

Quiste epidermoide en el suelo de la boca

S. Sanjuán Rodríguez¹, J.M. Morán Penco¹, A. Ruiz Orpez², J.I. Santamaria Ossorio¹, F.J. Berchi García³

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil. Badajoz. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil. Malaga. ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital XII de Octubre. Madrid.

RESUMEN: Los quistes epidermoides son una patología frecuente en la infancia, sin embargo, su localización sublingual es excepcional, lo cual origina dificultades diagnósticas y terapéuticas. Presentamos un varón, de 5 años de edad, asintomático, que desde una semana antes, los padres le han observado una tumoración situada en el suelo de la boca, bien delimitada, y mediante una exploración detenida se sospecha la existencia de un posible quiste que se extrae mediante un abordaje oral, confirmando el estudio histológico el diagnóstico de quiste epidermoide. Se analiza los diferentes medios diagnósticos y las posibles vías de abordaje quirúrgico utilizadas.

PALABRAS CLAVE: Quiste epidermoide; Suelo de la boca.

EPIDERMOID CYST OF THE MOUTH FLOOR

ABSTRACT: The epidermoid cysts are frequent during childhood, however mouth floor location are very unusual, because of their more difficult diagnosis and therapeutic approach.

We present a 5 years old male, symptoms free until a week before, when his parents noticed a well defined mass in the mouth floor. A physical examination led to the diagnosis of possible epidermoid cyst. The tumor was excised through an introral approach.

A review of different diagnostic means and surgical management are undertaken.

KEY WORDS: Epidermoid cyst; Mouth floor.

INTRODUCCIÓN

Los quistes epidermoides (QE) son una patología bien conocida, sin embargo, su localización sublingual es excepcional, por lo que pocas veces se realiza un diagnóstico correcto preintervención.

Correspondencia: Dr. S. Sanjuán Rodríguez. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil. Avda. Damián Téllez Lafuente s/n. 06010 Badajoz.

Recibido: Septiembre 2002

Aceptado: Octubre 2002

No existe una pauta unificada de diagnóstico y tampoco existe unanimidad sobre cual es la mejor vía de abordaje quirúrgico: intraoral u submentoniana, originando dificultades diagnósticas y de abordaje quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Varón, 5 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales, asintomático, que desde una semana antes del ingreso los padres le observan una tumoración situada en el suelo de la boca, que no origina dolor ni otras molestias a la deglución, fonación, etc.

A la exploración se observa una tumoración situada en la parte anterior del suelo de la boca, blanquecina, dura, fija, cubierta por mucosa oral normal y sin signos de inflamación local (Fig.1); la saliva tiene un aspecto normal y se comprueba una correcta permeabilidad de los conductos de Wharton.

La exploración de las glándulas sublinguales, submandibulares es normal, así como, el resto de la exploración, no palpándose adenopatías laterocervicales.

Hto, Hb, hemograma, bioquímica general, Rx cuello y tórax: normal.

Con el diagnóstico de tumoración sublingual, posible quiste epidermoide, se realiza tratamiento quirúrgico, practicando exéresis completa mediante un abordaje intraoral obteniendo una tumoración de 3 x 2 x 2 cm. El paciente es dado de alta a las 48 horas post-intervención, no presentando ninguna complicación inmediata o tardía.

Diagnóstico histológico: quiste epidermoide.

DISCUSIÓN

Los QE localizados en el suelo de la boca son excepcionales, representan menos del 0,01% de todos los quistes de la boca, habiéndose encontrado también en lengua y labios^(1,2). Según su localización anatómica, por encima o por debajo

del músculo milohiideo se clasifican en: sublinguales y submentonianos⁽²⁾.

La mayoría de los autores consideran que son quistes de origen congénito, sin embargo, no suelen manifestarse durante los primeros años de vida, sino que suelen observarse en adultos jóvenes, alrededor de la 2ª-3ª década. Son excepcionales en niños⁽¹⁻⁸⁾, siendo ésto lo que justifica la presentación de nuestro paciente, aunque existe un caso de presentación en un RN⁽³⁾.

Todos los autores coinciden en que no existe predominio por ningún sexo^(1,4-6).

Al igual que en este paciente, estos quistes de localización intraoral, suelen ser únicos, pero existen casos excepcionales de QE múltiples, separados o unidos por un tracto fibroso^(2,4).

El tamaño de los quistes es variable, presentando un diámetro mayor que varía desde unos pocos milímetros a 12 cm, en nuestro caso era 3 cm. Preferentemente se localizan por encima del músculo milohiideo pero pueden herniarse a su través, adquiriendo una forma de «reloj de arena»⁽³⁾.

Generalmente se presentan como una tumoración de crecimiento lento y progresivo, asintomática, si bien, existen casos de gran tamaño que se han manifestado por trastornos en la masticación y deglución, articulación y fonación.^(1,4-6,9,10) Suelen ser indoloros, excepto cuando existe presión o infección cerca del nervio lingual^(5,6).

En casos de gran tamaño, se han descrito casos de disfagia y disnea por desplazamiento de la lengua hacia la orofaringe^(4,8). En esta situación, pueden expandirse hacia la región submentoniana y aparecer durante la inspección como una doble «barbilla» o, incluso, como una masa lateral de cuello^(1,3,8).

No suelen originar complicaciones pero pueden infectarse, bien de una manera espontánea o secundaria a P.A.A.F. diagnóstica, originando situaciones de riesgo para el paciente^(5,10). Con respecto al diagnóstico, no realizamos ninguna otra prueba complementaria, por que tanto por la historia como por la exploración minuciosa, sospechamos la existencia de un quiste epidermoide, como así confirmó, el estudio anatomopatológico. No obstante, en casos de duda diagnóstica, se recomienda realizar una ecografía, observando una imagen quística, hipoecogénica, permitiendo diferenciar entre lesión sólida, vascular o quística^(5,6). También se ha utilizado el TAC y la RNM, que demuestran una masa quística, bien encapsulada, no calcificada, así como, su tamaño y las estructuras que rodean a la lesión^(3,5-9). A pesar de estas pruebas, si persiste duda diagnóstica, algunos autores han utilizado también una gammagrafía tiroidea para descartar tejido tiroideo ectópico^(5,6) e incluso, otros, aconsejan utilizar P.A.A.F. preoperatoria a pesar del riesgo de infección^(5,7,10).

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con: ránula, mucocelos, bloqueos del conducto de Wharton y quistes dermoides, así como, con malformaciones congé-



Figura 1. Aspecto macroscópico de la tumoración sublingual.

nitias situadas en el suelo de la boca como: hemangioliangiomomas, quistes del conducto tirogloso, quistes branquiales y tiroides ectópicos. Menos frecuentemente, también hay que considerar tumores benignos y malignos, como teratomas. En caso de infección, debe descartarse la existencia de un absceso submandibular, pero suelen aparecer síntomas generales y la mucosa localmente presenta signos de inflamación^(1,5-9).

Al igual que la mayoría de los autores, consideramos que estas tumoraciones deben ser siempre extirpadas, tanto para confirmar el diagnóstico como para evitar posibles complicaciones y/o malignización⁽¹⁰⁾.

Si bien, todos los autores aconsejan realizar una quistectomía total para evitar recurrencias, no existe unanimidad sobre cual es la mejor vía de abordaje. Algunos, independientemente de su situación anatómica, aconsejan un abordaje oral^(2,8,10), pero debido al riesgo de infección y a la dificultad quirúrgica de extracción, otros han utilizado una incisión submentoniana^(6,9,10) e incluso, en casos de gran tamaño, se recomienda un abordaje doble^(1,3,4). En nuestra opinión, cuando existen datos clínicos y diagnósticos de tumoración intraoral el abordaje debe ser intraoral y sólo cuando la localización es por debajo del músculo milohiideo, debe plantearse un abordaje submentoniano o mixto .

BIBLIOGRAFÍA

1. Quraishi HA, Ortiz O, Wax MK. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;**118**:562-563.
2. Calderon S, Kaplan I. Concomitant sublingual and submental epidermoid cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;**51**:790-792.
3. Bloom D, Carvalho D, Edmonds J, Magit A. Neonatal dermoid cyst of the floor of the mouth extending to the midline neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;**128**:68-70.
4. MacDonald C, Laskin DM. Coincidental sublingual and submental epidermoid cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;**51**:787-790.

5. Triantafillidou E, Karakasis D, Laskin J. Swelling of the floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;**47**:733-736.
6. Riera Sala C, Domenech Campos E, Valladares Molina J. Quiste dermoide del suelo de la boca. *Acta Otorrinolaring Esp* 1999;**50**:78-80.
7. Sancipriano Hernández JA, Calvo Boizas C, Diego Pérez C, Rodríguez Gutiérrez A, Santiago Andrés J, Gómez Toranzo F. Quiste dermoide de suelo de boca. *ORL-Dips* 1997;**24**:23-26.
8. Walstad WR, Solomon JM, Schow SR, Ochs MW. Midline cystic lesion of the floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;**56**:70-74.
9. Black EE, Leathers RD, Youngblood D. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;**75**:556-558.
10. Cortezzi W, Brilhante de Albuquerque E. Secondarily infected epidermoid cyst in the floor of the mouth causing a life-threatening situation. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;**52**:762-764.