

Quistes epidermoides de cabeza y cuello

Carlos S. Ruggeri, Elián García Pita y Fabricio Ianardi

RESUMEN

Los quistes epidermoides localizados en cabeza y cuello son poco comunes y pueden ser difíciles de diagnosticar.

Se describen los casos de cuatro pacientes con quistes epidermoides de cabeza y cuello, dos con localización en la región sublingual y extensión suprahióidea, otro localizado en la pared orofaríngea posterolateral y otro en la región submaxilar y submentoniana. Fueron tratados con éxito mediante abordajes transorales y transcervical, respectivamente.

Se realizó una revisión de la bibliografía y se describieron las características anatómicas, clínicas e histológicas y el tratamiento de estas infrecuentes lesiones.

Palabras clave: quiste epidérmico, cuello.

EPIDERMOID CYST OF THE HEAD AND NECK

ABSTRACT

Epidermoid cysts of the head and neck are rare and can be difficult to diagnose.

Two cases of patients with epidermoid cysts of the floor of the mouth with suprahyoid extension, other located at posterolateral oropharynx wall and another located at the submandibular and submental space with extension to midline are described.

They were successfully treated by a transoral and transcervical approach respectively.

A review of the literature was performed, and the anatomical, clinical and histological aspects and treatment of these uncommon tumors were reported.

Key words: epidermoid cyst, neck.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(1): 25-29.

INTRODUCCIÓN

Los quistes epidermoides de cabeza y cuello son infrecuentes. Se producen a partir de inclusiones epiteliales en los tejidos por defectos embriogénicos.

El diagnóstico diferencial más difícil se plantea con otras lesiones de aspecto quístico que pueden extenderse al cuello, como las ránulas con extensión cervical.

Según la localización la resección del quiste puede realizarse por vía transoral o mediante un abordaje externo.

OBJETIVOS

Describir los casos clínicos de cuatro pacientes con quistes epidermoides localizados en cabeza y cuello, tratados con éxito mediante cirugía, y realizar una descripción de esta infrecuente patología.

DISEÑO

Descripción de cuatro casos clínicos y revisión bibliográfica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de las historias clínicas de los pacientes que fueron tratados por quistes epidérmicos localizados en la región de cabeza y cuello en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Italiano de Buenos Aires, entre marzo de 2013 y abril de 2017.

Se excluyeron los pacientes tratados por otras lesiones de aspecto quístico, como quistes branquiales, tiroglosos, linfangiomas y ránulas.

RESULTADOS

Los cuatro pacientes fueron tratados por padecer quistes epidérmicos localizados en el piso de la boca. Tres fueron mujeres y uno hombre; la edad promedio fue 36 años.

Dos quistes se localizaron en la línea media del piso de la boca, por debajo de la lengua y tuvieron la mucosa suprayacente de aspecto normal. Un paciente presentó un quiste en el sector lateral del cuello (región submaxilar y submentoniana), y otro en la pared lateral y posterior de la orofaringe.

Los enfermos con quistes en el piso de la boca consultaron por la presencia del tumor, y uno de ellos además por rinolalia y roncopatía de 2 años de evolución. Los pacientes con quistes en el sector lateral del cuello y orofaringe consultaron al notar la presencia del tumor.

Recibido: 1/11/17

Acceptado: 22/03/2018

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: carlos.ruggeri@hospitalitaliano.org.ar

Los quistes del piso de la boca fueron estudiados mediante ecografía de cuello y tomografía computada, y se diagnosticó posible ránula con extensión cervical (*plunging ránula*). En uno de ellos se hizo también una punción con aguja fina, pero el análisis citológico del material obtenido resultó insatisfactorio para el diagnóstico etiológico de la lesión. Los otros dos fueron evaluados mediante tomografía de cuello y en uno, además (quiste de orofaringe), con resonancia magnética con contraste.

El informe de la punción del tumor lateral de cuello fue: quiste de inclusión epidérmico.

Se indicó tratamiento quirúrgico en los cuatro pacientes.

En los dos con quistes localizados en el piso de boca se realizó la cirugía por vía transoral. En uno de ellos se resecó previamente la glándula sublingual izquierda por vía transoral, de la que parecía originarse la lesión según las imágenes. Al realizar

la incisión en el piso de la boca para drenar la supuesta ránula, se identificó un tumor de naturaleza quística con cápsula y material epidérmico en su interior. Se amplió la incisión y por la misma vía se disecó la lesión con asistencia de endoscopios y se pudo extirpar completamente el tumor (Fig. 1).

Otro paciente con un quiste de similar localización en el piso de la boca se operó por vía transoral. Se hizo una incisión en el sector medial entre la desembocadura de los conductos de Wharton, y se disecó completamente la lesión con asistencia de endoscopios (Fig. 2).

El quiste lateral de cuello fue resecado completamente por cervicotomía lateral, preservando la glándula submaxilar, y el quiste de pared lateral y posterior de orofaringe mediante un abordaje transoral, disecando y preservando los músculos constrictor superior de la faringe y palatofaríngeo (Figs. 3 y 4).

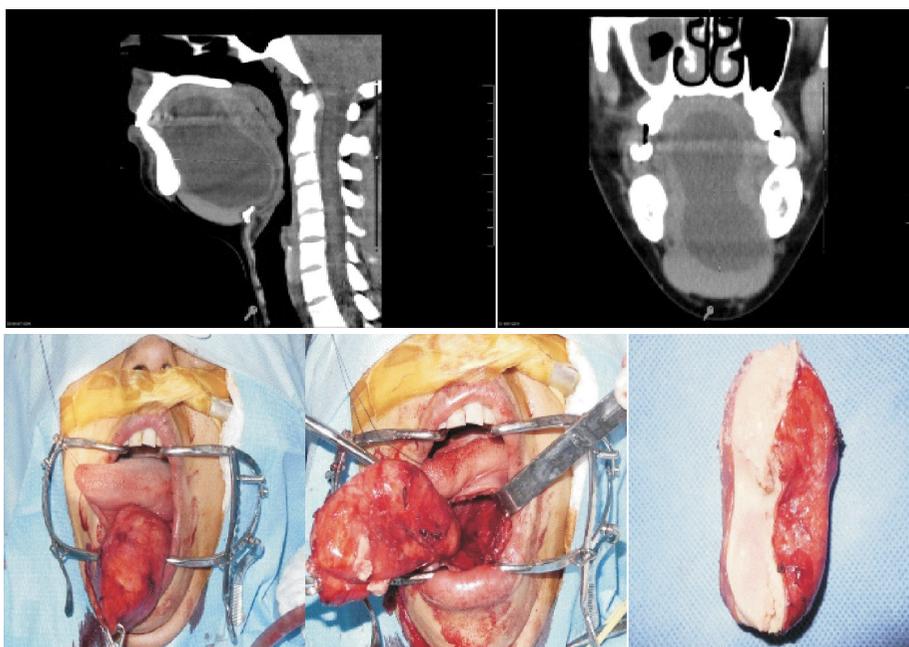


Figura 1. Resección transoral de quiste epidermoide (caso 1).

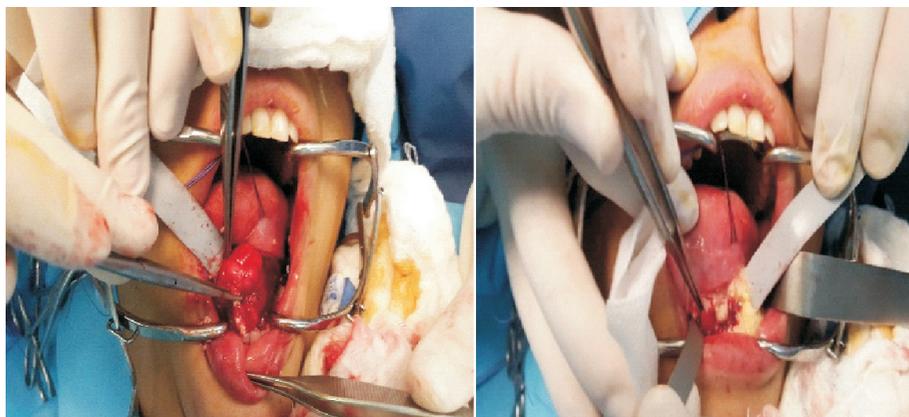


Figura 2. Resección transoral de quiste epidermoide (caso 2).

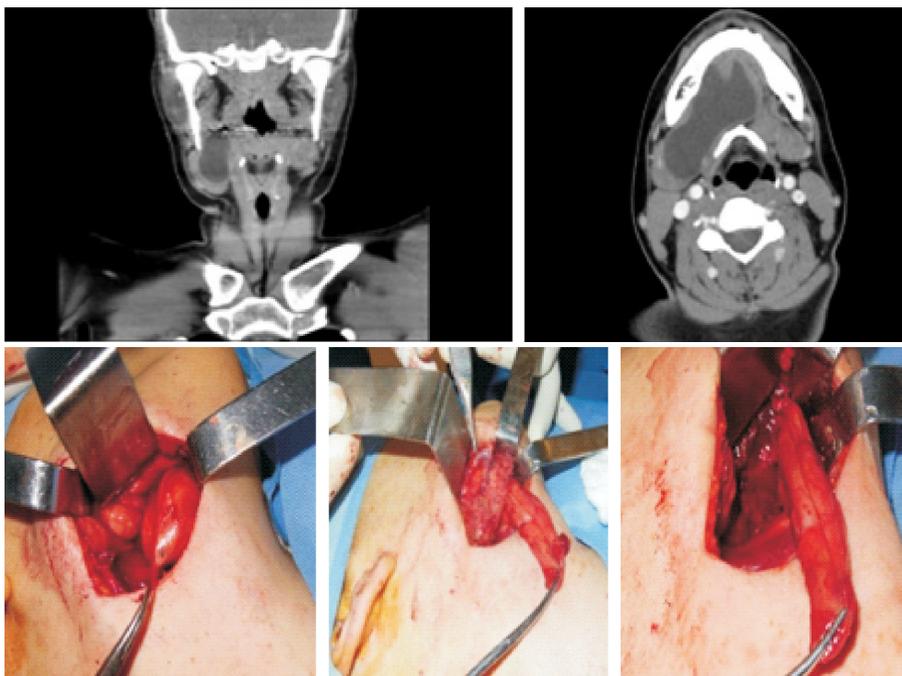


Figura 3. Resección de Quistes epidermoides de la región lateral del cuello preservando a glándula submaxilar (caso 3).

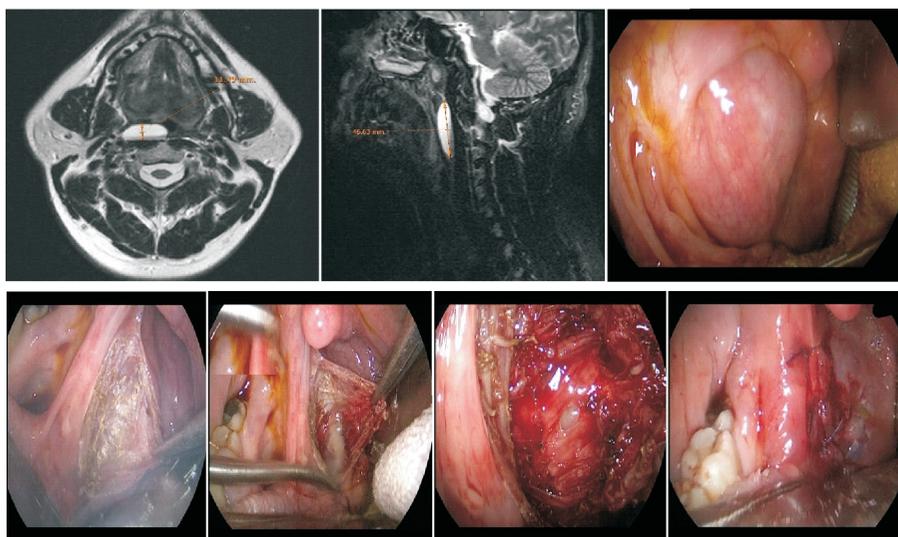


Figura 4. Resección transoral de quiste epidérmico de pared faríngea (caso 4).

La internación fue en todos de 24 horas, y no tuvieron complicaciones.

El diagnóstico histológico diferido fue quiste revestido por epitelio pavimentoso queratinizante estratificado en todos los pacientes.

No se detectaron recidivas durante el seguimiento promedio de 2 años.

DISCUSIÓN

Los quistes epidermoides localizados en la cavidad oral son infrecuentes y pueden ser congénitos o adquiridos. Representan malformaciones del desarrollo de aspecto quístico que, cuando aparecen en el piso de la boca, pueden originarse de tejido ectodérmico del primero y segundo arco branquial, que quedan atrapados al

fusionarse durante la tercera y cuarta semana de vida intrauterina.

Otra teoría sugiere que pueden ser variantes de quistes del conducto tirogloso con predominio de tejido epidérmico, o resultarían de cirugías o traumatismos previos que pueden producir la implantación de células epiteliales en la profundidad de los tejidos¹.

En 1955, Meyer definió tres variedades histológicas de quistes dermoides: el quiste epidermoide, el quiste dermoide verdadero y el quiste teratoide. En los tres tipos existe una cavidad de pared fibrosa tapizada por epitelio con actividad queratinizante. Lo que caracteriza a los quistes dermoides es la presencia de esbozos de anexos cutáneos, como glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas o folículos pilosos, que faltan en los quistes epidermoides. Los quistes teratoides pueden tener además tejido muscular, óseo, cartilaginoso, dentario, etc., porque derivan de las tres capas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo)².

Pueden originarse en diferentes partes del cuerpo, la mayoría (80%) se localizan en ovarios y sacro y un 7% en cabeza y cuello. En la cavidad oral son poco comunes (1,6%) y predominan en mujeres jóvenes³.

Una clasificación anatómica divide los quistes epidermoides del piso de la boca en tres grupos de acuerdo con su relación con los músculos de dicha región: quistes genio-glosos sublinguales o mediales, localizados por encima del músculo geniohioideo (caso 1 y 2), quistes geniohioideos mediales localizados en la región submentoniana entre el músculo geniohioideo y el milohioideo, y quistes laterales localizados en la región submaxilar (caso 3)⁴.

Los quistes epidermoides localizados por encima del músculo milohioideo pueden desplazar la lengua hacia el paladar y provocar dificultades con la deglución y la respiración, modificar la resonancia de la voz y producir apneas del sueño.

Las lesiones localizadas debajo del milohioideo provocan un tumor submentoniano o submaxilar o ambos.

Los diagnósticos diferenciales son: infecciones, tumores, otras anomalías embriogénicas y principalmente ránulas con extensión cervical (*plunging* ránulas).

La punción con aguja fina y el estudio citológico del material obtenido no siempre son diagnósticos, sobre todo en quistes con una cápsula gruesa y fibrótica.

Las diferencias entre un quiste epidérmico y un quiste branquial son la localización diferente en el cuello, y la presencia en el estudio histopatológico de elementos linfáticos en la cápsula del quiste branquial, que también tiene un epitelio pavimentoso estratificado y asimismo es llamado quiste linfoepitelial.

La tomografía computada y la resonancia magnética permiten diferenciar entre lesiones sólidas y quísticas y definir con precisión la localización del quiste. Esto facilita elegir el abordaje quirúrgico más adecuado para reseca la lesión. La cirugía es el tratamiento de elección y consiste en la enucleación completa del quiste realizada por vía transoral o externa.

El abordaje transoral se indica en quistes localizados por encima del músculo geniohioideo, y consiste en realizar una incisión vertical en la línea media sobre la superficie ventral de la lengua, disección y resección de la lesión.

Otros proponen una glosotomía media⁵ y la marsupialización en quistes gigantes⁶⁻⁸.

En los dos pacientes con quistes gigantes localizados en el piso de la boca fue muy útil usar endoscopios para disecar mejor y con mayor seguridad la prolongación distal de la lesión.

En lesiones laterales ubicadas por debajo del geniohioideo es preferible un abordaje externo mediante una incisión cervical a nivel de la glándula submaxilar, que puede extenderse a la región submentoniana si es necesario.

El pronóstico es muy bueno si la resección es completa.

La transformación maligna ha sido descrita en quistes dermoides, pero no en el piso de la boca, aunque una incidencia de 5% de transformación maligna de quistes dermoides orales ha sido informada por otros autores, pero solo para el tipo teratoide⁹.

CONCLUSIONES

Los quistes epidermoides del piso de la boca son infrecuentes.

El diagnóstico diferencial principal debería hacerse con ránulas con extensión cervical. La tomografía computada o la resonancia magnética y la punción con aguja son de utilidad para realizar el diagnóstico.

La cirugía es el tratamiento de elección, realizada por vía transoral o externa según la localización del quiste.

REFERENCIAS

1. Jham BC, Duraes GV, Jham AC, et al. Epidermoid cyst of the floor of the mouth: a case report. *J Can Dent Assoc.* 2007;73(6):525-8.
2. MEYER I. Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1955;8(11):1149-64.
3. Tandon PN, Gupta DS. Epidermoid cyst in the floor of mouth with sub mental component. *J Maxillofac Oral Surg.* 2014;13(1):59-62.
4. Tsirevelou P, Papamantinos M, Chlopsidis P, et al. Epidermoid Cyst of the floor of the mouth: two case reports. *Cases J.* 2009; 2:9360.
5. Brusati R, Galioto S, Tullio A, et al. The midline sagittal glossotomy for treatment of dermoid cysts of the mouth floor. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49(8):875-8.
6. 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(4):400-3.
7. Kini YK, Kharkar VR, Rudagi BM, et al. An unusual occurrence of epidermoid cyst in the buccal mucosa: a case report with review of literature. *J Maxillofac Oral Surg.* 2013;12(1):90-3.
8. Mammen S, Korulla A, Paul MJ. An epidermal cyst in the floor of the mouth: a rare presentation. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(2):381-2.
9. Vargas Fernández JL, Rojas JL, Aneiros Fernández J, et al. Quiste dermoide del suelo de boca. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007; 58(1):31-3.