Coll Surg* 1998;**187**(5):519-521.
5. Riera Sala, Doménech Campos E, Valladares Molina J. Quiste dermoide del suelo de boca. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1999;**50**(1):78-80.
6. Lynch MA. *Medicina Bucal de Burkett. Diagnóstico y tratamiento*. Mexico. Interamericana, 1987, 322-4.
7. Zegarelli E, Kutscher A, Hyman G. *Diagnóstico en patología oral*. Barcelona. Salvat, 1982, 236-42.
8. Kitagawa Y, Hashimoto K, Tanaka N, Ishii Y. Congenital teratoid cyst with a median fistula in the submental region: case report and ultrastructural findings. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;**56**(2):254-62.
9. Bonilla JA, Szeremeta W, Yellon RF, Nazif MM. Teratoid cyst of the floor of the mouth. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1996;**38**(1):71-5.
10. Smirniotopoulos JG, Chiechi MV. Teratomas, dermoids, and epidermoids of the head and neck. *Radiographics* 1995;**15**(6):1437-55
11. Kellin E. Oral epidermal cyst and probable histogenesis. *Oral Surg* 1965;**19**:355.
12. Calatrava L. *Lecciones de patología quirúrgica y maxilofacial*. Madrid. Oteo 1979:721-24.
13. Gerrier Y. *Traité de Technique Chirurgicale O.R.L. et Cervico-Faciale*. Tome Quatrième. Cou et Cavité Buccale. Ed. Masson. Paris, 1980.
14. Faura Solé M, Bresco Salina M, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Ránulas; presentación de siete casos y revisión de la literatura. *Av Odontostomatol* 1999;**15**:593-604.
15. Walstad WR, Solomon JM, Schou SR, Ochs MW. Midline Cystic Lesion of the Floor of the Mouth. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;**56**:70-4.
16. King RC, Smith BR, Burk JL. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;**78**:567.
17. DeMello DE, Lima JA, Liapis H. Midline cervical cysts in children: Thyrioglossal anomalies. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987;**113**:418.
18. Lucas MT. *Medicina Oral*. Barcelona. Salvat 1988:139.
19. Acree 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.
20. Miles LP, Naidoo LC, Reddy J. Congenital dermoid cyst of the tongue. *J Laryngol Otol* 1997;**111**:1179-82.
21. DeMattei R, Aubertin M. Dental hygiene screening reveals childhood neck mass. *J Dent Hyg* 1996;**70**:225-8.