

# Quistes dermoides de piso de boca y del tracto tirogloso

Dres. Jaime N. Grunberg\* y Luis E. Crespo\*\*

Estos 2 tipos de quistes están ubicados en la línea media del cuello y de piso de boca, en una vecindad anatómica inmediata, pero originados en restos embrionarios diferentes. El interés del desarrollo del tema radica en 2 consideraciones diferentes:

1. La infrecuente publicación de los quistes dermoides de piso de boca.
2. La frecuente recidiva de los quistes tirogloso operados.

## QUISTES DERMOIDES DE PISO DE BOCA

Los quistes de piso de boca, después de la clasificación de Lannelongue, retomada por Debonnelle (12), se dividen en medianos y laterales

Los laterales son excepcionales y los medianos aunque de incidencia baja son más frecuentes. Las últimas publicaciones se hacen en base a uno o dos casos, con experiencia personal del autor. En el año 1967 eran 160 los casos publicados (10). La terapéutica se ve muchas veces aplazada, siendo uno de nuestros casos operado 11 años después de aparecidos los primeros síntomas. (Figs. 1-1; 1-2; 1-3).

La denominación de quistes dermoides es poco afortunada, pues si bien del punto de vista morfológico pueden ser dermoides, la mayoría son epidermoides, habiendo publicaciones con este nombre (8). También se denominan quistes de inclusión, otros los llaman quistes branquiales lo que no presupone la forma histológica. La denominación de quistes congénitos es mala pues lo frecuente es que no se nazca con el quiste.

Una clasificación de los quistes que se desarrollan en los maxilares, publicada por la O.M.S. (13), los divide en inflamatorios y de desarrollo. Estos últimos son los formados a partir de restos epiteliales aprisionados durante el desarrollo

embrionario, los que pueden quedar latentes toda la vida o sufrir, durante el desarrollo del individuo y por causas desconocidas, una transformación quística.

Por similitud puede caber esta denominación de quistes de desarrollo a los quistes dermoides de piso de boca, del tracto tirogloso y los branquiales de cuello.

## ETIOPATOGENIA

Teoría del enclavamiento de Verneuil.

Estos quistes se formarían por restos epiteliales en la zona de unión de los arcos mandibulares y hioideos (18).

Otros afirman que puede formarse a partir de inclusiones epiteliales postraumáticas, posibilidad muy discutida.

Báker y Mitchel (1) en 1965 dan un aporte experimental en ratas, realizando la inclusión de tejido epitelial subdérmico, constatando la formación de quistes de inclusión.

Las causas por las cuales las células epiteliales retenidas comienzan la transformación quística es desconocida.

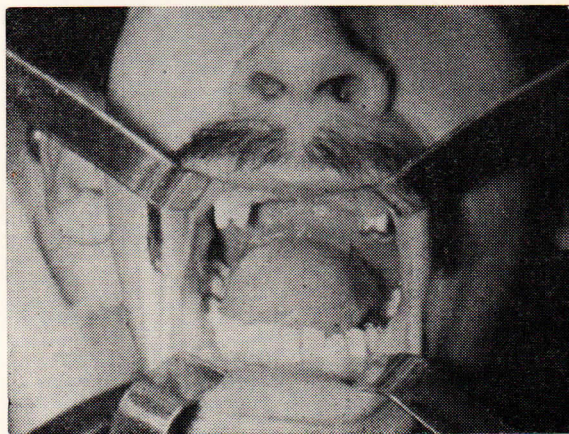


Fig. 1-1. Quiste dermoide de piso de boca, de 11 años de evolución. 24 años — Sexo masculino. La lengua no se ve pues está rechazada hacia arriba y atrás

\* Encargado del Servicio de Otorrinolaringología del H.C. FF.AA. (Equip. a Cap.). Profesor Director de Cirugía Bucomaxilar. Fac. de Odontología. Ex-Profesor Adjunto de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina.

\*\* Médico otorrinolaringólogo del H.C. FF.AA. Alférez (SM-M). Profesor Adjunto (Interino) de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina.

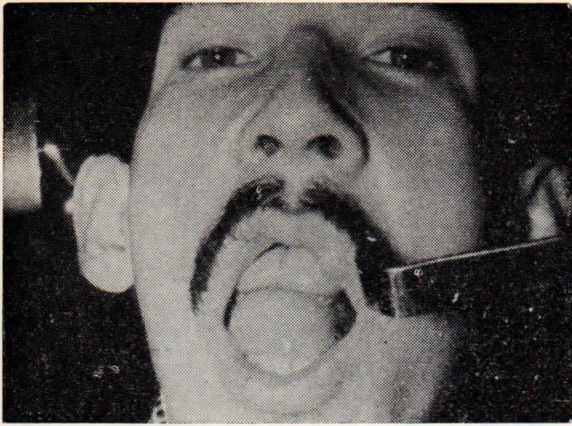


Fig. 1-2. Paciente cuando se le pide sacar la lengua.

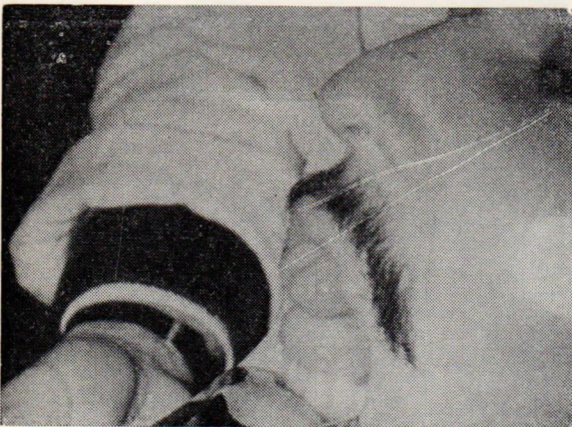


Fig. 1-3. Vista lateral al sacar la lengua.

### MORFOPATOLOGIA

La pared de estos quistes está formada por una fina, aunque resistente cápsula fibrosa recubierta internamente por un epitelio estratificado plano, habitualmente queratinizado. Constituyen los quistes epidermoides.

En otros, además de este epitelio, se encuentran glándulas sudoríparas, sebáceas y aún folículos pilosos, constituyendo verdaderos quistes dermoides.

También se describen como conteniendo músculos, hueso, hasta dientes y derivados gastro intestinales (2) (10) (18), entrando dentro del grupo de los teratomas complejos.

Los 5 casos operados por nosotros son todos epidermoides, formados por epitelio estratificado queratinizado, en capas muy apretadas y por fuera tejido conjuntivo muy resistente. (Fig. 1-8).

El contenido es blanco amarillento, pastoso, estando constituido en parte por queratina y otras veces por queratina y material sebáceo (Figs. 1-7; 2-4).

### CONSIDERACIONES ANATOMO-CLINICO-QUIRURGICAS

Las consideraciones anatómicas que realizamos tienen proyección a la clínica y a la cirugía.

Los llamados quistes dermoides de piso de boca tienen 2 ubicaciones diferentes, una variedad genio-hioidea o submental (Figs. 4-1; 5-1.) y otra genio-glosa o sublingual. (Figs. 1-1; 1-2; 1-3; 2-1; 3-1; 5-1).

La primera se ubica entre el milohioideo abajo y genihioideo arriba. La segunda variedad está encima del genihioideo en el espesor del músculo genioglosa. También se citan otros, ubicados debajo del milo-hioideo (18).

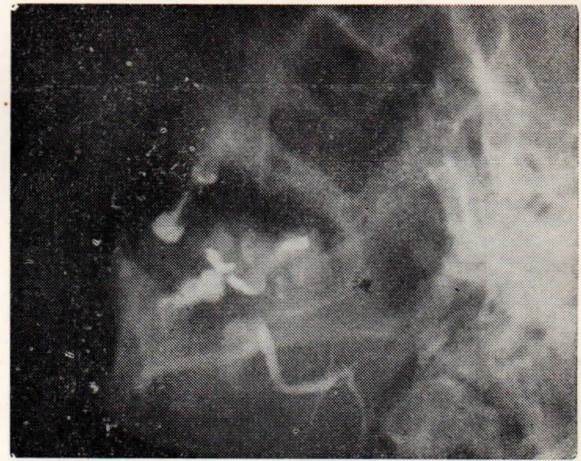


Fig. 1-4. SIALOGRAFIA: Conducto de Wharton desplazado hacia arriba. La realizamos sólo en este caso. No se repitió en los otros por innecesaria y dificultosa.

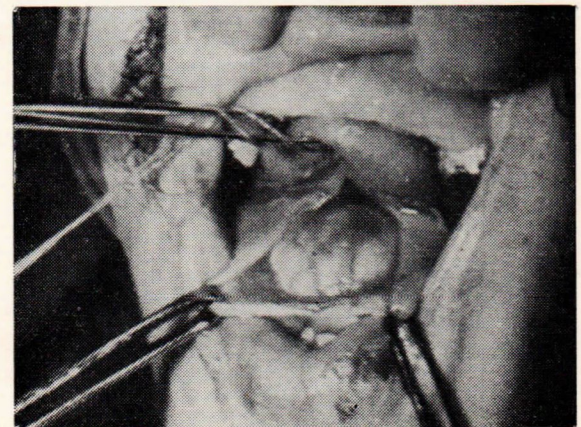


Fig. 1-5. a) Incisión antero posterior. b) Divulsión de tejidos y exposición de cápsula quística.

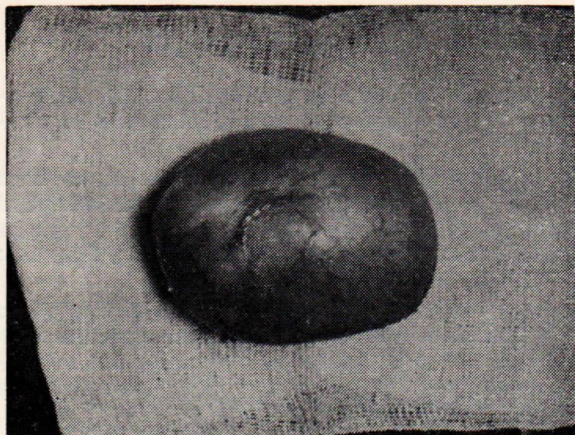


Fig. 1-6. Pieza operatoria.

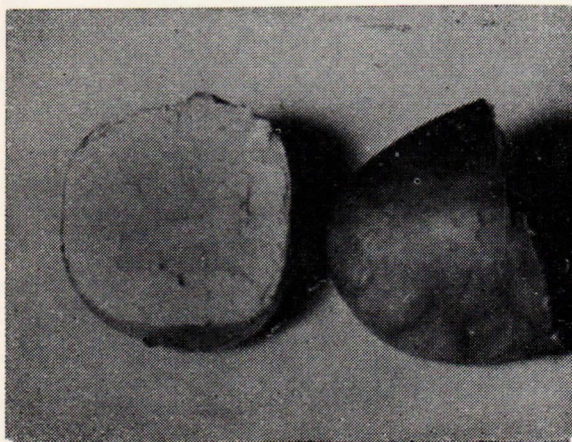


Fig. 1-7. Se corta el quiste. Se observa delgadez de la cápsula y el contenido espeso blanco amarillento.

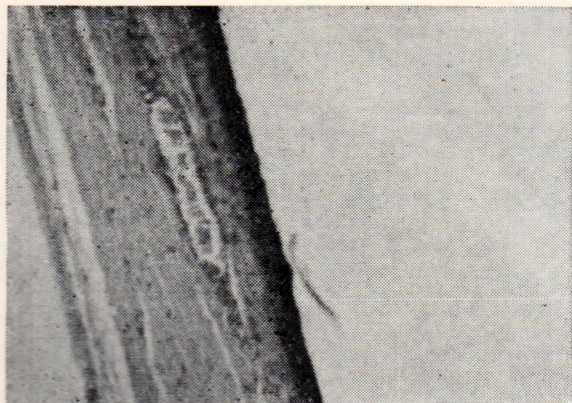


Fig. 1-8. Histopatología. Epitelio estratificado aplastado y por fuera tejido conjuntivo fibroso que le da resistencia a la cápsula.

Los músculos genio-hioideos y genio-glosos son elongados, lo que debe tenerse en cuenta para evitar la caída de la lengua hacia atrás y obstrucción de las vías respiratorias una vez extirpado el quiste.

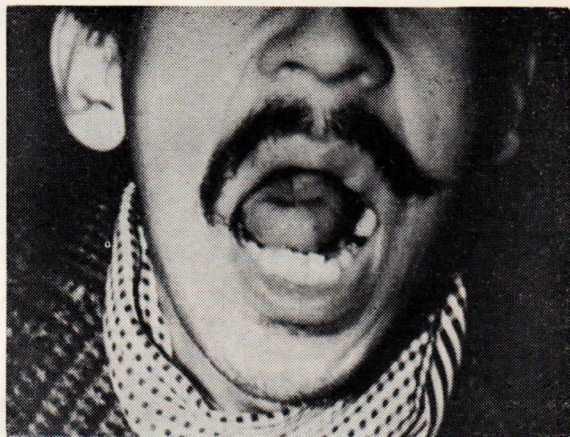


Fig. 1-9. Post-operatorio a los 15 días.



Fig. 2-1. Quiste Dermoide de Boca. Sexo femenino — 21 años.

#### CLINICA

La sintomatología subjetiva es discreta excepto cuando su volumen es muy grande dificultando la fonación y deglución.

El motivo de consulta habitual es la tumorción que deforma el piso de boca o la región submental. En los sublinguales a pesar de la gran deformación del piso de boca, la mucosa mantiene su aspecto normal o a veces es ligeramente amarilla. El único diagnóstico diferencial del quiste dermoide sublingual es con la ránula. Este habitualmente es lateral aunque puede hacerse bilateral. El aspecto de la mucosa es muy típica, fina, y transparente.

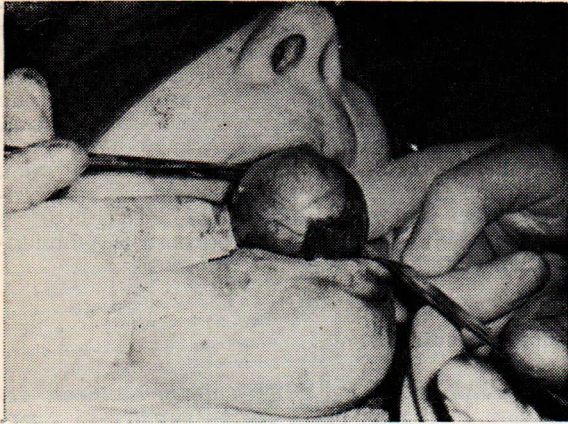


Fig. 2-2. Exposición del Quiste — Hay fibras musculares aún insertadas en la cápsula

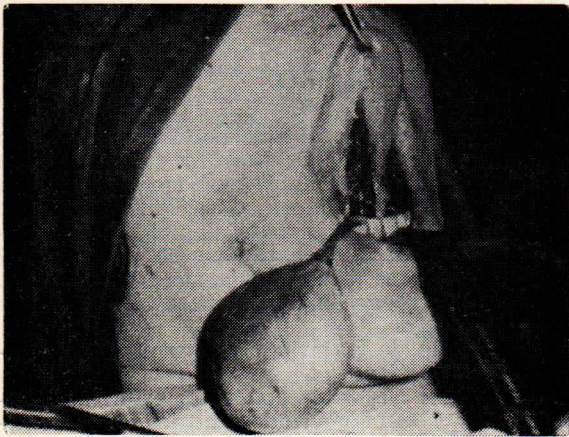


Fig. 2-3. Quiste unido a apofisis Geni por un tracto fibroso — Variedad ad-geniana.

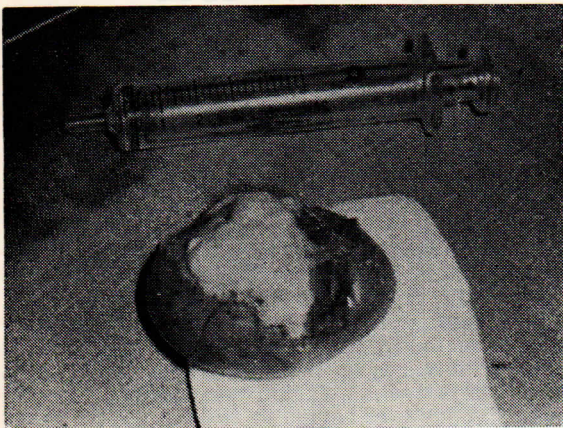


Fig. 2-4. PIEZA OPERATORIA. El Quiste fue abierto para mostrar el contenido.

Los geni-hioideos o submentales hacen la deformación en la región submental, aunque puede acompañarse de deformación del piso de la boca.

Estos quistes no se elevan ni al deglutir ni al sacar la lengua.

En las intervenciones se pueden encontrar vinculados a la apófisis geni o al hioides, de ahí la denominación de ad-genianos, fig. 2-3, y ad-hioideos.

### TRATAMIENTO

Es quirúrgico (5). Fig. 5-1. Los sublinguales se abordan por boca. Para los submentales está indicada la vía cutánea. La intervención se ve facilitada por la existencia de una cápsula quística muy resistente

De los 5 casos operados por nosotros, cuatro se realizaron por la vía bucal, y sólo uno por abordaje cutáneo.

### TECNICA QUIRURGICA

**Abordaje bucal.** — Este se realiza para los sublinguales y corresponde a los ad-genianos.

De los cuatro casos operados por vía bucal, en los dos adultos se realizó anestesia loco-regional. En los dos niños anestesia general con intubación nasotraqueal.

La incisión puede realizarse transversal o anteroposterior. Preferimos la última, pues no encuentra ningún elemento anatómico importante.

Comienza en la parte ventral de la lengua prolongándose hacia las apofisis genis de la mandíbula. Pasa entre las desembocaduras del Wharton derecho e izquierdo. (Figs. 1-5; 5-1).

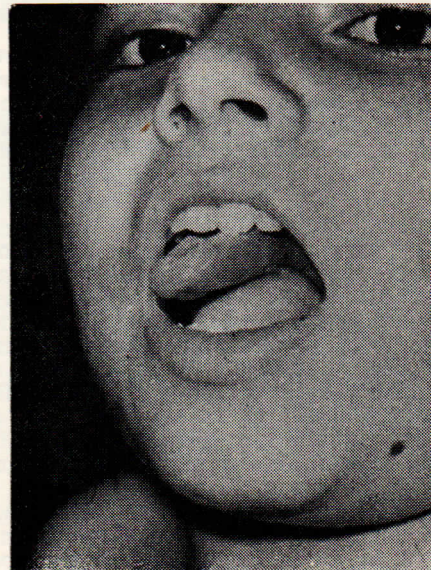


Fig. 3-1. Quiste dermoide — Sexo masculino

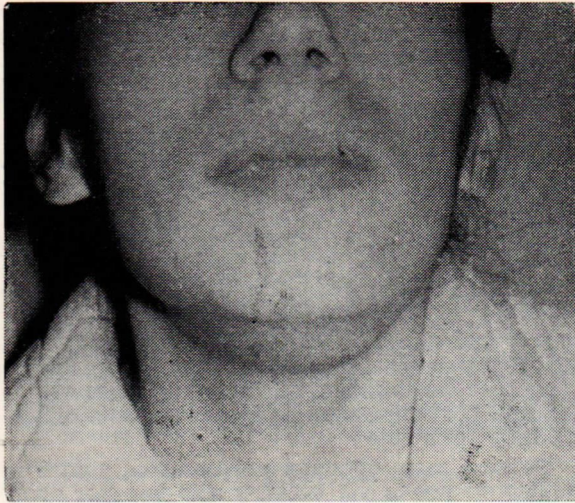


Fig 4-1. Quiste submental.

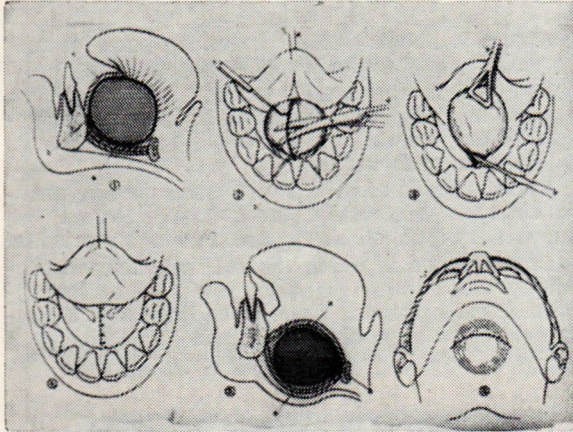


Fig. 5-1. Esquema de intervenciones. Reproducción de Atlas de Gíneded (5). 1) **Variiedad Genio-glosa o sublingual.** 2) Incisión antero posterior. 3) Extirpación del Quiste. 4) Sutura. 5) **Variiedad genio-hioidea o submental.** 6) Incisión.

Se realiza la divulsión a tijera, separando los músculos genioglosos en la línea media lo que nos permite llegar a la membrana quística que es muy resistente. Esta resistencia de la cápsula nos permite separarla de los tejidos vecinos, a pesar de la gran profundidad, pues llegan en contacto o muy cerca del hueso hioides y en la parte anterior cerca o con vinculación fibrosa con apófisis geni. (Figs. 1-5; 2-2; 2-3; 5-1). Sutura de músculos con catgut 00 y la mucosa con seda. Dejamos un drenaje de goma que se retira a las 24 horas.

Para facilitar la exposición del campo operatorio, al comenzar la operación pasamos un hilo por la punta de la lengua que es traccionada por el ayudante. (Fig. 1-5). Finalizada la intervención dejamos este hilo fijado a la mejilla

con un leucoplasto. Es de seguridad para traccionar del mismo en caso de disnea por caída de la lengua hacia atrás, debido a la elongación de los músculos provocados por el quiste. No tuvimos nunca este accidente, aunque en el caso de la fig. 1-1, que intervenimos con anestesia local y se realizó la premedicación con demerol y fenergán, al dormirse el paciente por la depresión farmacológica y antes de comenzar la intervención, hizo una gran disnea por la caída de la lengua hacia atrás, que se recuperó rápidamente al traccionar la lengua.

#### Abordaje cutáneo.

Se utiliza para los quistes genio-hioideos. La incisión se realiza en la región submental y supra-hioidea, curvilínea, paralela al maxilar. (Fig. 5-1). El milo-hioideo se corta en el rafe medio, en sentido antero-posterior. Se llega a la cápsula quística que se deja enucleada sin dificultad. Sutura de herida y drenaje que se retira a las 24 horas.

#### QUISTE TIROGLOSO

La cirugía de los quistes del tracto tirogloso fue bien establecida por Sistrunk (20), quien ha fundamentado desde hace casi cincuenta años, que debe extirparse junto con el quiste el tracto que lo une al tercio medio del hioides y la porción del conducto tirogloso que se extiende del hioides a la base de la lengua (foramen cecum).

Si no se procede de esta manera la recidiva es muy frecuente.

Esta forma de tratarlos tiene su fundamentación embriológica.

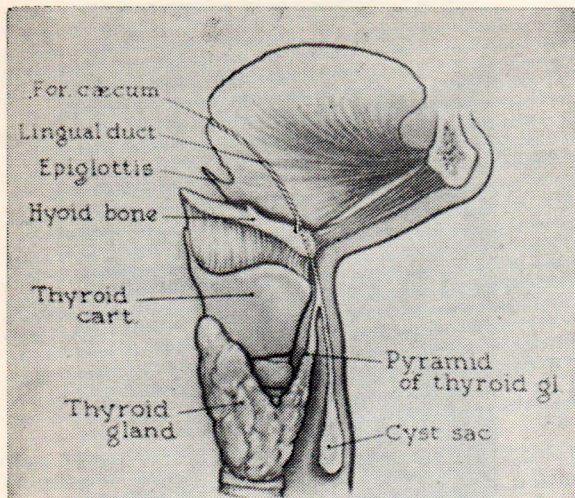
A pesar de que estos conceptos están bien establecidos y fundamentados, hemos reintervenido en varias oportunidades recidivas de estos quistes, en los que no se había resecado el tercio medio del cuerpo del hioides.

#### ASPECTOS QUIRURGICOS DE LA EMBRIOLOGIA TIROIDEA

La casi totalidad de la glándula tiroidea procede del piso de la faringe primitiva (14).

En la cuarta semana de la vida embrionaria se produce la migración del esbozo tiroideo primordial desde el piso de la faringe (foramen cecum) hacia su ubicación definitiva en el cuello. (Fig. 6-1). Dicho conducto se denomina tirogloso y se extiende hasta la pirámide de Lalouette, en la parte izquierda del istmo tiroideo. Esto explica la lateralización hacia la izquierda de la línea media de algunos quistes tiroideos.

Simultáneamente con el descenso hacia el cuello del tracto tirogloso, se forma a partir del segundo y tercer arco branquial el hueso hioides. De ahí la estrecha relación que existirá entre el hueso hioides y el conducto tirogloso. Este pasará en la vecindad inmediata y tendrá una vinculación estrecha con la parte media del cuerpo del hioides.



6-1. Esquema que muestra el tracto tirogloso. En todo su trayecto se puede formar un Quiste.

En la sexta semana de vida embrionaria el conducto tirogloso se atrofia. De la persistencia de este conducto se formarán los quistes.

#### Morfopatología

En la forma más típica se puede encontrar el epitelio cuboide o cilíndrico, como también epitelial plano.

En raros casos se puede ver tejido tiroideo.

Si hubieron intervenciones previas, puede estar desprovisto de un verdadero revestimiento epitelial y presentar sólo un revestimiento fibroso.

#### SINTOMATOLOGIA

En general se ponen de manifiesto antes de los 20 años, pudiendo aparecer en la niñez y en edades avanzadas.

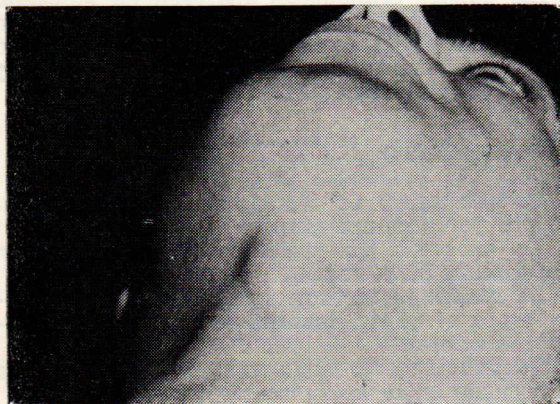


Fig. 7-1. Quiste tirogloso ligeramente lateralizado a izquierda.

Aparece como una tumoración indolora, salvo cuando sufre empujes inflamatorios, entre 2 y 4 cm. de diámetro, en la zona media del cuello a veces ligeramente desviada a la izquierda, fig. 7-1, entre el hioides y la escotadura del cartilago tiroides. Esta ubicación habitual puede modificarse por intervenciones previas, en cuyo caso se puede apreciar la cicatriz en la zona del quiste y éste podrá estar lateralizado a derecha o izquierda.

Una característica propia de estos quistes es que se elevan al deglutir y al sacar la lengua. Esto los diferencia de los quistes del piso de boca.

En los adultos es necesario palpar el cuello en busca de la glándula tiroides.

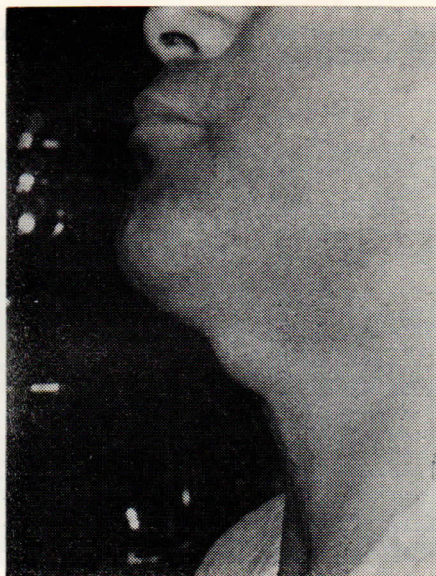


Fig. 7-2. Perfil de Quiste tirogloso.

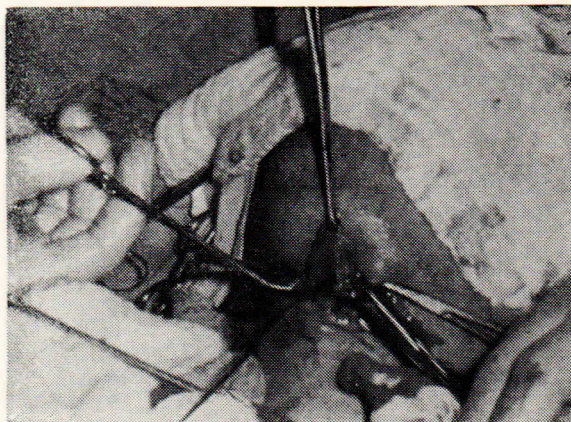


Fig. 7-3. Abierto el Quiste se constata un trayecto hacia base de lengua. La flecha indica el estilote introducido en el trayecto.

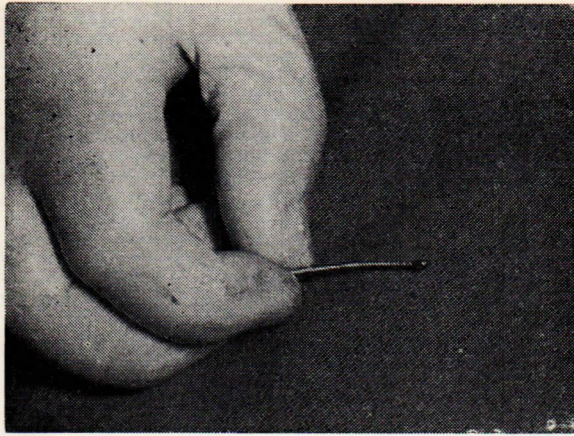


Fig. 7-4. Longitud del estilete introducido en trayecto a base de lengua.

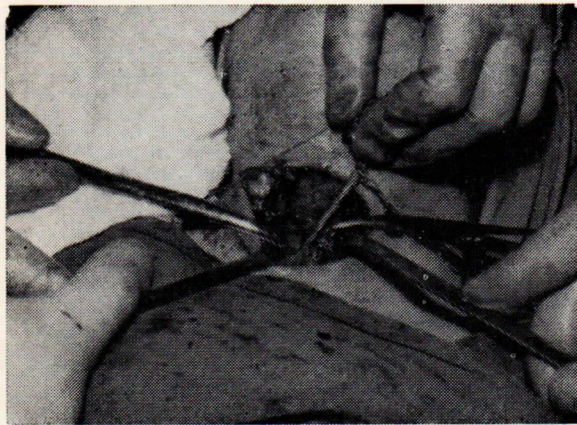


Fig. 8-1. Prolongación hacia glándula tiroides.

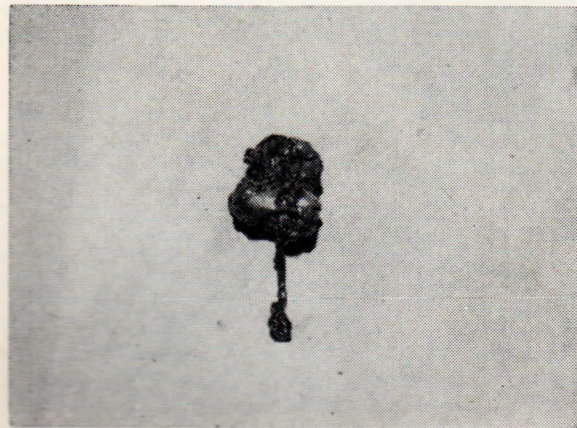


Fig. 8-2. Pieza operatoria Quiste con hioides y prolongamiento inferior

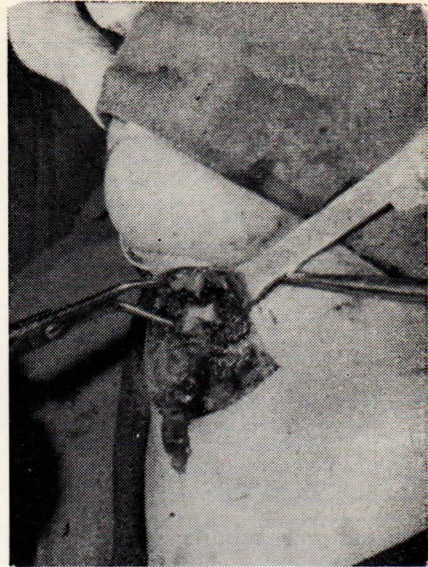


Fig. 9-1. Pinza toma Hueso de hioides. Se corta el tercio medio.

Cuando es dudosa la palpación de la glándula tiroides, es necesario realizar el estudio de la misma con I 131, pues puede ocurrir que el único tejido funcionando esté ubicado en el quiste y su extirpación nos provocaría un estado de insuficiencia tiroidea en el paciente.

#### DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

Una tumoración en la línea media del cuello, en la región vecina al hioides, que sigue los movimientos de la deglución y se eleva al sacar la lengua, orienta hacia el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con los quistes dermoides submentales, que están en situación algo más elevada en la región suprahioides, y que no siguen los movimientos de deglución (Fig. 4-1).

Los quistes branquiales aparecen en el cuello en posición francamente lateral a veces pueden plantearse dudas con quistes tiroglosos que han sufrido tratamiento quirúrgico incompleto, y que la tracción cicatricial los lateraliza.

#### TRATAMIENTO

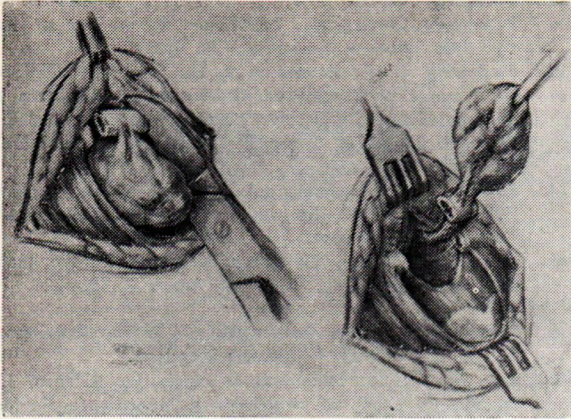
Es quirúrgico. La técnica indicada es la descrita por Sistrunk (20).

La anestesia de preferencia es general con intubación buco-traqueal.

Se realiza la incisión transversal directamente sobre el quiste, labrándose un colgajo superior e inferior.

Se individualiza fácilmente en la zona media del cuello entre los músculos esterno-hioides.

Llegada la disección al hueso hioides se libera su tercio medio de los músculos que en él se insertan. (Fig. 9-1).



**Fig. 10-1** Esquema de intervención de Sistrunk. Sección de Quistes tercio medio de hioides y prolongamiento hacia base de lengua.

Realizamos la osteotomía de su tercio medio. (Fig. 10-1). Dicha porción del hioides formará parte forzosa y fundamental de la pieza operatoria.

La disección se continúa hacia la base de la lengua, entre los músculos milo-hioideos, genio-hioideos y genio-glosos, llegando a la proximidad de la mucosa. (Figs. 7-3; 7-4 y 10-1).

En algunas oportunidades es fácil individualizar este trayecto. (Fig. 7-3) pero en otras es dificultoso existiendo un muy fino trayecto fibroso.

Una maniobra útil en esta etapa es la introducción por parte del ayudante, del dedo índice en la boca del paciente, en la zona vecina del agujero ciego, presionándola hacia el campo operatorio, lo que facilita la disección. Se liga el trayecto en la vecindad de la mucosa lingual. Si se llegara a abrir se le sutura con cat-gut cromado fino.

Seguidamente exploramos la posibilidad de un trayecto hioideo-tiroideo que sería necesario también extirpar. (Figs. 8-1 y 8-2).

Los músculos de la base de la lengua se suturan sin tensión.

Queremos hacer notar que no está indicado afrontar los extremos de sección del hueso hioides.

Se deja drenaje durante 48 horas. Cierre de piel a puntos separados.

El no cumplimiento de las distintas etapas quirúrgicas descriptas es la responsable de las recidivas y fistulas postoperatorias que obligan a la reintervención.

## RESUMEN

Los quistes dermoides de piso de boca son poco frecuentes y las publicaciones, referentes a los mismos, escasas.

Existen dos variedades, una sublingual que se aborda por boca; y la variedad genio-hioidea que se interviene por vía submental.

A pesar de su gran tamaño y la vecindad con estructuras profundas, la cirugía se ve facilitada por la resistencia de su cápsula.

En cuanto a los quistes del tracto tirogloso, la clínica y su tratamiento quirúrgico están bien descritos en los textos, a pesar de lo cual es frecuente la recidiva.

La técnica de Sistrunk es la indicada.

Realizada correctamente lleva a la curación en la casi totalidad de los casos.

Recalcamos que lo fundamental de la misma radica en la extirpación del tercio medio del hioides, que se reseca formando parte de la pieza operatoria, la que debe comprender además el trayecto intralingual.

## RESUME

Les kistes dermoides du plancher de la bouche sont infrequeuts et les rapports a leur sujet assez rares.

Il y en a deux sortes: un sub-lingual, que l'on opere par la voie orale, et des kystes genio-hioïdien que l'on opere par la voie externe submental.

Malgré leur grande taille et malgré le voisinage avec des structures profondes, la chirurgie devient facile à cause de la résistance de leur capsule.

La clinique et le traitement chirurgical des kistes tyro-glosse texte, malgré cela, les recurrences sont fréquents. Dans ces cas la technique indiqué est celle de Sistrunk. Cette technique appliquee correctemeint même a la guerison dans la plupart des cas.

Il y a quelques points à souligner: il faut extirper le tiers moyen du hioïde et le trajet intralingual avec la pièce opératoire.

## SUMMARY

The dermoid cyst of the floor of the mouth are infrequent and few papers are published about them.

There are two kinds of them, the sublingual and the genio-hyoid form.

We have two different ways of surgical technique to be performed. The first is operated by the intra-oral way and the second by a submental (external) approach.

In spite of their large volumen an relationship with important anatomical structures, the surgical proceeding is facilitated by the strong cyst's capsule. In what concern to the cysts of the thyro-glosus tract their surgical treatment is well described in most of the textbooks, but their recurrence is very frequent.

The Sistrunk's technique is the correct one.

When is well performed, a high percentage of cases are cured.

We believe that the most important fact of it, is that the middle third of the hyoid bone must be always resected with the specimen as well as the intralingual tract.

## BIBLIGAFIA

1. **Baker, B. R., Mitchell, D. F.:** The pathogenesis of epidermoid Implantation Cysts — *Oral Surg., Oral Med. Oral Path.* 19: 494; 1965.
2. **Bernier, J. L.:** Enfermedades orales. (17): 499; 1962 Bibliográfica Omega, Buenos Aires.
3. **Converse, J. M.:** *Reconstructive Plastic Surgery. The Head and Neck.* (31): 1197, 1964; Saunders Company — Philadelphia and London.
4. **Finochietto, R.:** *Cirugía Básica* 202, 1962 López Edit. Buenos Aires.
5. **Ginested G.:** *Chirurgie Stomatologique et Maxillo-Facial. Tumeurs Bénignes des Parties Molles.* (27): 196, 1963; Flammarion-Paris.
6. **Guerra Méndez, F.:** *Patología del conducto tirogloso.* Universidad de Carabobo. Venezuela, 1965.
7. **Jackson, A. S.:** Tumores y quistes de cabeza y cuello. *Clín. Quir. de Norteam.* 1283 - 1963 Interamericana México.
8. **Kirchner, Guleke, Zenker:** *Tratado de Técnica Operatoria.* (IV): 79; 1961 — Labor — Barcelona.
9. **Loré, J. M.:** *An Atlas of Head Neck Surgery* 2: 562, 1973 Saunders Philadelphia.
10. **Mirsky, I., Doyle J. L.:** Sublingual Teratoid Cyst With Unusual Giant Cell Reaction — *Oral Surg., Oral Med. and Oral Path.* 2: 248, 1967.
11. **Ombredanne, L.:** *Precis Clinique et Operatoire de Chirurgie Infantile* 290, 1949 Masson Paris.
12. **Patel, J., Calvet, J. P. y Col.:** *Nouveau Précis de Pathologie Chirurgical. Pathologie de la Tete et du cou.* 348, 1949 — Masson et Cie. Paris.
13. **Pindborg J. J., Kramer I. R. H.:** Tipos Histológicos de Tumores Odontogénicos, Quistes de los Maxilares y Lesiones Afines. *Clasificación Histológica Internacional de Tumores.* 23; 1972. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
14. **Pollock, W. F.:** *Anatomía quirúrgica del tiroides y glándulas paratiroides.* *Clín. Quir. Norteam.* 1161, 1964 Interamericana México.
15. **Proctor, B., Proctor, C.:** Congenital lesions of the head and neck. *Otolaryng. Clin. N. Amer.* 3 (2): 221 — 1970.
16. **Redon, H., Duhamel, B.:** *Tratado de Técnica Quirúrgica* 1: 205, 1974 Toray — Masson Barcelona.
17. **Rius, M.:** Fístulas congénitas de cuello. (en Allonso, J.) *Tratado de Oto-Rino-Laringología y Broncoesofagología:* 1751-1759, 1964 — Paz Montalvo — Madrid.
18. **Shaffer, G. Hine M. K., Levy B. M.:** *Patología Bucal.* (IV): 195, 1959. Mundi — Buenos Aires.
19. **Shepard, G. H., Rosenfeld, L.:** Carcinoma of Thyroglossal duct remnants. — *Amer. J. Surg.* 116: 125, 1968.
20. **Sistrunk W. E.:** Technique of removal of syst and Sinuses of thyroglossal duct. *Surg., Gynec., Obs.* 46: 109, 1928.
21. **Thoma K. H.:** *Cirugía Bucal.* (12): 957, 1955. Unión Tipográfica Hispano-Americana. México.
22. **Wise, R. A., Baker, H. W.:** *Cirugía de Cabeza y Cuello* 234, 1959 Interamericana México.