

QUISTES DERMOIDES DE PISO DE BOCA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Cap. (O) Dr. Silvio A. Scardovi *

PALABRAS CLAVE: Quistes dermoides

KEY WORDS: Dermoid Cyst.

RESUMEN

En el presente trabajo se exponen las particularidades, características clínicas, etiopatogenia, clasificación, morfopatología, diagnóstico diferencial y tratamiento de los "Quistes dermoides de piso de boca".

El interés de la presentación radica en las escasas publicaciones sobre el tema, tanto en la literatura universal como en nuestro medio.

Se presenta un caso clínico que es una variedad sub-lingual y adgeniana de quiste epidermoide y con un prolongamiento inframilohioideo (forma en "reloj de arena"). El tratamiento quirúrgico se practica bajo anestesia general y por abordaje endobucal.

SUMMARY

The features, clinical characteristics, etiopathogenicity, classification, morphopatology, differential diagnosis and treatment of the "Dermoid cyst of the mouth floor" are described in this paper. The significance of the subject; is stressed by the paucity of publications about it in the universal literature as well as in our country.

It is presented a clinical case which is a sublingual and adgenian variety of an epidermoid cyst with an inframylohyoideus prolongation ("sandglass" shaped). The surgical treatment is carried out under general anesthesia with an endobuccal approach.

RESUMÉ

Dans ce travail, l'on expose les particularités, caractéristiques, cliniques, étiopathogénie, classification morphopathologie, diagnostique différentiel et traitement des kystes du plancher de la bouche.

L'intérêt de la présentation reside dans les rares publications sur le sujet tant dans la littérature universelle comme dans notre milieu.

L'on présente un cas clinique que c'est une variété sub-lingual et ad-génienne du kyste épidermoïde avec un prolongement sus mylohyoïdienne en forme de sablier.

Le traitement chirurgicale l'on fait sous anesthésie générale et pour abordage endobuccale.

INTRODUCCIÓN

En el piso de la cavidad bucal pueden encontrarse, muy raramente ciertas deformaciones denominadas "quistes epidermoides".

Los quistes dermoides, epidermoides y teratoides constituyen un típico ejemplo de disembrionoplastia a nivel de toda la región que BLANDIN denominó "glososuprahioidea", dentro de la cual nosotros topografiamos el "piso de la boca" y "región sublingual" entre otras. Si bien estas patologías son de naturaleza totalmente benigna pueden por su excesivo desarrollo determinar importantes alteraciones estético-funcionales y obviamente su accidente más común: la infección, causar complicaciones diagnósticas y terapéuticas.

* *Rof. Adj. Clin. Quirúrgica 2ª Facultad de Odontología. Jefe del Servicio de Cirugía B.M.F. de la D.N.S.F.F.A.A.*

DESARROLLO DEL TEMA

Sinonimias: Quistes dermoides, Quistes epidermoides, Quistes de inclusión, Quistes congénitos. Según Grumberg (18) la denominación clínica genérica de "quistes dermoides" no es la más acertada ya que si bien desde el punto de vista morfológico pueden ser dermoides, histológicamente la mayoría son "epidermoides". También se considera incorrecta la denominación de "quistes congénitos" porque lo más frecuente es que no se nazca con el quiste. En la mayoría de los textos y publicaciones estas patologías aparecen bajo la denominación de "quistes dermoides de piso de boca".

ETIOPATOGENIA

El origen embrionario de estas lesiones es indiscutido para los quistes dermoides, no así para los epidermoides muy superficiales. BORELLO (2,6) afirma que los últimos podrían ser consecuencia de un enclavamiento epitelial traumático postparto. MUKERJE (23) presenta un caso de indiscutido origen traumático en un hombre de 30 años.

La formación de los quistes epidermoides ocurriría a partir de una proliferación y degeneración quística de capas germinales (restos epiteliales) entrampadas en la línea media de cuando los procesos laterales del primer arco branquial o maxilar se fusionan con el tubérculo impar para formar la lengua anterior y piso de boca. Este proceso ocurre entre la 3ra y 4ta. semanas de vida intrauterina o sea cuando se produce la oclusión de las primeras hendiduras branquiales (6, 7 - 17). En 1965 BAKER y MITCHEL (2) hacen estudios experimentales en ratas con inclusión de tejido epitelial subdérmico consiguiendo y constatando la formación de quistes de inclusión (11). Los estudios de COLP en 1925 ya sustentaban esta teoría embrionaria.

FRECUENCIA

Los quistes dermoides y epidermoides de piso de boca constituyen una patología de muy baja frecuencia (3,4,6,7,13,17,18,27).

En 1967 eran 100 los casos publicados (2).

Según NEW y ERICH (24) el 25% de los quistes dermoides, de cabeza y cuello corresponden al piso de boca.

SHORE (31) en el análisis de 54.000 piezas

operatorias solo observó 2 quistes dermoides y 2 epidermoides en el piso de boca.

LOCALIZACION

Los quistes epidermoides pueden localizarse en la línea media (centrales) o en las zonas laterales del suelo de la boca (laterales) y con mayor frecuencia por encima del músculo milohioideo, aunque por el crecimiento pueden en ocasiones disecar algunas fibras musculares y/o crear un hiatus por el cual se deslizan por debajo de él (6-32). Los quistes "laterales" ocupan la: región submaxilar, desarrollándose hacia la piel o la cavidad bucal. Los quistes "centrales" se topografían en la zona sublingual. Pueden ubicarse por encima del diafragma muscular constituido por los músculos geniohioideos, genioglosos y milohioideo como puede observarse en la Fig. 1a, o bien pueden estar englobados en el mismo. de modo que los músculos geniohioideos cubran el quiste y el milohioideo quede por debajo como se representa. A su vez los primeros pueden tener su extremidad anterior adherida a las apófisis geni; y los segundos su extremidad posterior adherida al hueso hioides. Por esta situación algunos autores los nombran como "adgenianos" o "adhioideos" respectivamente (16, 17, 1a). Existe una tercera variante de los quistes de la región central sublingual, es la forma en "reloj de arena" de la Fig. 1b, que corresponde a la evolución quística a través de la barrera muscular milohioidea, la cual lo ciñe en ese sector y le da el aspecto típico.

La extensión y el volumen quístico por debajo del diafragma muscular otorga características particulares a la clínica y al tratamiento de esta variedad. Las ubicaciones infrafragmáticas provocan siempre deformación facial submental (por debajo del mentón) cuando adquieren un volumen importante.

RANGO

Esta patología no es evidenciable al nacer o en los niños pequeños. Según PINDBORG (27) se manifiestan clínicamente entre los 15 y los 30 años de edad. Para GRINSPAN (17) se ponen de manifiesto a partir de la segunda década con más frecuencia.

SEXO

Según KINNAM y SUH (20) y otros autores no existiría predilección por el sexo.

CLASIFICACIÓN

MEYER (21) con criterio anátomo-patológico clasificó los quistes de inclusión en

1- QUISTES EPIDERMÓIDES: son formaciones cavitarias con membrana de revestimiento epitelial pavimentoso estratificado y queratinizado, dentro de las cuales existe un contenido líquido o gaseoso con queratina y sin anexos cutáneos.

2- QUISTES DERMÓIDES: son cavidades como la descrita anteriormente pero con un contenido que incluye anexos cutáneos como ser: folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas casi siempre rudimentarias. ADEKEYE (1) ha descrito quistes epidermoides pigmentados.

3- QUISTES TERATOIDES, en estos quistes además del contenido citado en los dermoides, se encuentran faneras cutáneas, derivados del tejido conjuntivo, sangre, músculo, hueso, tejidos del tracto respiratorio y a veces intestinal (17,22,30).

CLÍNICA

Se presentan como masas lisas, móviles, redondas u ovales, de consistencia blanda, duroelástica y hasta pastosa dando a veces sensación de renitencia. Se ha descrito como patognomónico el signo de "LANDRETTA LINHART" que es la permanencia de la huella dactilar al presionar el quiste con el dedo (4).

La ubicación medial es más frecuente que la lateral (4). No son clínicamente evidenciables al nacer ni en niños de corta edad. El crecimiento es lento e indoloro, aunque puede sufrir empujes que los duplican en poco tiempo (17) y pueden llegar a alcanzar tamaños muy importantes como el gigantesco caso de POPESCU (28). Clínicamente solo se manifiestan cuando superan los 3 cm. de diámetro (7) y pueden hacerlo hacia la mucosa bucal o hacia la piel, según la variedad.

La sintomatología tanto subjetiva como funcional es discreta excepto cuando el volumen es importante y provoca alteraciones en la deglución, fonación, masticación e incluso respiración (ORIBE y VITA) (25). La infección modifica el cuadro, exagerando su fenomenología, puede fistulizar la boca, piel o dar inflamación del tejido celular de la región, complicándose el diagnóstico y aún el pronóstico (17), GARCIA y MARTINEZ (15) describen un caso donde el quiste determinó una reacción a cuerpo extraño. Igual

reacción describen MURSKY y DOYLE (15) pero en un caso de ruptura de la pared quística.

El motivo de consulta más frecuente es la tumoración que deforma el piso bucal o la región submentoniana (7). En la variedad sublingual, aún en deformaciones importantes, la mucosa mantiene su aspecto normal y en algunos casos puede observarse una coloración amarillenta (17).

El "quiste dermoideo" se puede localizar en diversas zonas de la piel. En el cuello habitualmente ocupa la región sub-ángulo mandibular o sub-mentoniana. Excepcionalmente se localiza sobre el milohioideo y hace eminencia hacia el piso de la boca (7).

Clínicamente es imposible diferenciar quistes dermoides y epidermoides.

Pueden presentar movilizaciones en la mecánica deglutoria, pero ello no implica que existan conexiones con el hioides, sino que puede deberse a desplazamientos musculares (DECHAUME) (13).

En la zona sublingual los quistes centrales tienen manifestación casi exclusiva de deformación intrabucal: cuando se topografían por debajo del milohioideo alteran la región submental, dando el aspecto de "doble papada". Situación similar ocurre con los quistes laterales de la misma región.

Los quistes submentales son siempre centrales y se encuentran ubicados entre los dos vientres anteriores de la musculatura digástrica, con el músculo milohioideo de techo, y separados de la piel sólo por el tejido celular subcutáneo. Los submaxilares están ubicados en la región lateral del círculo pericervical. Dado que las estructuras de boca son más consistentes, el crecimiento es hacia la piel; respecto a la glándula submaxilar, pueden estar ubicados en el plano superficial o en el profundo, presentando en estos últimos adherencias a la glándula (4).

MORFOPATOLOGÍA

La membrana quística es gruesa con epitelio escamoso estratificado queratinizado, pudiendo contener además, folículos pilosos, glándulas sudoríparas o sebáceas según el tipo de quiste: dermoide, epidermoide o teratoide.

El contenido es blanco amarillento, pastoso y está constituido por queratina y sebo fundamentalmente. A su vez puede ser de consistencia espeso-grumosa u oleosa. Según GRINSPAN (17) es un material untuoso al tacto y de olor rancio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

EL único diagnóstico posible para diferenciar las tres variedades histopatológicas de los quistes de inclusión es el diagnóstico anatomopatológico (THOMA) (32). Las entidades patológicas con que habitualmente se realizan diagnóstico diferencial son:

Ránulas o mucocelos: se pueden diferenciar por la consistencia (son más blandas), son más superficiales que los quistes dermoides y tienen una coloración más azulada. Las ránulas son más lateralizadas con respecto al frenillo lingual y cuando son bilaterales imprimen al frenillo una huella casi inaparente en los epidermoides (4).

Quiste linfoepitelial, este tiene una consistencia muy blanda, un color más azulado y un fácil desplazamiento lateral y vertical (5, 6).

Quistes del conducto tirogloso: En general son de localización más baja, los endolinguales son posteriores y los preepiglóticos se ubican en la parte posterior y superior del hueso hioides. Por la adherencia al cuerpo hioides bajan y suben al pedirle al enfermo que trague, pero este signo puede repetirse en la variante adhioides de los epidermoides (4, 5).

Lipoma lingual: se ubican con mayor frecuencia lateralmente, aunque pueden aparecer en la zona media. En general son más lobulados, la consistencia es más blanda y sin renitencia. La irrigación con cloruro de etilo los endurece de inmediato según CALATRAVA (9). Otro signo diferencial es su color amarillento que se transparenta a través de la mucosa bucal (32).

Procesos inflamatorios y tumorales: para diferenciar los quistes dermoides de estas patologías es necesario hacer un estudio clínico y una investigación minuciosa de la historia de la enfermedad actual.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los quistes dermoides, epidermoides o teratoides, cualquiera sea su localización, debe ser quirúrgico (4,5,12,16,17,18). Para GRINSPAN la vía de abordaje preferida es la transcutánea (17), salvo para los quistes adgenianos que eventualmente los elimina por la región sublingual.

La mayoría de los autores coinciden que los quistes sublinguales deben extirparse por vía endobucal; los centrales, mediante una incisión paralela al frenillo lingual; los laterales por incisión paralela al conducto de

Wharton, previa cateterización del mismo para evitar su seccionamiento accidental (4,16).

Los quistes inframilohioides deben extirparse por incisiones a través de piel en la región submentoniana. Se realiza una incisión horizontal paralela al reborde inferior mandibular hasta llegar al músculo cutáneo del cuello y a su fascia superficialis, los que se inciden en sentido vertical. Con ésta técnica se atraviesan las estructuras musculares en el sentido de sus fibras, disminuyendo el sangrado por el paralelismo con la mayoría de los vasos de la zona, y obteniendo un cruce de planos para el cierre, que favorecerá la cicatrización (CASTILLO) (4). Los quistes submaxilares se deben abordar por piel con una incisión similar a la que se usa para abordar la glándula; a dos traveses de dedo por debajo del borde del cuerpo mandibular y con ligera concavidad hacia arriba.

En los abordajes intrabucales para los quistes sublinguales, la división de los tejidos se realiza con tijeras romas. Una vez expuesto el quiste se toma con una pinza tractora y se va decolando hasta su desinserción total. Se realizan suturas (en los planos musculares que hallan sido afectados) con catgut crómico y luego se realiza sutura a puntos separados de la mucosa lingual. Los músculos geniiohioideos y genioglosos pueden estar muy elongados, por lo que debe tenerse en cuenta una posible caída de la lengua hacia atrás, con obstrucción de las vías respiratorias una vez extirpado el quiste (Grunberg) (18).

CASO CLÍNICO

1- Datos personales: F.D.A., sexo masculino, caucásico, de 16 años de edad.

2- Motivo de consulta: Derivado por colega odontólogo.

3- Enfermedad actual: El paciente relata que presenta una tumefacción en el piso de la boca desde hace muchos años, que ha crecido lentamente y que no tiene ninguna sintomatología. Le es dificultoso sacar la lengua.

4- Antecedentes personales y familiares: sin particularidades.

5- Examen clínico: paciente lúcido, ambulatorio, colaborador, de buen estado general y sin alteración loco-regional.

Zona motivo de consulta: Se observa gran deformación medial y redondeada en el piso bucal por delante de la lengua. La mucosa de recubrimiento es lisa

y de configuración y color normal. La palpación es asintomática, la consistencia es duro-elástica con discreta renitencia y desplazamiento durante la mecánica deglutoria.

6- Diagnóstico clínico: "Quiste dermoide de piso de boca".

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Anestesia general con intubación nasotraqueal. Pasaje de hilo tractor en la punta de la lengua. Abordaje endobucal con incisión póstero-anterior desde la parte media y ventral de lengua hacia las apófisis geni, quedando la misma comprendida entre ambas desembocaduras de los Wharton. Divulsión a tijera roma, separando los genio-glosos hasta exponer la membrana quística. Determinación de un plano de clivaje pericapsular quístico y divulsión hasta exteriorización total.

Debridamiento de las fibras del milohioideo en la zona media para poder retirar una porción inframilohioidea que se constató en el acto operatorio. Seccionamiento del pedículo adgeniano y excéresis de la masa quística. Sutura del plano muscular con catgut crómico y de la mucosa del piso de boca con hilo reabsorbible. Muestra la pieza operatoria, el seccionamiento de la misma en donde se observa una cápsula gruesa y con contenido pastoso blanco amarillento. El estudio anátomo-patológico reveló estar en presencia de un quiste "Epidermoide".

BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Adekeye, E. y colabs.: Pigmented dermoid cysts of the floor to the mouth: a comparison of two cases. *J. Oral Surg.*, 34(10): 927,1976.
- 2 - Baker B., Mitchell. D.: The pathogenesis of epidermoid implantation Cysts. *Oral Surg., Oral Med., Oral Path.* 19: 494;1965.
- 3 - Bernier, J.: Enfermedades orales. Bibliográfica OMEGA. (17): 499. Buenos Aires. 1962.
- 4 - Berguer, A.; Castillo, R.: Quistes dermoides del suelo de la boca. *Rev. Iber. Am. Cirug. Oral y M.F.*; Vol. I, N° 2;1978.
- 5 - Bernier, J. L.; Bhaskar, S. Lymphoepithelial lesions of salivary glands. *Cancer*, 1; 1156; 1952.
- 6 - Borello, E.: Enfermedades de la boca (David Grinspan). Tomo III. Ed. Mundi. Argentina, 1976.
- 7 - Borghelli, R.: Temas de patología bucal clínica. Ed. Mundi S.A.I.C y F. Argentina. 1979.
- 8 - Boulud, B. y colbs.: Le kyste dermoide surhyoidien. *J. Fr. O.R.L.*, 25; 570; 1976.
- 9 - Calatrava, L.: Lecciones de patología quirúrgica estomatológica y maxilofacial. Tomo II, Pág. 502. Artes Gráficas Ibarra, 1974.
- 10 - Calatrava, L.: Lecciones de patología quirúrgica estomatológica y Maxilofacial. Tomo II, Pág. 467. Artes Gráficas Ibarra, 1974.
- 11- Colp, R.: Dermoid cyst of the mouth. *Surg. Gynec. Obstet.*, 40:183;1925.
- 12- Converse, J.: Reconstructive plastic Surgery. The Head and Neck. Saunders Company. Philadelphia-London. 1964.
- 13- Dechaume, M.: Estomatología. Ed. Toray Masson. 1969.
- 14- Finochietto, R.: Cirugía básica. López Edit. Buenos Aires: 1962.
- 15- Garc+A Perla, A. y colbs.: Quistes branquiales del suelo de la boca. *Rev. Esp. Estomatología.* 28(2):103;1970.
- 16- Ginested, G.: Atlas de cirugía estomatológica y Maxilofacial. Edit, Mundi. 1967.
- 17- Grispan, D.: Enfermedades de la boca. Tomo III. Ed. Mundi. Argentina. 1976.
- 18- Grunberg, J.; Crespo, L.: Quistes dermoides del piso de boca y del tracto tirogloso. *Rev. S.S.F.F.A.A.* Tomo 4. N° 2. Uruguay. 1976.
- 19- Jackson, A.: Tumores y quistes de cabeza y cuello. *Clín. Quir. de Nortem.* Edit. Interamericana. México. 1963.
- 20- Kinnam, J. y colbs.: Dermoid cyst of the floor of the mouth. *J. Oral Surg.*, 26:190;1968.
- 21- Meyer, A.: Median anterior maxillary cyst. *J. Am. Dent. Assoc.*, 18:1851.1931.
- 22- Mirsky, I.; Doyle, J.: Sublingual teratoid cyst with unusual glant cell reaction. *Oral Surg., Oral Med. and Oral Path.* 2;248.1967.
- 23- Mukerje, S. y colbs.: Implantation dermoid of the floor of the mouth. *International Surg.* 62:232.1977.
- 24- New, E.; Erich, J.: Dermoid cyst of the head and neck. *Surg. Gynec. Obstet.*, 65:48.1937.
- 25- Oribe, J. y colbs.: Gran quiste epidermoide del piso de boca. *Rev. Esp. Estomatología*, 19(6):441,1971.
- 26- Pindbordg, J. y colb.: Tipos histológicos de tumores odontogénicos. Quistes de los maxilares y lesiones adines. Clasificación histológica Internacional de tumores. 23;1972. O.M.S. Ginebra.
- 27- Pindborg, J.: Atlas de enfermedades de la mucosa oral. Ed. Salvat. 1974.
- 28- Popescu, V.: Voluminous dermoid cyst of the floor of the mouth. *Rev. Chirg. Stomatol.* 23(4): 273,1976.
- 29- PROCTOR, B.: Congenital lesions of the head and neck. *Otolaryng. Clin. N. Amer.* 3 (2): 221,1970.
- 30- SHAFFER, G. y colbs.: Patología bucal. Ed.

Mundi. Buenos Aires. 1959.

31- SHORE, B.: Sublingual Epidermoid cyst. Ann. Hispano-Americana. México. 1955.
Surg., 108:305, 1938.

32- THOMA, K.: Cirugía bucal. Unión Tipográfica