

QUISTE EPIDERMOIDE: REPORTE DE ONCE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

FRANCISCO LEVY DUQUE SERNA*, GLORIA JEANETTE ALVAREZ GÓMEZ**,
JOSÉ NAYIB RADI LONDOÑO***

RESUMEN: El quiste epidermoide es una patología de rara aparición en la región facial, sólo el 6.9% se presenta en cabeza y cuello; su origen es todavía una controversia, clínicamente son de crecimiento lento y pueden llegar a ocasionar alteraciones faciales múltiples. Presentamos once casos de quistes epidermoides en la región maxilofacial, con un rango de edad comprendido entre los 2 meses y los 62 años, con tamaños de 0.6 cms. hasta 9 cms. los cuales producían alteraciones en la deglución y en la fonación, además de desplazamiento lingual. Por ser una lesión de tejidos blandos, la ecografía, la resonancia magnética y la tomografía axial computarizada con medio de contraste son las ayudas diagnósticas de elección. Realizar un aspirado de la masa ayuda a aclarar el diagnóstico, sin embargo, una vez realizada la enucleación del quiste, debe hacerse el correspondiente estudio anatomopatológico para su diagnóstico definitivo.

Palabras clave: Quiste epidermoide, Quiste dermoide, Quistes del desarrollo.

ABSTRACT: The epidermoid cyst is a very rare pathology of the facial area occurring in head and neck in only 6.9% of the cases and whose origin is still controversial. Clinically it is characterized by having a slow growth and it may cause multiple facial alterations. We are presenting 11 epidermoid cyst cases in the maxillofacial region. The age range is between 2 months and 62 years of age and the sizes vary between 0.6 cms and 9.0 cms. These epidermoid cysts were producing deglutition and phonation alterations along with tongue displacement. The diagnostic tools of choice are the magnetic resonance imaging and the computerized axial tomography using contrast media since this is a soft tissue lesion. A needle biopsy of the mass helps to clarify the diagnosis but, once the cyst is enucleated, the appropriate anatomopathologic study should be done to obtain the final diagnosis.

Key words: Epidermoid cyst, Dermoid cyst, Development cysts

INTRODUCCIÓN:

Los quistes de tejidos blandos en el área maxilofacial presentan algún grado de dificultad diagnóstica porque sus características clínicas son similares. Dentro de ellos, el quiste epidermoide se encuentra lleno de queratina, sin evidencia de derivados especializados de la piel; ello, debido a un defecto en el desarrollo embrionario (disontogénico).⁽¹⁾ El quiste epidermoide se presenta principalmente en las gónadas, pero también, en cualquier línea de fusión embriológica del cuerpo y con mayor frecuencia se encuentra en el ángulo lateral del ojo, la línea media del mediastino, el cuello y cuero cabelludo. En boca, se localiza principalmente en el piso, pero se ha reportado también en lengua, labios, mucosa bucal, hueso mandibular y articulación temporomandibular.⁽²⁾

Se estima que un 6.9% de todos los quistes epidermoides se localizan en cabeza y cuello⁽³⁾ y de ellos, según Batsakis en 1979⁽⁴⁾ el 1.6% se presenta en el piso de la boca. Sin embargo, reportes como el de Taylor⁽⁵⁾ encuentran el 6.5% en el piso de la boca. La mayoría de los casos se han encontrado en individuos entre los 15 y 35 años, con una distribución similar entre hombres y mujeres.

El origen de estos quistes es aún controvertido. Ettinger y Manderson en 1973⁽⁶⁾ propusieron que los quistes epidermoides podrían ser congénitos o adquiridos. La teoría congénita es la más aceptada y sugiere que el quiste epidermoide es el resultado del atrapamiento de tejido ectodérmico en la línea media durante la fusión del arco

* Especialista en Estomatología y Cirugía Oral.

Profesor Asociado pre y posgrado, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín, Colombia. E-mail: msd@epm.net.co

** Especialista en Estomatología y Cirugía Oral.

Profesora Asistente pre y posgrado Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín, Colombia. E-mail: gloria@alvarez.nu

*** Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Profesor Titular pre y posgrado, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín, Colombia. E-mail: radi@epm.net.co

DUQUE S. FRANCISCO LEVY, GLORIA J. ALVAREZ GÓMEZ, JOSÉ N. RADI LONDOÑO; Quiste Epidermoide: Reporte de Once Casos y Revisión de la Literatura; Rev Fac Odont Univ Ant; 2001; 13 (1): 40-45

RECIBIDO: FEBRERO 12/2002 - ACEPTADO: MARZO 12/2002

mandibular (primer arco branquial) y el arco hioideo (segundo arco branquial), entre la tercera y cuarta semanas de vida intrauterina, o debido a remanentes del tubérculo impar.^(1,7)

La teoría adquirida parte del supuesto de que un quiste epidermoide pueda desarrollarse por la inclusión traumática de epitelio en capas más profundas, explicando así la aparición de quistes epidermoides en zonas que no corresponden a la línea media.

Seward en 1965,⁽⁸⁾ teniendo en cuenta la relación anatómica de estos quistes con los músculos milohioideo y geniogloso los clasifica así:

- a. De la línea media: Localizado entre los músculos genioglosos o bajo el frenillo lingual. Se expanden hacia atrás y hacia abajo.
- b. Lateral Sublingual: Localizado entre los músculos genioglosos y milohioideo. Debajo de las glándulas sublinguales.
- c. Lateral Verdadero: Localizado por debajo del geniogloso, medial al hiogloso y lateralmente al milohioideo.

De otra parte Meyer en 1955⁽⁹⁾ y Spouge⁽¹⁰⁾ en 1973, teniendo en cuenta su apariencia histológica y considerando su contenido, los dividen en:

- a. Epidermoide: Rodeado por epitelio escamoso estratificado, simple, sin apéndices cutáneos. También es llamado Simple.
- b. Dermoide: Presentan el mismo recubrimiento epitelial además de apéndices cutáneos como folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas. También es llamado Compuesto.
- c. Teratoide: Con las mismas características del quiste dermoide y presentando además, tejidos de las tres capas germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo. También es llamado complejo. Como ejemplo de este último encontramos el quiste heterotópico oral, lesión rara que generalmente ocurre en neonatos o en infantes.⁽¹¹⁾

Clínicamente, el quiste epidermoide es una lesión de crecimiento lento, que llega a producir asimetría facial cuando su tamaño se hace considerable. Es indoloro, no presenta signos ni síntomas de infección, es blando y fluctuante a la palpación, se encuentra bien encapsulado y por lo tanto es bien delimitado.⁽¹²⁾ La aparien-

cia clínica depende de su relación con los músculos milohioideo y geniogloso, puede ser intraoral sublingual, produciendo desplazamiento de la lengua hacia arriba y hacia atrás. En ocasiones, cuando su tamaño es grande, llega a producir disfagia, dificultad para la fonación y aún para la respiración (Ver caso No. 1), o ser submental, originando un aumento de volumen extraoral que simula el tejido graso normal en esta área.

Las lesiones quísticas de gran tamaño pueden presentarse con manifestaciones intra y extraorales; rara vez, éstas llegan a presentar fístula intra o extraoral y cuando esto ocurre; se debe generalmente a una infección secundaria, lo cual dificulta su diagnóstico. La presencia de comunicación con el medio intra o extraoral se ha asociado con mayor probabilidad de transformación maligna.

Algunos autores recomiendan hacer aspiración del contenido quístico previo al tratamiento definitivo, para realizar una citología, observar la presencia de las células escamosas y realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías; además, para producir descompresión del quiste. Sin embargo, esta maniobra se dificulta por la alta densidad del material queratínico, la cual se presenta como una crema espesa, de olor fétido. Si se realiza aspiración, ésta debe hacerse con una aguja de gran calibre (No. 16 o 18).

Las radiografías extraorales, por ser ésta una patología de tejidos blandos, no aportan datos respecto a la lesión, exceptuando la Tomografía Axial Computarizada (TAC) con medio de contraste y la ecografía, las cuales aportan datos respecto al tamaño, densidad, localización y relación con estructuras vecinas. Tal vez la ayuda diagnóstica más importante y que más datos brinda respecto a la lesión y aún para el diagnóstico diferencial, es la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), en donde se ha visto que estos quistes presentan una intensidad entre intermedia y alta de señal, por su relativo alto contenido lipídico.⁽¹³⁾

Debe realizarse diagnóstico diferencial con un sinnúmero de patologías de piso de boca y cuello, como son los fenómenos de retención mucosa tipo ránula, quistes del desarrollo como el quiste tirogloso y el quiste branquial, tumores de tejidos blandos como el lipoma, el linfangioma e higroma quístico, patologías de glándulas salivares y patologías infecciosas como los abscesos de los espacios sublingual y submentoniano.

El tratamiento de elección para los quistes epidermoides es quirúrgico, es decir, la enucleación que se practica mediante abordaje intra o extraoral, dependiendo de su localización. La recurrencia, si se hace excisión completa, es nula, aunque en ocasiones el quiste localizado en la región submental puede adherirse al hueso mandibular o al hioides, dificultando su enucleación completa.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Para presentar este reporte se obtuvieron los datos clínicos, imagenológicos e histopatológicos de once pacientes que consultaron o fueron remitidos de diferentes entidades de salud al servicio de Cirugía Maxilofacial y Estomatología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Antioquía, entre 1994 y 2001, por presentar entre otras características, un aumento de volumen en el área maxilofacial, los cuales después de un estudio clínico e histopatológico se diagnosticaron como Quistes Epidermoides. (Ver casos Nos. 2 y 3)

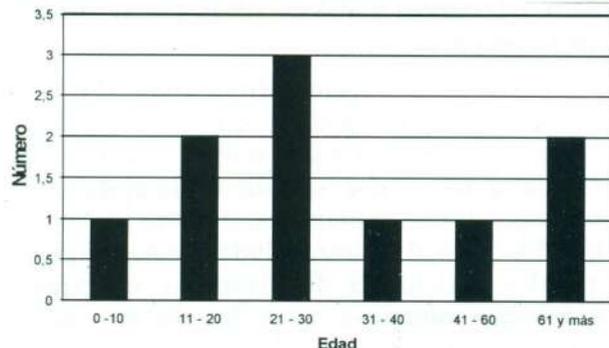
Las variables que se tuvieron en cuenta fueron: la edad, el sexo, la localización, las alteraciones producidas por el quiste, el tamaño, el tratamiento realizado y las complicaciones asociadas.

RESULTADOS:

El paciente de menor edad fue de dos meses y el de mayor edad de 62 años con un promedio de 20 años. (Ver gráfico No. 1) Siete casos se presentaron en hombres y cuatro en mujeres para una relación hombre-mujer de 3:2. Las edades de las mujeres fluctuaron entre la segunda y tercera década de la vida.

Gráfico No. 1

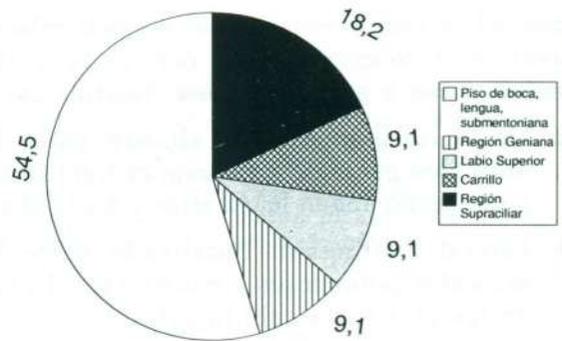
DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS QUISTES EPIDERMOIDES EN EL AREA MAXILOFACIAL



En cuanto a la localización, el 54.5% de los casos se presentó en el piso de boca, la lengua y área submental, el 18.2% en la región geniana, el 9.1% en el labio superior, otro 9.1% en carrillo y el 9.1% restante en la región supracliliar. (Ver gráfico No. 2)

Gráfico No. 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS QUISTES EPIDERMOIDES EN EL AREA MAXILOFACIAL SEGÚN LOCALIZACIÓN



En lo referente al tamaño, encontramos quistes epidermoides que presentaban un diámetro de 0.6 centímetros hasta quistes de 9 centímetros en su mayor extensión. De igual manera, el tiempo de evolución fue variable, puesto que se encontraron casos que llevaban entre 8 y 10 años después de haber sido detectados por el paciente y otros sólo unos meses. (Ver cuadro No. 1)

Las alteraciones ocasionadas por esta patología fueron clasificadas en cuatro grupos, teniendo en cuenta que varios pacientes presentaron más de una alteración. En nueve individuos se pre-

Cuadro No. 1

TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y TAMAÑO DE LOS QUISTES EPIDERMOIDES EN LA ZONA MAXILOFACIAL

TAMAÑO DEL QUISTE	TIEMPO DE EVOLUCIÓN*
3 cms.	3 meses
2.5 cms.	10 años
0.6 cms.	1 año
0.8 cms.	2 años
9 cms.	2 años
5 cms.	2 años
8 cms.	8 años
1 cm.	3 meses
3 cms.	3 años
3 cms.	1 año
2 cms.	2 meses

* Tiempo de evolución al momento de la consulta.

sentó asimetría facial, cinco presentaron desplazamiento lingual, cuatro con dificultad para la deglución y en un paciente dificultad para la fonación. (Ver cuadro No. 2)

Cuadro No. 2

**ALTERACIONES OCASIONADAS
POR LOS QUISTES EPIDERMOIDES
EN EL ÁREA MAXILOFACIAL**

TIPO DE ALTERACIÓN	No. DE PACIENTES*
Asimetría facial	9
Desplazamiento lingual	5
Dificultad en la deglución	4
Dificultad en la fonación	1

*En varios pacientes se presentó más de una alteración.

En algunos pacientes, debido al tamaño de la lesión, se realizó como ayuda diagnóstica una Resonancia Magnética Nuclear y en una paciente que se encontraba embarazada en el momento de la consulta se realizó una ecografía. La resonancia magnética reportó una lesión localizada en piso de boca, con 3 cms. de diámetro, hipodensa, sin calcificaciones, con bordes bien definidos, que producía elevación leve del piso de boca con desplazamiento de los músculos genioglosos hacia craneal y de los músculos genihioideos y digástrico hacia caudal.

A los pacientes que se les realizó aspiración, ésta se envió al laboratorio para una citología y el reporte fue un material amorfo con algunas células escamosas normales, en tanto que el estudio histopatológico de los especímenes quirúrgicos, en todos los casos, fue una cavidad quística con queratina en su interior, la cual se dispone en forma laminar hacia la luz y material sebáceo, tapizada por epitelio estratificado plano sin displasia y sostenido por tejido fibroconectivo.

En cuanto al tratamiento, la enucleación fue el procedimiento de elección en todos los casos como ha sido reportado en la literatura.⁽⁸⁾ En seis pacientes el procedimiento fue realizado mediante un abordaje intraoral y en cuatro casos se realizó por vía extraoral, sólo un paciente rechazó el tratamiento quirúrgico y no se le hizo ningún otro tipo de tratamiento, este paciente no volvió a control.

Se presentó recidiva en un paciente el cual fue reintervenido 18 meses más tarde; en este caso la lesión se extendía hasta el hueso hioides y en el seguimiento por cinco años no se observó recidiva. (Ver cuadro No. 3)

Cuadro No. 3

**TRATAMIENTO REALIZADO EN
PACIENTES CON QUISTES EPIDERMOIDES
EN EL ÁREA MAXILOFACIAL**

PROCEDIMIENTO	No. DE PACIENTES
Enucleación con abordaje intraoral	6
Enucleación con abordaje extraoral	4
No se realizó	1

DISCUSIÓN:

El quiste epidermoide es una lesión del desarrollo, poco frecuente, ubicado en tejidos blandos, aunque en casos excepcionales se han reportado en el hueso mandibular⁽¹⁴⁾ o después de injertos de dermis en ATM.⁽²⁾

Los pacientes reportados en este artículo muestran la variabilidad en cuanto a edad y sexo en la presentación del quiste epidermoide en la región maxilofacial, ya que el rango de edades encontrado aquí fue muy amplio (desde 2 meses hasta 62 años), notándose predilección por la segunda y tercera décadas de la vida. El sitio preferente de ubicación fue el piso de boca, la lengua y la región submental, para quistes epidermoides ubicados en la línea media, mientras que los ubicados en labio superior y carrillo fueron de menor ocurrencia. Estos últimos probablemente sean quistes epidermoides de origen adquirido y no congénito, debido a su ubicación donde no hay líneas de fusión, tal como lo sugiere la teoría adquirida.^(1,7)

De los quistes epidermoides aquí reportados, el 54.5% se localiza en la zona submental y submaxilar; si aplicamos la clasificación propuesta por Seward,⁽⁸⁾ encontramos tres quistes en la línea media, uno lateral sublingual y otro lateral verdadero.

Con los datos obtenidos, observamos que no existe relación directa entre el tiempo de evolución y el tamaño del quiste como podría pensarse, ya que podemos encontrar lesiones pequeñas con tiempos de evolución muy largos como apreciamos en el cuadro No. 1 y también lo contrario, lesiones grandes, desarrolladas en un período de tiempo relativamente corto. Esto nos indica el comportamiento netamente benigno de esta lesión con crecimiento lento, pero también nos muestra que pueden ser múltiples los factores que intervienen en el crecimiento del quiste o que hacen que su desarrollo se dé más rápido en algunos individuos, lo que aún no es fácil de esclarecer.

El motivo de consulta por el cual acudieron todos los pacientes, fue la asimetría facial en la zona afectada por el quiste, ninguno de los pacientes reportó sintomatología dolorosa pero en tres de ellos el motivo principal era la dificultad para la deglución.

La RMN, la ecografía, y el TAC contrastado de tejidos blandos son útiles en los casos de quistes epidermoides cuando éstos presentan un tamaño considerable, así como cuando ocupan los espacios sublingual y submental para determinar la relación que presentan con estructuras vasculares, nerviosas y/o musculares.⁽¹³⁾

La aspiración de la lesión podría indicarnos de acuerdo con las características del material obtenido, si estamos o no en presencia de una lesión quística, además de la información que se obtiene de la citología. Debe tenerse en cuenta, el tamaño de la aguja para realizar la aspiración debido a la densidad de la queratina en los quistes epidermoides; anotando que el color, olor y la consistencia del contenido de éstos son característicos.

El tratamiento de elección en todos los casos (con excepción de aquél que rechazó el tratamiento quirúrgico), fue la enucleación o excisión completa de la lesión como se ha recomendado en la literatura.⁽¹⁴⁾ Se presentó recidiva en un caso, debido posiblemente a la enucleación incompleta de la lesión sublingual que se encontraba firmemente adherida al hueso hioides y se produjo desgarramiento de la cápsula durante la cirugía. A los tres meses de la cirugía, se detectó la recidiva del quiste, se reintervino con abordaje intraoral 18 meses más tarde cuando la lesión había alcanzado un tamaño de 3 centímetros, llegando hasta el hueso hioides y se reseccó completamente. El seguimiento posterior de este caso por cinco años no ha mostrado recidiva.

Como ha sido demostrado en los artículos que reportan manejo de quistes epidermoides, la enucleación es el tratamiento más indicado, cualquiera que sea la vía de acceso. Debido a la gruesa cápsula que presentan estos quistes, la disección del tejido sano circundante es fácil de realizar. Estos casos nos confirman que la recidiva es muy rara y generalmente, cuando ocurre, es debido a la resección parcial de la cápsula.

Puede hacerse un abordaje intraoral en aquellos casos donde está ubicada la lesión por encima del músculo milohioideo, buscando proteger estructuras importantes como los paquetes vasculonerviosos del piso de boca y el conducto de Wharton, además de algunas circunstancias clínicas o psicológicas que pueda presentar el paciente.⁽⁷⁾

CORRESPONDENCIA:

Gloria J. Alvarez Gómez
Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia
Calle 64 # 52 - 59
Medellín, Antioquia, Colombia
Teléfono: (574) 5106700
Fax: (574) 2631230
E-mail: gloria@alvarez.nu

BIBLIOGRAFÍA

1. King R. et al Dermoid cyst in the floor of the mouth. Review of the literature and case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Path*; 1994; 78(5): 567 - 576.
2. Muto T. et al Epidermoid cyst in the temporomandibular joint after dermal graft. *J Craniomax Surg*; 1992; 20(6): 270 - 27.
3. Worley M y Laskin D Coincidental sublingual and submental epidermoid cysts. *J Oral Maxillofac Surg*; 1993; 51(7): 787 - 790.
4. Batsakis J, Tumours of the head and neck. Clinical and pathological considerations. Baltimore, Williams and Wilkins, 226 - 229, 1964.
5. Taylor BW. et al Dermoids of the head and neck. *Minn Med*; 1966; 49: 1535 - 1540.
6. Ettinger RC y Manderson RD Implantation keratinizing epidermoid cysts. A review and case history. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1973; 36 (2): 225 - 230.
7. Rapidis A. et al Dermoid cyst of the floor of the mouth. Report of a case. *Br J Oral Surg*; 1981; 19 (1): 43 - 5.
8. Seward GR Dermoid cysts of the floor of the mouth. *Br J Oral Surg*; 1965; 3 (1): 36 - 47.
9. Meyer I Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Path*; 1955; 8 (11): 1149 - 1164.
10. Spouge JD *Oral Pathology*. USA, St. Louis: Mosby, 317, 1973.
11. Eppley B. et al Simultaneous occurrence of dermoid and heterotopic intestinal cysts in the floor of the mouth of a newborn. *J Oral Maxillofac Surg*; 1985; 43 (11): 880 - 883.
12. Triantafyllidou E. et al Swelling of the floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg*; 1989; 47 (6) : 733 - 736.
13. Potts M The value of magnetic resonance imaging in the assessment of a sublingual epidermoid cyst. *Dentomaxillofac Radiol*; 1992; 21 (2): 102 - 104.
14. Black E. et al Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Path*; 1993; 75 (5) : 556 - 558.
15. Calderón S y Kaplan I Concomitant sublingual and submental epidermoid cysts. A case report. *J Oral Maxillofac Surg*; 1993; 51 (7) : 790 - 792.
16. Oygür T. et al Oral congenital dermoid cyst in the floor of the mouth of a newborn. The significance of gastrointestinal type epithelium. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 1992; 74 (5): 627 - 630.
17. Nagar. et al Congenital sublingual teratoid cyst. Case report. *Int J Oral Maxillofac Surg*; 1993; 22 (1): 44 - 45.

CASO No. 1
FOTO 1



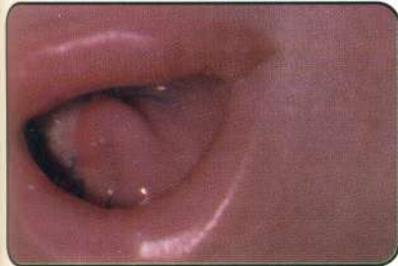
Paciente de dos meses de edad que presenta masa de dos centímetros en lengua, blanda, recubierta de mucosa de aspecto normal.

FOTO 2



En la RMN se observa lesión bien definida con contenido líquido en el tercio anterior de la lengua.

FOTO 3



Aspecto clínico postquirúrgico, tejido en proceso de cicatrización, suturas en posición.

CASO No. 2
FOTO 4



Paciente de sexo femenino, gestante, 19 años de edad, que presenta un aumento de volumen en la región submental de dos años de evolución, asintomática.

FOTO 5



Vista intraoral donde se observa masa que desplaza lengua hacia atrás y dificulta la deglución y la fonación.

FOTO 6



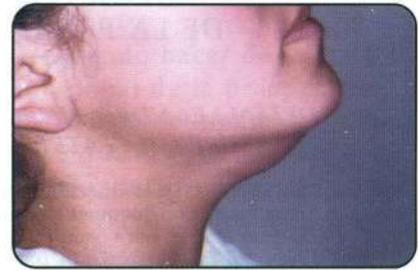
En la ecografía se observa cavidad quística bien definida.

FOTO 7



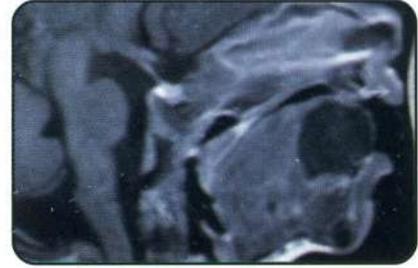
Aspecto posquirúrgico a los ocho días, nótese la desaparición de la lesión.

CASO No. 3
FOTO 8



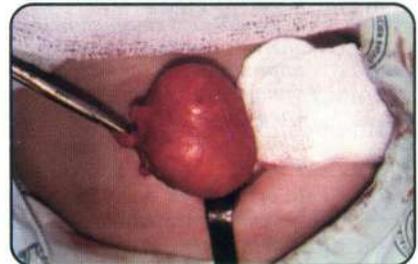
Paciente de sexo femenino, 13 años de edad, que consultó por presentar una masa en pared anterior de cuello, asintomática.

FOTO 9



En la resonancia magnética se aprecia lesión quística, bien definida entre los músculos genioidio y geniogloso.

FOTO 10



Aspecto quirúrgico donde se realizó enucleación mediante abordaje submental.