



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

116
ZES

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE
PRESENTACION DE UN CASO
CLINICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

DALINA DE MARIA FLORES OCHOA



MEXICO, D. F.:

1995

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Este trabajo no marca la culminación de mi carrera, aunque sí es el paso final de una estancia en mi Facultad de Odontología como estudiante, donde comencé a formarme como profesional, se solidificarón mis principios, tomarón rumbo mis ilusiones....

Este trabajo no es esfuerzo de un día, éste trabajo no tiene la finalidad de únicamente terminarlo para obtener mi licenciatura, mi permiso para ejercer. Sino es sinónimo de algo que tendría que suceder, puesto que es el fruto de haber VIVIDO (en la extensión de la palabra) años, de haber aprendido y practicado lo que hoy es parte de mí; de un sueño compartido, hoy una meta realizada. Puesto que quiero seguir estudiando, continuar fascinandóme de ésta forma.

Para lo que solamente se entiende con una sonrisa compartida.

A TODOS AQUELLOS QUE DE UNA U OTRA FORMA TIENEN FE EN MI

A G R A D E C I M I E N T O

Tanto he recibido, de una manera tan desprendida.
De una u otra forma he tomado a veces más de lo que me querían
dar, o de lo que me correspondía.

A veces, por las carencias me he sobreesforzado y hoy miro que
mis triunfos saben a grandeza.

Hoy sé luchar por mí, para mí y para los demás.

Me han dado toda una vida, mucho más que eso.

Y por todo lo que me podría extender en tratar de explicar lo
que significa para mí, lo que cada momento y cada persona me ha
dado, unicamente puedo resumirlo en dos palabras:

M U C H A S G R A C I A S

A Dios.

A México, mi país.

A México Distrito Federal, mi ciudad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi Universidad.

A la Facultad de Odontología, mi Escuela.

(A la Clínica Periférica Las Águilas)

A quienes me colaboraron en la elaboración del presente
trabajo, con mi más sincero agradecimiento por su comprensión,
tiempo, y apoyo.

C.D., Beatriz C.Aldape B., C.D. José Luis Cortés, C.D.M.F.
Miguel Peña, c.d. Galdino Ramírez, c.d. Victor M.Barrios E.

P.A. Rafael A.Hernández A., Dr.en I. J.Alberto Escobar S. c.d.
Claudia Lemus Cruz, c.d. Verónica González Valencia.

M.en I. A.Uriel Zapata Múnera.

A mis compañeros, amigos y cuates de la Facultad.

A TODOS mis pacientes.

A mis profesores. Y también a los profesores que no me dieron
clase.

A los empleados y trabajadores de la UNAM, en específico de mi
Facultad, Rosita.

A mi familia.

A los cuates de la familia.

A mi pá.

A mi má.

A Dalina Ochoa y Enrique Flores; Lou, Quique, Pato,
Ale, Charo.

María Mercedes.

Marce, Rafa, Elena, Poncho, P.H., Tito y Manuel
Pati R., Mari, Claudia, Lalo, Magda, Memo.
Pilar S.P., Ricardo Rey Bosch.

A comonsa y su personal.

Vero.

Gabo, Gordito, Oswaldo, Verónica, Cheyenne, Poncho, Cachorra,
Federico, G.T.D.
Yola. Beti. Lucía. Sra. Manuela. Dra. Lili. Odette.

A la S.H.C.P.
(I owed it to you)

A mi vida.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE.

PRESENTACION DE UN CASO

CLINICO.

I N D I C E

Introducción.....	1
Capítulo 1	
Antecedentes Históricos.....	2
Capítulo 2	
Generalidades.....	3
2.1 Definición.....	5
2.2 Clasificación de quistes.....	6
Capítulo 3	
Etiología y patogenia.....	11
Capítulo 4	
Quiste epidermoide y dermoide.....	21
4.1 Definición.....	24
4.2 Características clínicas.....	27
4.3 Características histológicas.....	31
4.4 Diagnóstico diferencial.....	39
4.5 Tratamiento, pronóstico y evolución.....	54
Capítulo 5	
Caso Clínico.....	57
Capítulo 6	
Discusión y Conclusiones.....	63
Glosario.....	64
Bibliografía.....	66

DALINA DE MARIA FLORES OCHOA

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Los quistes en los maxilares constituyen un problema de gran importancia en la práctica odontológica, sobre todo por carecer de sintomatología, signos clínicos relevantes, además de ser las lesiones que con mayor frecuencia se presentan en la cavidad bucal.

El desarrollo quístico es ocasionalmente observado como neoplasia. Pero puede interferir en la función correcta del aparato masticatorio, y también presentar complicaciones a causa de un cuadro infeccioso.

En la literatura solo 16 casos de quistes dermoides en la lengua o en la lengua y el piso de la boca se han reportado. Estos quistes por lo regular son lesiones solitarias. Dentro de 54,000 casos generales se observaron dos quistes dermoides y dos epidermoides en el piso de la boca (ref:2). Aproximadamente el 25% de todos los quistes dermoides se localizan aquí (ref:22).

El objetivo principal de éste trabajo es revisar la literatura disponible de quiste dermoide - epidermoide en el piso de la boca, y presentar un caso clínico.

Capítulo I

ANTECEDENTES HISTORICOS

ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde que Philipsen categorizó a los queratoquistes odontogénicos (OKC) como entidades distintas (1956), existe una tendencia a observar a todos los quistes queratinizados de los maxilares como queratoquistes odontogénicos. (ref:1)

El primer quiste ortoqueratinizado de la mandíbula registrado por Schultz en 1927, se estudió como un ejemplo de queratoquiste odontogénico por Payne. (ref:1)

Los quistes dermoides sublinguales fueron descritos por primera vez por Jourdain en 1778. Donde incluyó que los quistes teratoides son mucho más complejos y pueden incluir tejidos gastrointestinales, respiratorios y conectivos (derivados de las tres capas germinales). Pese a la clasificación detallada de Meyer sobre estos quistes disontogénicos, como quistes epidermoides, dermoides y teratoides. El término dermoide sigue siendo utilizado con frecuencia como una designación de cualquiera de los tres tipos independientemente de sus diferencias histológicas. (ref:2).

Capítulo II

GENERALIDADES

DEFINICION DE QUISTES

CLASIFICACION DE QUISTES

GENERALIDADES

Las patologías que se parecen a los quistes y que satisfacen sólo algunas de las características señaladas, son lo que se conoce como **pseudoquistes** (ref:3,7)

Existen diferentes tipos de quistes que se pueden presentar en diversas partes del organismo. (ref:3)

Los factores de expansión para los quistes como lesiones de crecimiento lento, asintomático, es en base a cualquiera de las siguientes dos causas:

1. por diferencia en la presión osmótica,
2. por diferencia en la presión oncótica.

Pudiendo comprimir a los tejidos subyacentes (ref:10)

Afortunadamente, los tipos de quistes que se presentan en la boca y los maxilares no son numerosos. Sin embargo, aunque sólo hay pocos tipos, en la literatura se han utilizado varias denominaciones para nombrarlos. Algunas se basan en la localización específica del quiste como: por ejemplo, el quiste periapical, el quiste del final de la raíz y el quiste radicular; todos indican una localización relacionada con una raíz o con un ápice. De igual forma el quiste globulomaxilar, el quiste sutural y el quiste de la línea media indican la localización de la anomalía (ref:3).

Los quistes de cabeza y cuello constituyen un problema de gran importancia en la práctica odontológica, sobre todo por carecer de sintomatología y signos clínicos relevantes (ref:11). Para una discusión detallada de éstos tipos de quistes, se refiere al lector a cualquiera de las monografías de Shear (ref:13).

En general, todos los quistes de los maxilares no muestran características microscópicamente relevantes de diagnóstico; todos se componen de una capa de tejido conectivo fibroso denso con un relleno de epitelio escamoso. Puesto que se cuenta con poca información, el diagnóstico patológico debe ser más específico para determinar la benignidad de un quiste epitelial.

Los quistes de los maxilares, y región perioral comprometen varias entidades desde histogénesis, rangos relativos de frecuencia, comportamiento y tratamiento. La gran mayoría de los quistes de ésta región se encuentran en los maxilares, y generalmente son de origen inflamatorio (ref:14,15).

En la cavidad oral, se presentan quistes de desarrollo ó neoplásicos y son la principal causa de inflamaciones crónicas en los maxilares (ref:15,17) y cualquiera de ellos puede complicarse con una infección o permanecer en forma séptica. (ref:15,18,17)

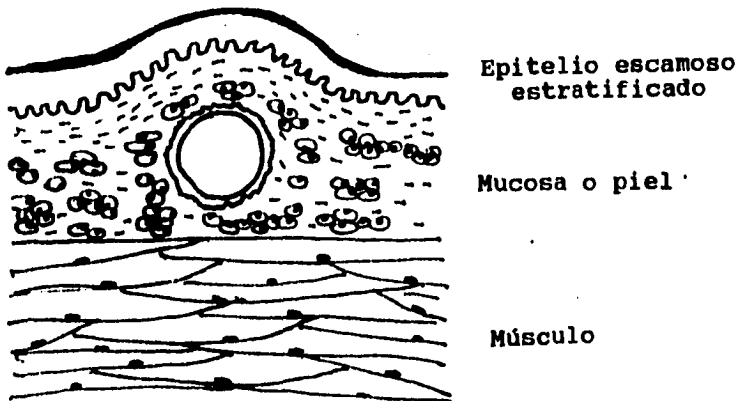
Los quistes se clasifican de acuerdo a su etiología o la forma como se desarrollan.

Se determinan sólo dos tipos de quistes que se desarrollan en los tejidos blandos de la boca o zonas vecinas (ref:3):

- Los quistes de retención,
- Los quistes de desarrollo.

Ya que carecen de sintomatología y signos clínicos, su descubrimiento es meramente incidental. (ref:19)

Diagrama de una masa móvil.



DEFINICION

Según la definición de la American Academy of Oral Pathology, "Quiste" es una lesión que consiste en un saco o espacio anormal (ya sea en los tejidos blandos o duros de la boca), que contiene una sustancia líquida ó semisólida, está limitada por un epitelio y encerrada en una cápsula de tejido conjuntivo. (ref:15,3,14) (Zegarelli, Kutscher, Hyman)

La nomenclatura del quiste se complica con las denominaciones que se basan en el origen del componente epitelial celular; por ello existen nombres como quistes de desarrollo, embrionales, odontogénicos y no odontogénicos (ref:3).

Los quistes (de origen epitelial) son comunes en los maxilares, en su mayoría de origen odontogénico, con el componente epitelial derivado de residuos del órgano del esmalte. Un pequeño número de quistes de los maxilares se clasifican como no-odontogénicos en su origen y están relacionados con el atrapamiento epitelial durante el complejo desarrollo embriológico de los maxilares (ref:15).

Algunos quistes son congénitos, producidos por un desarrollo embrionario anormal; por ejemplo, los quistes dermoides (ref:18).

CLASIFICACION

Los quistes se clasifican de acuerdo con su etiología o con la manera como se desarrollan. Otros nombres de los quistes se basan más en la causa que en la localización, por ello se emplean los términos como Quiste Infeccioso, Traumático y de Retención. (ref:3) Otras clasificaciones se basan en

1. La relación del quiste con los dientes, y
2. Su origen celular (ref:11).

Otros nombres usados en relación a los quistes se basan en el contenido del quiste y entre ellos se encuentran el quiste dentado (Dens in dent, un diente dentro de un quiste), el quiste mucoso y el quiste hemorrágico (ref:3).

Una clasificación de los quistes es útil cuando contribuye a aclarar, o mejor aún, a comprenderlos; o cuando ayuda a diferenciar los distintos tipos de quistes. (ref:3) Pero estas clasificaciones no tienen ningún fundamento en la precisión de su patogénesis y el manejo de los quistes raramente se fundamenta en estas ideas (ref:15)

La mayoría de los quistes de la boca y de los maxilares se pueden separar en dos categorías, los que tienen una localización central o intraósea y los que crecen en los tejidos periféricos

o blandos.

1. centrales o intraóseos

- a. quiste infeccioso
- b. quistes del desarrollo
- c. quistes neoplásicos

2. periféricos ó blandos

- a. quistes de retención
- b. quistes de desarrollo (ref:3)

En los quistes periféricos la característica fundamental es su origen en la procedencia del epitelio de desarrollo o embrionario que, en forma de residuos, ha quedado atrapado en diversas regiones de la boca, cara y cuello (ref:3).

Un sistema de clasificación muy útil es el que clasifica a los "quistes verdaderos", con una categoría adicional para los quistes no epiteliales designados como pseudoquistes por carecer de la capa requerida para pertenecer al grupo de quistes (ref:14).

QUISTES DE LOS TEJIDOS BLANDOS DEL CUELLO

Quiste Branquial

Quiste Dermoide

Quiste del Tracto Triogloso. (ref:14)

Es rara la presencia de un quiste dermoide mandibular por lo

que se sugiere incluirse éste dentro de la clasificación de quistes mandibulares (ref:1).

En 1966, la Organización Mundial de la Salud estableció el Centro Internacional de Referencia para Definición Histológica y Clasificación de los Tumores Odontogénos, Quistes Maxilares y Lesiones Afines, al denotar la complejidad de estos tumores por lo que se elaboró la Monografía de la Clasificación Histológica Internacional de las series tumorales de la O.M.S. que trataba estos tumores odontogénos, quistes y lesiones relacionados, la cual fué realizada por Pindborg, Kramer y Torloni.

También en la reciente clasificación de quistes y tumores de 1992, los quistes dermoides y epidermoides no figuran, puesto que no se menciona a los quistes de tejidos blandos.

Se sabe que se han sugerido muchas clasificaciones para los quistes dentígeros, y la mayoría han sido incompletas o no tan apropiadas. Una clasificación de quistes de la mandíbula se desarrolló con la cooperación de 20 cirujanos orales, patólogos y otros odontólogos interesados así como médicos de práctica general, expandiendo ésto para incluir quistes de los tejidos blandos y algunas lesiones que se han descrito recientemente.

En adición a los llamados quistes verdaderos, existe un sinnúmero de lesiones que parecen quísticas en un examen

radiográfico o clínico.

DESARROLLO DE LOS QUISTES NO DENTALES

Usando los términos disontogénico, epidermoide, dermoide, teratoide o teratoma, y la hipótesis de la capa de germinación del desarrollo de estos quistes sugerida por varios autores, la clasificación histopatológica de estos quistes del piso de la boca realizada por Meyer sería como la siguiente:

a. Quistes disontogénicos del piso de la boca:

a.a Epidermoide: Este es un quiste "sencillo", es una cavidad determinada por epitelio rodeada por una cápsula sin apéndices cutáneos presentes (ref:18,3,20).

a.b Dermoide: Este es un quiste "compuesto", es una cavidad determinada por epitelio con apéndices cutáneos como vellos, folículos pilosos, glándulas sebáceas y otras características, presentes en las capas del tejido conectivo (ref:18,3,20).

a.c Teratoide: Este es un quiste "complejo", es una cavidad determinada por epitelio con los siguientes elementos dentro de su cápsula: apéndices cutáneos, incluyendo folículos pilosos, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas, queratina, y otros elementos derivados de tejido conectivo como fibras, hueso, músculo, vasos sanguíneos, etc. y tejido gastrointestinal y respiratorio (ref:18,3,20).

Crecen de epitelio residual en el tejido durante la unión en el proceso embriológico o más raro aún implantado por un trauma. En la cavidad oral usualmente se encuentran anteriormente en el piso de la boca. Clínicamente pueden confundirse con una ránula. En su pared existen uno ó más apéndices cutáneos como folículos pilosos, sebáceos y glándulas sudoríparas. Estos quistes no se confunden con teratomas clásicos que ocurren principalmente en los ovarios o en los testículos. Por ello, además de los componentes del quiste dermoide bucal ya descritos, el teratoma quístico benigno puede contener otros tejidos como el óseo, dentario, muscular, cerebral, y nervios periféricos (ref:3,21).

Los quistes epidermoides son similares, pero no contienen definitivos apéndices cutáneos (ref:3).

Capítulo III

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

ETIOLOGIA

Los quistes de tipo epiteliales son comunes en los maxilares, en contraste con su escasa presencia en otros huesos, y esto es porque existen varios restos de epitelio remanente en los tejidos después de su desarrollo. Los quistes originados de este epitelio después de la formación dentaria (quistes odontogénicos) son casi todos los quistes de los maxilares (ref:15). Y el que más se desarrolla es el quiste periodontal. La mayoría de estos quistes son de origen odontogénico, con el componente epitelial derivado de residuos del órgano del esmalte. Un pequeño número de quistes de los maxilares se clasifican como no odontogénicos en su origen.

El quiste dermoide que se presenta en el sistema genital, sobre todo en los ovarios, y más raramente en los testículos, debería llamarse "teratoma quístico benigno" ya que se desarrolla a partir de células germinales primordiales que son aún indiferenciadas (ref:3,18,2,30). En el de la cavidad bucal, ocasionalmente se consideran variantes de ateromas benignos de las partes blandas (ref:31,22).

Usualmente está localizado en la línea media del piso anterior de la cavidad bucal como una masa con forma de domo. Esto es porque se desarrolla a partir de inclusiones epiteliales en la región de los surcos y las fisuras faciales embrionarias.

Se torna protrusivo bucalmente cuando se localiza sobre el músculo milohioideo, y submentonianamente cuando crece por debajo de éste (ref:31,22). Su detección es rara y casual (ref:19).

Los sitios recurrentes son el piso de la boca y las áreas sublingual y submaxilar, de acuerdo a una serie de 103 casos estudiados por New y Erich (ref:18).

Pese a desconocerse con precisión la etiología y patología de los quistes dermoides, la teoría más popular sugiere que éstos derivan de fragmentos de epitelio germinal o restos que quedan atrapados en la línea media durante el proceso de cierre de los arcos mandibulares bilaterales primero y de los arcos branquiales hioideos segundo (ref:2,14,22,18,19,15). Rajayogeswaran y Eveson rechazan esta teoría al encontrar estos quistes en otros sitios de la cavidad bucal como la mucosa. Para tales sitios raros el cirujano deberá tomar nota de las características similares y la diferenciación histológica para cerciorarse de la no involucración de algún conducto salivar menor. Aunque a veces es muy difícil distinguir la diferencia aún histológicamente. (ref:2)

Las investigaciones efectuadas tanto en cultivos de tejidos como por el método de injertos a partir de gérmenes extraídos de el ratón (Bérard) prueban que los quistes queratinizados como

quiste dermoide, quiste epidermoide, queratoquiste, quiste primordial, pueden desarrollarse a partir de esbozos dentarios (ref:32).

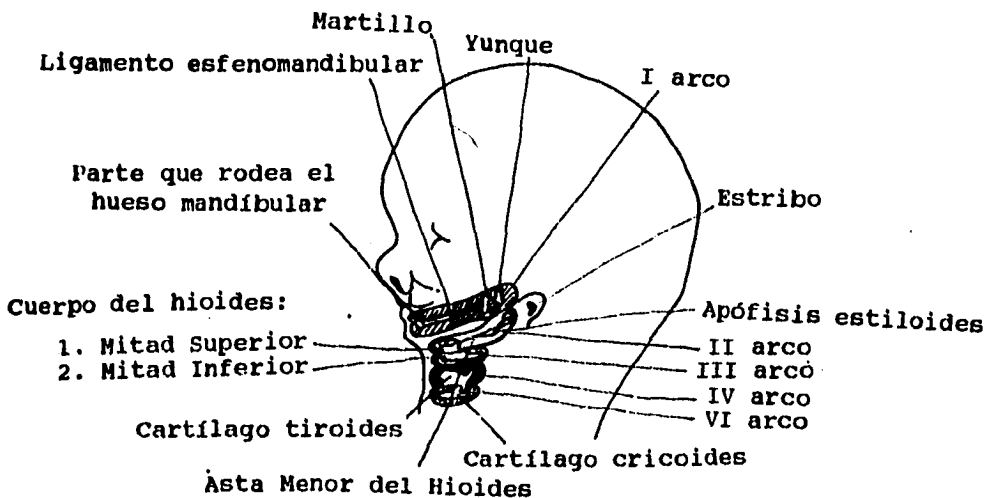
La etiología del quiste dermoide en esta área está relacionada a la implantación del epitelio con la subsecuente caracterización quística o el atrapamiento de células multipotenciales (ref:14,33), pudiéndose desarrollar también tumores derivados de restos congénitos tales como craneofaringiomas de la pituitaria, cordomas, dermoides y teratomas (ref:22). Algunas células que le conforman son blastómeros totipotenciales, por lo tanto la presencia de estructuras no epiteliales pueden ser conocidas (ref:18,2,36,37,38).

La proliferación de células multipotenciales se dan por un estímulo desconocido (ref:14)

La presencia de un quiste del tracto triogloso localizado superiormente puede estimular al crecimiento de un quiste dermoide en el piso de la boca. (ref:39)

Raramente estos quistes se infectan y desarrollan conductos que se abren intrabucalmente o en la piel. Se ha descrito una transformación maligna, (ref:18,15) muy rara, y su transformación sin este antecedente ha sido muy escasa (ref:23) suponiendo que

cuando lo hacen pueden desarrollar Metaplasia Escamosa Maligna pudiendo malignizarse cuando al ser excisionado no se hace completamente quedando restos (epiteliales) que se malignizan, por lo que la enucleación debe ser TOTAL (ref:17,26,3,10). El quiste dermoide epidermoide es un quiste "benigno" (ref:23); es muy raro que se complique por abarcar mayores estructuras. Aunque se reportó un quiste que provocó sialodentitis obstructiva por involucrarse con el conducto salivar submandibular (ref:27).

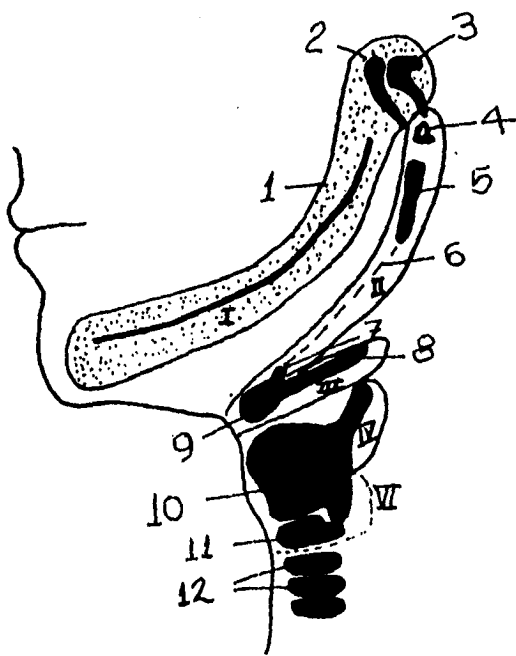


localización de los arcos mandibulares durante la embriogénesis

Algunos de estos quistes se forman por la remanencia de algún tubérculo impar de His, junto con el proceso lateral de la

parte superficial de cada arco mandibular, forman el cuerpo de la lengua y el piso de la boca. Meyer sugirió que algunos de estos quistes pueden formarse de remanentes del tubérculo impar, que junto al proceso lateral de la superficie interna de cada arco mandibular, forma el cuerpo de la lengua y el piso de la boca (ref:2).

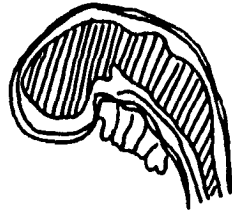
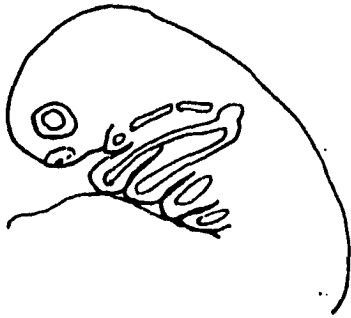
El quiste epidermoide puede considerarse también como un quiste de inclusión, aunque son más raros. Además de desarrollarse a partir de los atrapamientos suturales o fisurales de epitelio, puede formarse también a partir de las masas epiteliales que se han separado de la superficie epitelial ó por el atrapamiento traumático de epitelio a las capas profundas hísticas (ref:31,3,10,10). Pudiendo tener su origen incluso como iatrogénico (ref:28,29). Los quistes epidermoides de inclusión pueden localizarse en diversos tejidos blandos; por ejemplo, en el piso de la boca, en las zonas de los repliegues mucobucales, en las mejillas, etc. y, raras veces, dentro de los maxilares donde se cree que se deben a epitelio gingival desplazado o incluso a una causa odontogénica. Si es por inclusión los datos histológicos son los mismos que los del quiste epidermoide de desarrollo, la diferencia entre los dos se basa sobre todo en la localización, el quiste epidermoide del desarrollo se localiza en las líneas de sutura del desarrollo (ref:3).



1. Cartílago de Meckel
2. Martillo
3. Yunque
4. Estribo
5. Apófisis estiloides
6. Ligamento estilohioideo
7. Asta menor del hueso hioides
8. Asta mayor del hueso hioides
9. Cuerpo del hioides
10. Cartílago tiroides
11. Cartílago cricoides
12. Anillos tráqueales

Embriológicamente:

El complicado proceso del desarrollo de la cara a partir de los arcos faríngeos produce muchas anomalías craneofaciales. (L17, L1). Las malformaciones de cabeza y cuello generalmente se originan durante la transformación del aparato branquial en estructuras adultas. (L18)



Bolsas Faríngeas

1, 2, 3, 4.

El aparato branquial consta de los arcos branquiales ó faríngeos (que son 6), las bolsas faríngeas (que son 5), los surcos branquiales y las membranas branquiales (L18). El sistema branquial se forma en el embrión de 5 mm, en la cuarta semana. El arco mandibular (I arco) se centra en el cartilago de Meckel, formándose la mandíbula y otras estructuras a partir de los tejidos que le rodean. El arco hioideo (II arco) se centra en el cartilago de Reichert, dando origen entre otras estructuras a la parte superior del cuerpo del hueso hioides. (L17, L18) Este sistema branquial es solo transitorio. A los 8 mm. el II arco se desarra con mayor rapidez que los otros arcos en la parte caudal, acentuándose este proceso por la flexión de la cabeza. A los 13 mm. el II arco está totalmente superpuesto sobre el III y IV arcos, cerrando las hendiduras faríngeas 2, 3 y 4. (L17, L18) Los arcos dan origen a estructuras, mientras las bolsas y hendiduras se borran o persisten como conductos o canales. (L11) Puesto que se fusionan durante la cuarta semana, y el surco que las separa desaparece a fines de la quinta semana, dando origen al maxilar inferior, labio inferior y la parte inferior de la cara. (L17, L18, L15)

La lentitud del desarrollo facial es resultado del cambio proporcional y de posición de los componentes, resultando el tamaño pequeño de la cara en el nacimiento debido a la falta de erupción de los dientes, senos aéreos y cavidades nasales pequeños y maxilares superior e inferior rudimentarios. La cara fetal está completamente formada hacia la novena o décima semana aproximadamente. (L18, L17, L15)

Cada uno de los arcos faríngeos esta formado por un núcleo central de tejido mesodérmico, cubierto por su lado externo por el ectodermo superficial, y revestido en su interior por epitelio de origen endodérmico. (L17)

Los Mecanismos de la Formación Quística:

Los principales factores responsables del desarrollo y la aparición de quistes son, en grado variable:

1. La proliferación de la cubierta epitelial y de la cápsula de tejido conectivo.
2. Acumulación de fluido dentro del quiste.
3. Reabsorción del hueso que le rodea y la formación de nuevo hueso. (L10)

Microscópicamente:

Respecto a los efectos hidrostáticos, el hecho de que varios quistes aparentemente tengan la forma de "baloncito" sugiere que la presión interna es un factor en su crecimiento. La presión

hidrostática dentro del quiste es de unos 70 cm. de agua por lo que es tanto mayor que la presión capilar de la sangre (L10)

Algunos experimentos demostraron que los fluidos quísticos contienen gran cantidad de proteínas de bajo peso molecular, por lo que se sugirió que si el quiste tiene una membrana semi-permeable y no permite la entrada de proteínas de alto peso molecular del suero (serum) por lo que la presión osmótica es el principal factor en la expansión quística (L10).

Experimentos recientes mostraron, en contraste, que el fluido quístico es un exudado altamente inflamatorio y contiene una alta concentración de proteínas, algunas de alto peso molecular.(L10)

Entonces parece que las paredes de los quistes no actúan enteramente como una membrana semi-permeable; proteínas de bajo peso molecular se encuentran presentes en concentraciones similares a aquéllas en el plasma, mientras que proteínas de alto peso molecular están presentes en una cantidad mínima. Los capilares en las paredes del quiste son más permeables como resultado de la inflamación y contribuye variando cantidades de inmonoglobulinas y otras proteínas. El efecto de red es el resultado de la presión creada por la tensión osmótica dentro de la cavidad del quiste. (L10)

Dentro de un quiste dermóide epidermoide se observan con frecuencia varios derivados ectodérmicos, como folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas, ocasionalmente incluso dientes.

Por sus características clínicas puede parecer otra patología, (ver DIAGNOSTICO DIFERENCIAL) puesto que el examinador únicamente puede apreciar la superficie del tejido, su topografía, color, contornos y textura (L16) por lo que es muy importante conocer a fondo todas sus características para establecer un diagnóstico adecuado y así llevar a cabo el tratamiento correcto.

Capítulo IV

QUISTE DERMOIDE EPIDERMOIDE

DEFINICION

CARACTERISTICAS CLINICAS

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO, PRONOSTICO Y EVOLUCION

QUISTE EPIDERMÓIDE Y DERMÓIDE

El quiste varía en su consistencia de suave a firme, puede ser fluctuante y con frecuencia es de consistencia dura pastosa, como de queso, dependiendo de los elementos que se encuentren dentro de él (ref:38,31,14).

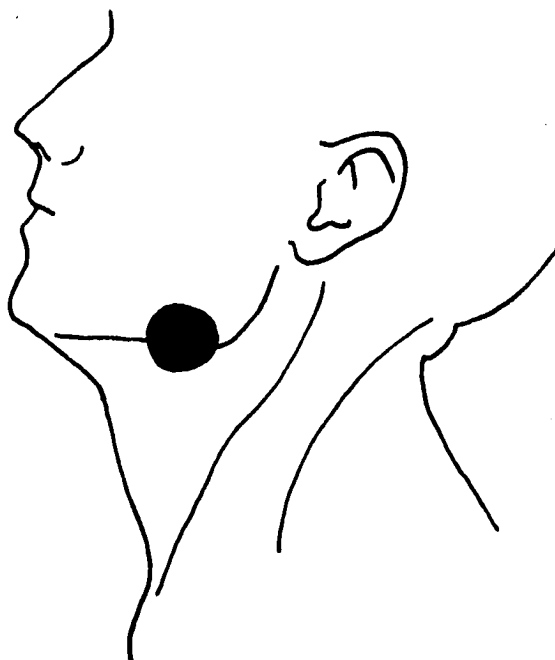
Los quistes dermoides tienen diversas localizaciones, en el cuerpo humano, como son el paladar, el ángulo de la mandíbula, glándulas salivares y en los testículos y ovarios (ref:3,40,18,14).

Los quistes dermoides se manifiestan raramente antes de la pubertad, y se desarrollan entre los 25 y 35 años, aunque existen reportes de una edad más avanzada (ref:40,14,41,38,31). No existen historiales pertinentes médicos ó dentales respecto a si se presentan en pacientes únicos, sin relación familiar ó predilección en sexo (ref:38).

El desarrollo de este quiste está formado por epitelio escamoso estratificado apoyado en una pared de tejido conectivo, en la cual existen uno ó más apéndices cutáneos como folículos pilosos, sebáceos y glándulas sudoríparas. En la cavidad bucal, usualmente se encuentran anteriormente en el piso de la boca, por lo que es fácil confundirlos clínicamente con una ránula.

Usualmente la lesión está bien definida y a la aspiración produce una variedad de materia más que el fluido quístico típico de hebras (ref:38).

Mediante el método de Imagen por Resonancia Magnética se pudo detectar satisfactoriamente la presencia de un quiste dermoide epidermoide sin sintomatología ni presencia radiográfica (ref:42). Demostrando al ultrasonido un eco interno, de apariencia sólida (ref:43).



RADIOGRAFICAMENTE

Quiste dermoide-epidermoide habitual en pelvis femenina, ovario izquierdo, conteniendo incluso dientes ya erupcionados (teratoma quístico).



Por métodos radiográficos tradicionales no se aprecia el quiste dermoide-epidermoide de la cavidad bucal, puesto que es un quiste de tejidos blandos, sin embargo es posible observarse con otros métodos:

Quiste dermoide
apreciado
por
Tomografía Axial
Computarizada



Quiste dermoide que se aprecia por Sonografía, una masa encapsulada homogénea.

Quiste dermoide apreciado
por Gammagrafía
Nuclear Sagital



QUISTE DERMOIDE-EPIDERMOIDE. DEFINICION.

Como se dijo anteriormente, los quistes dermoides y epidermoides se manifiestan como un abultamiento indoloro, y se localizan, preferentemente, en el ámbito del piso de la cavidad bucal (ref:14,41,38,31,2,21), en forma de domo.

Se caracterizan por el lento crecimiento expansivo, aunque también pueden crecer de forma explosiva (ref:22,15,38,18). No tienen ninguna relación con algún diente.

En cuanto a sus características radiográficas, el método convencional es una pobre guía para determinar la presencia del quiste (ref:15). Pero se han podido detectar mediante ultrasonido (ref:44), los métodos de imágenes no invasivas como Tomografía Axial Computarizada ó Resonancia Magnética se recomiendan para operaciones preoperativas (ref:46). Todavía es muy limitada la ayuda que se puede lograr para diagnosticar por métodos neuroradiológicos (ref:47). La Imagen por Resonancia Magnética ha demostrado ser más precisa y superior a la Tomografía Axial Computarizada, y demostrando especial interés para determinar el tratamiento quirúrgico (ref:48,43).

Aún cuando su origen puede ser desconocido en muy pocas ocasiones ésto interfiere de manera alguna con su tratamiento (ref:15,26,3,10).

Existen varias lesiones que asemejan clínicamente al quiste dermoide. Su diagnóstico correcto depende del estudio histopatológico. (ref:15)

"Quiste dermoide", es un término impreciso que se refiere a lesiones quísticas originadas por desórdenes del desarrollo (ref:14,3,47,18).

La incidencia de este tipo de quiste es baja, siendo ésta apenas del 2% de todos los quistes dermoides (ref:14), el 6.9% de los quistes de cabeza y cuello y menos del 0.01% de los localizados en la boca (ref:2,20) Los quistes epidermoides son tumores congénitos raros que equivalen a menos del 1% de todos los tumores intracraneales. Se derivan del desarrollo de tejido ectodérmico situado anormalmente y con frecuencia son descubiertos casualmente. (ref:19) Representan menos del 1% de todos los tumores intracraneales, se derivan del atrapamiento accidental de tejido ectodérmico y se localizan por casualidad (ref:19). New y Erich descubrieron que únicamente el 1.6% se encontraban en la cavidad oral y el 7% se encontraban en la cabeza y cuello (ref:2), Taylor et al. también estudiaron 541 quistes dermoides de la cabeza y cuello dándose cuenta que 6.5% eran intraorales (ref:2). de 54,000 especímenes para cirugía únicamente solo 4 casos fueron de quistes dermoides sublinguales (ref:2,31).

Clínicamente, cuando se localizan sobre el músculo milohiideo desplaza a la lengua superior y posteriormente, con las dificultades resultantes en su función. Cuando se localizan debajo del músculo milohiideo, una inflamación en la línea media del cuello ocurre.

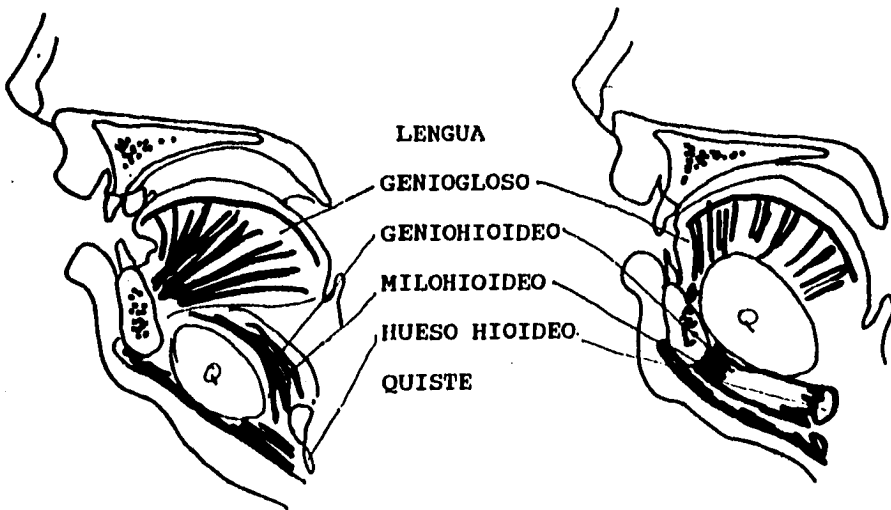
Usualmente la lesión está bien definida y a la aspiración produce una variedad de materia, no tan sólo el fluido quístico típico con hebras.

Los diagnósticos diferenciales son conclusivos para determinar la patología del quiste dermoide epidermoide (ref:18).

ASPECTOS CLINICOS

El aspecto clínico de un quiste dermoide en esta región depende de su profundidad.

El piso de la boca y las áreas submaxilar y sublingual son los sitios más comunes de ocurrencia (ref:18,38).



esquema de la localización del quiste

Los quistes dermoides del piso de la boca son una lesión que, como ya se mencionó, ocurre en la línea media, los que se presentan intraoralmente (o submentonianamente) aparecen como una masa pendulada debajo de la mandíbula (ref:39,14,31,7). Desarrollándose en el espacio submentoniano como una tumoración bien definida parecida a una papada extraoralmente, intraoralmente se aprecia una lesión de superficie lisa, de color pálido rosa amarillento o amarillo blancuzco debajo del epitelio muy fino pero intacto, de tamaño generalmente pequeño (unos 2 cm. aproximadamente) como el de una pera, pudiendo alcanzar el tamaño de una toronja (Chakravorty y Schatzi, 1975. New y Erich, 1937). También existen enormes quistes bien acomodados en el piso de la boca sin ocasionar alguna interferencia y pueden ser completamente cubiertos por la lengua cuando están en posición de descanso (ref:15).

El quiste es una masa firme y elástica, o dura, blanda y fluctuante. Se desplaza poco, pero con facilidad y es indoloro. Su crecimiento generalmente es lento (ref:15,18,48). Únicamente cuando son de gran tamaño pueden aparecer alteraciones funcionales (ref:31,15,20,14,38) como dificultades al hablar, a la deglución y hasta a la respiración.

Al ser lesiones cerradas son por lo tanto sépticas, a menos que presente algún traumatismo, por lo que pueda complicarse con un cuadro infeccioso. También pueden degenerarse y malignizarse

hasta causar metástasis en los nódulos linfáticos (ref:7,38,18).

Los quistes dermoides de la boca, ocurren en cualquier etapa de la vida, desde el nacimiento aún hasta los 72 años, usualmente se ven en pacientes de 15 a 35 años (Meyer, 1955) los quistes sublinguales se hacen notorios durante la 2a. y 3a. etapas de la vida (ref:20,38,40), el combinado lingual y sublingual se detectan en los primeros meses de vida.

No existen antecedentes médicos o dentales que proporcionen algún dato de ser una lesión única sin historial familiares o predilección de género (ref:38,22,18,2), aunque algunos autores reportan una ligera frecuencia mayor en mujeres (ref:49).

El tratamiento siempre consiste en la extirpación quirúrgica. (ref:26,57,3,10,15).

Radiográficamente:

La típica lesión es suave a la palpación y cubierta con epidermis, la evaluación radiológica preoperativa se puede realizar con Tomografía Computarizada, Imagen de Resonancia Magnética y por Angiograma, siendo el método de la I.R.M. superior al de la T.A.C. en su evaluación (ref:48,51).

La típica imagen observada por Tomografía Axial Computarizada de un quiste epidermoide muestra áreas hipodensas

con un margen bien definido, sin edema que le rodee (ref:52,53).

Todavía se encuentra en discusión la contribución total de la I.R.M. para el diagnóstico de esta lesión (ref:47,42).

La imagen que se aprecia por I.R.M. es una señal de baja intensidad en T1 y T2 (ref:53).

Como un descubrimiento poco usual se encontró un quiste dermoide epidermoide por sonografía (ref:30).

Se presentó un caso para demostrar el valor de la I.R.M. en la evaluación de un quiste epidermoide sublingual (ref:42,47,46,56).

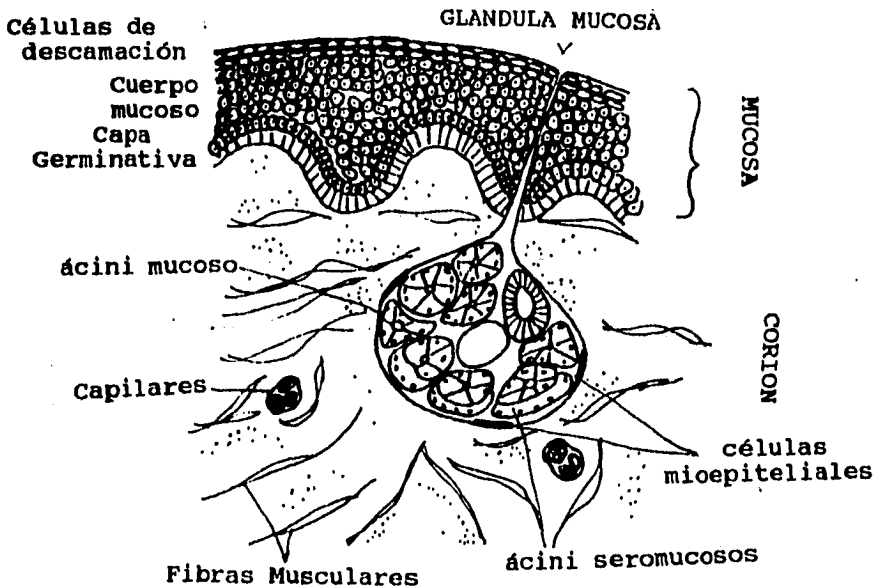
La deficiencia de características clínicas y características específicas en las sonografías sugieren una extrema precaución al realizar la enucleación de un quiste presumiblemente epidermoide (ref:17).

Las características ultrasonográficas de quistes epidermoides, manifestaron ecos de apariencia sólida, reportando poca o ninguna secuela de eco. También la mayoría de los tumores examinados mostraron baja ecogenicidad por lo que se pueden diferenciar de los quistes dermoides, epidermoides aunque con los lipomas si presentan similitud (ref:43).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La mucosa bucal está constituida por un **epitelio** y por un **corión** (ref:32).

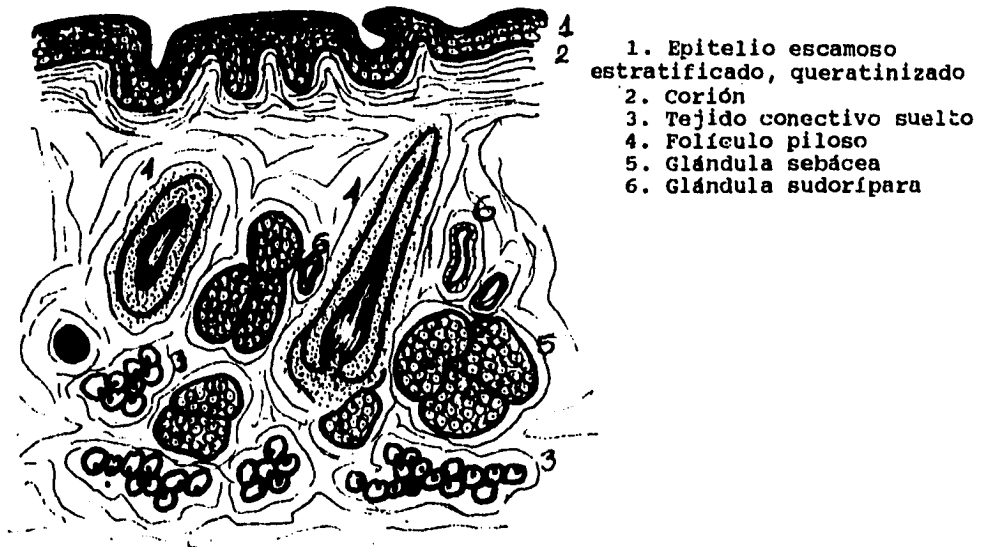
esquema de un corte de la mucosa bucal



Esta estructura es diferente de la que corresponde a la epidermis, y por lo tanto a su revestimiento cutáneo.

El corión está rodeado por una delgada capa vítrea colágena. Contiene papilas ricamente vascularizadas, un tejido conjuntivo delicado y más profundamente uno fibroso; fibras elásticas; glándulas salivares unilobulares o paucilobulares de tipo particularmente mucoso, y órganos linfoides, de los que se discute su significado (Retterer). Con caracteres histológicos idénticos en toda la boca, esta mucosa ofrece, según las regiones, diferencias importantes desde el punto de vista fisiopatológico (ref:32)

esquema de un corte de epidermis



QUISTES

Los quistes consisten en tejido conectivo denso hialinizado con varios grados de inflamación por infiltración celular (ref:1).

Todos los quistes de los maxilares tienen una pared compuesta de tejido conectivo fibroso denso revestido de epitelio.

Al presentarse una inflamación quística que se exterioriza en la cavidad bucal, se reblandece este epitelio, que puede perder queratinización y dificultar el diagnóstico en ausencia de vestigios epiteliales en la pared. Los reblandecimientos inflamatorios constituyen el origen de precipitaciones de cristales de ácidos grasos.

Cuando el segundo arco faríngeo no crece caudalmente sobre el tercero y el cuarto, los restos de la segunda, tercera y cuarta hendidura mantienen su comunicación con la superficie (ref:59).

Varios derivados ectodérmicos se ven con frecuencia, como folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas, y ocasionalmente incluso dientes (ref:14). La histopatología de la entidad de la composición del quiste varía de un simple quiste, con frecuencia relleno de epitelio escamoso estratificado y

demostrando algunas queratinizaciones, a un quiste compuesto de otras capas germinativas y varios tipos de epitelio. Según la complejidad de la lesión varía la apariencia histológica del quiste dermoide (ref:18,14,39).

Puesto que con frecuencia se encuentra en la estructura de la línea media, no se encuentran dientes involucrados a menos que alguna estructura dental se encuentre dentro del quiste.

El revestimiento interior consiste en epitelio plano poliestratificado que presenta la misma diferenciación celular que la epidermis con un estrato basal, la capa de células espinosas y un estrato granuloso.

Ambas clases de quistes poseen una capa externa de tejido conectivo, gruesa.

HISTOQUÍMICAMENTE

Se investigaron histoquímicamente tumores disontogénicos comunes cerebrales demostrando que las características de los carbohidratos son similares a los antígenos sanguíneos localizados en la piel de la epidermis reportado en el craneofaringioma, mostrando ser limitados y específicos (ref:58)

Recientes experimentos mostraron que los fluidos quísticos contienen muchas proteínas de bajo peso molecular. Algunos otros

experimentos mostraron que los fluidos quísticos son exudados de grandes inflamaciones y contienen altas concentraciones de proteínas, algunas de alto peso molecular. Otros componentes de los quistes son colesterol, productos de la ruptura de los eritrocitos, células inflamatorias, células epiteliales exfoliadas, y fibrina. Estos hallazgos son consistentes contra la típica presencia de un exudado inflamatorio dentro de las paredes de un quiste (ref:15). Los capilares en la pared quística son más permeables como resultado de la inflamación y permiten la variación de inmunoglobulinas y otras proteínas. Algunos exámenes indican que las células de estos quistes contienen los mismos glicoconjugados que las células epiteliales normales (ref:33). La masa interna del quiste no es seca, sino semisólida, por lo que los intersticios están llenos de líquidos, consecuentemente, la presión interna permanece distribuida uniformemente (según Killey y cols. ref:60).

HISTOPATOLOGICAMENTE

Los quistes queratinizados tienen las siguientes características histológicas: epitelio delgado, uniforme, ortoqueratinizado con una superficie no corrugada, estrato prominente granuloso, células basales no acentuadas sin forma de palizada ó con tendencia polarizada a la ausencia de quistes satélites. Ninguno de estos quistes muestran señales de proliferación epitelial, siendo ésta una característica poco común en quistes queratinizados odontogénicos, aunque se

encuentran presentes en los quistes queratinizados mandibulares (ref:1).

Algunas de las células que los componen son blastómeros totipotenciales, por lo tanto la presencia de estructuras no epiteliales pueden ser conocidas (ref:18).

La histopatología del quiste epidermoide es variable. La cubierta de los quistes epidermoides es sólo epitelio queratinizado escamoso estratificado (demostrado con estudios anatomopatológicos) (ref:44), apoyado en una pared de tejido conectivo (ref:14,7). La descamación de queratina puede llenar a la cavidad quística, haciéndolo de una consistencia semi sólida. Contienen apéndices cutáneos en la pared, y otros recubiertos en parte por epitelio escamoso estratificado y tejido respiratorio (epitelio ciliar estratificado) (ref:15,31).

Los quistes epidermoides, queratoquistes, quistes primordiales se encuentran recubiertos por un epitelio de Malpighi pluriestratificado queratinizante. Constituido por un tejido conjuntivo fibroso denso que encierra a menudo nódulos espiteliales de Malpighi correspondientes a restos embrionarios (ref:3). También contienen una recubierta celular de ortoqueratinización laminada en asociación con otra granular. Muestran el epitelio delgado, de cubierta uniforme, con un espesor de 3 a 6 células espinosas con puentes intercelulares

conspicuos (ref:1).

Si el quiste se presenta en el maxilar superior el epitelio puede ser cilíndrico pseudoestratificado. En raros casos es cilíndrico simple o cuboideo, o bien el epitelio escamoso estratificado puede desarrollar queratina.

Las células basales son cuboidales o planas, con núcleo acentuado y poca tendencia a demostrar forma de palizada (ref:1).

Mediante la tinción de Masson-Fontana se observarán melanocitos entre las células basales, el tejido subepitelial de éste contiene varios apéndices maduros como folículos de cebo y glándulas sudoríparas (ref:1).

MICROSCOPICAMENTE:

La cubierta del quiste es epitelio escamoso estratificado queratinizado, los contenidos del lumen son eosinófilos, amorfos y caseosos. Ocasionalmente se encuentra tejido respiratorio. Dentro de las paredes fibrosas se encuentran estructuras de anexos epiteliales como glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas, y folículos pilosos. También puede presentarse tejido de glándulas salivares menores. Cuando se encuentran otros tejidos conectivos y elementos neurales (ref:2).

Cuando ultrasonográficamente mostraron ecos internos es

porque su lumen está relleno de fibras de queratina de epitelio escamoso estratificado, que es lo que produce los ecos internos (ref:43), en un estudio histopatológico posterior se demostró que estos ecos correspondían a quistes dermoides epidermoides (ref:43).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

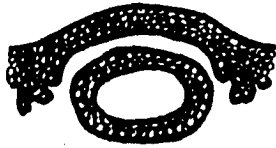
Como cualquier aumento de volumen localizado en cualquier parte del cuerpo y particularmente en los tejidos subcutáneos, las inflamaciones de la cabeza y cuello deben tomarse en cuenta como posibles neoplasias, desórdenes inflamatorios, reacciones hiperplásicas, ó como parte del desarrollo de defectos (ref:7).

Si la masa es dolorosa o firme, blanda, móvil, y asociada con fiebre, el proceso es entonces inflamatorio. Si la masa es asintomática, bien circunscrita, blanda ó firme pero no indurada, y puede moverse con libertad, una neoplasia benigna o un proceso de reacción son para considerar (ref:7). Si las inflamaciones presentan fijación al tejido subyacente, así como una historia de aumento de tamaño progresivo pueden ser sospechas de entidades malignas (ref:7).

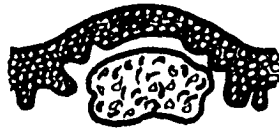
La localización anatómica de la tumefacción tal vez sea la consideración más importante para diagnosticar a las masas en la región de cabeza y cuello. (ref:7)

La mayoría de las lesiones con las que se puede establecer un diagnóstico diferencial como inflamaciones del piso de la boca crecen desde lateral hacia la línea media (ref:39,61).

esquema de la localización de las inflamaciones comunes de
cabeza y cuello



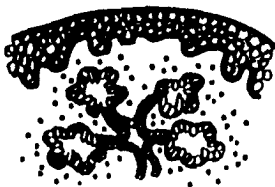
QUISTE



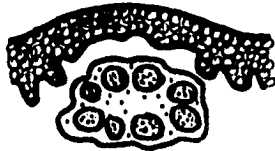
NEOPLASIA MESENQUIMATOSA



NEOPLASIA GLANDULAR



SIALODENITIS



LINFADENITIS



NEOPLASIA EPITELIAL

El diagnóstico diferencial del quiste dermoide y epidermoide se ha de hacer con los quistes cervicales de la zona media, tumores y procesos patológicos de los ganglios linfáticos (ref:15,7).

AUMENTO DE VOLUMEN EN EL PISO DE LA BOCA

Ránula y Sialoquistes

Quiste Dermoide

Quiste Linfoepitelial

Sialolitiasis con sialodentitis

Tumores de las Glándulas Salivares

Neoplasias Mesénquimatosas

Angina de Ludwig

Carcinoma de Células Escamosas

AUMENTO DE VOLUMEN EN EL CUELLO

De la Línea Media

Quiste del tracto triogloso

Tumor de la Glándula Tiroides

Quiste Dermoide

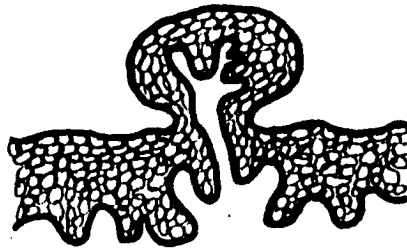
(ref:14) También se deben considerar los quistes sebáceos.

Hay varias lesiones que tienen gran semejanza clínica con el quiste dermoide, y deberá establecerse un diagnóstico diferencial, basado en el diagnóstico patológico (ref:18). Para lo cual la excisión de cualquiera de estas masas quísticas y su estudio subsecuente al microscopio lo establecen así como el tratamiento más conveniente (ref:18,14).

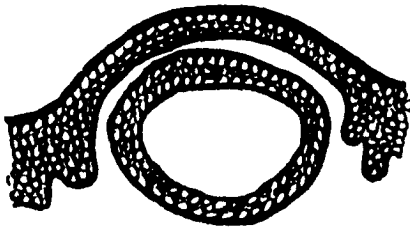
La localización central en forma de domo, consistencia pastosa, y tendencia a elevar la lengua son signos característicos del quiste dermoide (ref:39).



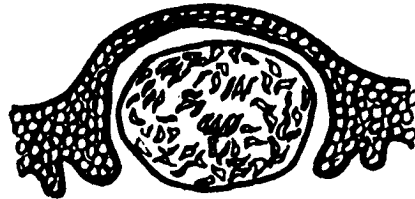
NEOPLASIA GLANDULAR



INFLAMACION PEDUNCULADA



QUISTE



NEOPLASIA MESENQUIMATOSA

RANULA.

La ránula es una cavidad quística a causa de la retención de glándulas salivares menores. Ocurre en el piso de la boca y la inflamación clínicamente parece la panza de una rana, llena de líquido. Una característica principal es el cambio de tamaño que ocurre: es pequeña temprano por la mañana y mucho mayor antes de las comidas, lo que refleja la intensidad de la actividad secretora durante períodos de estimulación gustativa.

Tiene una corteza de color azuloso, la delgada membrana superficial deja ver las marcas capilares obvias, si se localiza de manera profunda su color es rosado, refleja el grosor de la cubierta de mucosa que la contiene. Frecuentemente ocurre unilateralmente, en la vecindad de uno de los ductos

submandibulares, tiene forma de domo, y varía mucho en su tamaño. Es blanda y fluctuante, usualmente compresible a la presión digital. No es pulsatoria, y si se aspira el líquido claro amarillento es característico de las retenciones salivares (ref:18).

El flujo salivar del lado afectado no permite determinar cuando hay una glandula mayor afectada. Si existen glandulas menores afectadas en el piso de la boca, el flujo salivar puede ser normal (ref:7).

MICROSCOPICAMENTE. Las mayorías de las ránulas son espacios llenos de fluido (mucina) determinados por una pared de tejido de granulación que parecen un gran mucocele. Con menos frecuencia, pueden estar determinados por un epitelio cuboidal con áreas de metaplasia oncocítica representando sialoquistes (ref:7).

La fluctuación del quiste epidermoide y su color blanquecino lo diferencian de la ránula de manera fácil, además de que ésta presenta cambios de tamaño durante el día.

QUISTE LINFOEPITELIAL

Este quiste es relativamente poco común en la cavidad bucal. Aparentemente es el resultado de la degeneración quística de inclusiones epiteliales en agregados linfocitarios sobre la

cavidad bucal (ref:18).

Son asintomáticos, por lo que el paciente no está consciente del tiempo desde cuando éste ha estado presente. Con frecuencia se presentan 1 a 10 años antes de cualquier tratamiento, no existe relación familiar o social (ref:38).

Predominantemente ocurre en pacientes del sexo masculino, y los rangos de edad fluctúan entre los 15 a 65 años y su área de mayor ocurrencia es el piso de la boca, en la parte anterior de éste (ref:38,7).

Clinicamente la lesión es solitaria (ref:2) y aparece como un nódulo firme, bien circunscrito de color amarillento puesto que involucra tejido linfóide levantado con una superficie lisa, usualmente pequeña, con un diámetro de tan sólo algunos milímetros pudiendo llegar a los 2 cm. de diámetro (ref:7). Es móvil, usualmente superficial, de consistencia blanda, variable en su fluctuación, y bien delineado. No involucra dientes (ref:18).

Alternativamente, los quistes linfopiteliales bucales sugieren la presencia de tejido propio de las amígdalas con criptas quísticas de terminaciones de queratina (ref:7).

A la aspiración el quiste produce un coágulo amorfo

compuesto predominantemente de queratina.

MICROSCOPICAMENTE: Se aprecia que el nódulo quístico está bien delimitado por epitelio escamoso estratificado conteniendo células parcialmente queratinizadas con núcleo, y queratina. Folículos linfáticos embebidos en las paredes, ó, raramente, tejido respiratorio que "determina" el quiste. La pared del quiste contiene linfocitos con centros germinales. Algunos ejemplos muestran una comunicación microscópica con el epitelio bucal (ref:7,18).

Se diferencia con facilidad del quiste dermoide - epidermoide por su color blanquecino de éste contra los nódulos amarillentos del quiste linfoepitelial.

SIALOLITIASIS CON SIALODENITIS

Más del 90% de todas las sialolitiasis ocurren de conductos submandibulares. Cuando crecen de manera distal, lo hacen como inflamaciones del piso de la boca. La oclusión del conducto produce inflamación y fibrosis de la glándula afectada. puede presentar dolor en el sitio afectado al comer. El flujo salivae del orificio sublingual no puede combinarse con el contenido de la glándula. El conducto dilatado contiene un nódulo indurado como una piedra, ocasionalmente, una glándula ocluida es afectada por bacterias secundarias con el consecuente desarrollo de sialodentitis. La glándula afectada y el conducto aumentado son

suaves a la palpación (ref:7).

MICROSCOPICAMENTE: El espécimen descalcificado muestra una piedra con concentraciones laminares, la cubierta del ducto muestra metaplasia dentro del epitelio por lo que existen células de epitelio escamoso estratificado, formación de células escamosas o cambios oncocíticos. También puede existir epitelio de tejido respiratorio (ref:7).

Se diferencia del quiste dermoide epidermoide porque éste es asintomático mientras que con Sialolitiasis el dolor al comer está presente.

TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVARES

Raramente algunas neoplasias salivales, benignas o malignas, pueden provocar un aumento de volumen de las glándulas menores o mayores del piso de la boca. Los tumores salivares del piso de la boca con frecuencia se observan en la glándula submandibular como una masa evidente en la región lateroposterior. Los tumores submandibulares pueden no apreciarse a simple vista intrabucalmente, pero son obvios a la palpación. Si el tumor es benigno, será firme pero móvil y encapsulado. El más frecuente, es el Adenoma Pleomorfo. Las neoplasias submandibulares y sublinguales con frecuencia se malignizan. Los Adenocarcinomas pueden ser de cualquier tipo, los más frecuentes son el Carcinoma Mucoepidermoide y Carcinoma Adenoideo Quístico ó Cilindroma. Los

tumores malignos de las glándulas salivales no son encapsulados, si indurados y pueden o no tener fijación evidente (ref:7).

MICROSCOPICAMENTE: Las características microscópicas varían, dependiendo del tipo de tumor presente (ref:7).

El quiste dermoide-epidermoide básicamente crece en el centro del piso de la boca, mientras que los tumores de las glándulas salivares presentan un aumento de volumen lateroposterior.

NEOPLASIA MESENQUIMATOSA

Tumores benignos o malignos del tejido conectivo pueden crecer en cualquier localización. Aunque las neoplasias mesénquimatosas con más frecuencia se observan en la lengua y en la mucosa bucal, también se llegan a presentar en el piso de la boca y aparecen como una elevación de superficie blanda. Las proliferaciones que reactivan a un tumor, como la fibromatosis, pueden también localizar en el piso de la boca. Los tumores Mesenquimatosos Benignos están encapsulados o bien definidos, blandos ó firmes, y móviles. Las entidades más comunes incluyen lipomas, fibromas, hemangiomas, y tumores de las glándulas sheath. Una forma especial de Linfangioma, Higroma quístico, ocurre en esta localización y de forma convexa de manera extraordinaria. Los Sarcomas son multinodulares, indurados, y por

lo regular fijos. Aunque todos los sarcomas son raros en ésta región, las entidades en donde se presentan con más frecuencia incluyen Fibrosarcoma y Linfoma (ref:7).

MICROSCOPICAMENTE: Los patrones histológicos de las Neoplasias Mesénquimatosas son extremadamente variados, dependiendo del tipo de tumor y células de origen. La mayoría pertenecen a los aumentos de volumen de la lengua (ref:7).

ANGINA DE LUDWIG

La infección odontogénica con drenaje a los espacios faciales del piso de la boca produce ésta angina. Cuando es bilateral involucra los espacios submandibular y sublingual junto con una celulitis del músculo milohioideo y de la lengua, una inflamación de bordes difusos intra y extra bucalmente. El paciente presenta fiebre, el dolor es severo, la muerte puede ser segura por celulitis o edema que obstruyen las vías aéreas o diseminar la infección al espacio mediastino (ref:7).

MICROSCOPICAMENTE: Los tejidos se encuentran amplia y difusamente infiltrados con neutrófilos e histiocitos dispersos (ref:7).

El quiste dermoide epidermoide se presenta sin sintomatología ni signos de infección, a diferencia de la Angina de Ludwig que básicamente presenta el cuadro infeccioso.

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

El cáncer del piso de la boca puede parecer eritematoso ó blanco, ulcerado o con tumefacción; el piso de la boca representa el lugar más común para el cáncer bucal. Las lesiones por tumefacción invasiva son induradas y con frecuencia ulceradas. Están localizadas anteriormente en el piso de la boca, por lo general, sobrepasando al conducto de Wharton. Pueden infiltrarse lateralmente para involucrar el ángulo alveolar o ventral de la lengua. Aproximadamente la mitad de los pacientes de ésa patología presentan involucración de los nodulos de la regiones submandibular o cervical (ref:7).

MICROSCOPICAMENTE: El Carcinoma de Células Escamosas del piso de la boca se caracteriza por fibras invasivas, islas que comprometen a células escamosas mostrando varios grados de hiperchromatismo, pleomorfismo y un considerable aumento de actividad mitótica. La formación de perlas de paraqueratina puede ser identificada. Muchos tumores del piso de la boca, particularmente cuando son lesiones pequeñas, mantienen los cambios del Carcinoma "in situ" a la par de los márgenes laterales. Estos cambios, con frecuencia se extienden a lo largo de los conductos salivales de excreción (ref:7).

El quiste dermoide y epidermoide es una inflamación presente desde el nacimiento, mientras que éstas neoplasias manifiestan un crecimiento explosivo, y repentino.

QUISTE DEL CONDUCTO TRIOGLOSO

Masas quísticas formadas del remanente de ducto triogloso embrionario se encuentran en la línea media a cualquier altura desde la base de la lengua a la base del esternón. El ducto puede prevalecer en vida postnatal como un tracto de drenaje o una masa quística. Un signo patognomónico es el movimiento que hace hacia arriba cuando el paciente protude su lengua, lo cual demuestra la unión del ducto triogloso a la lengua.

Con mayor frecuencia estos quistes ocurren debajo del hueso hioides y virtualmente es observado como una masa con forma de domo. Estos quistes también se encuentran submentonianamente sobre el hueso hioides y dentro de la musculatura de la lengua. En raras ocasiones, existen tumores tiroideos que se desarrollan en las paredes de estos quistes (ref:18).

Puesto que se deriva de epitelio que pasó por el cuello durante la organogénesis de la tiroides, el quiste del tracto triogloso puede localizarse en cualquier parte entre el foramen 'caecum' en la base de la lengua y la glándula tiroides madura en la parte baja de la línea media del cuello. El quiste es firme o suave cuando se comprime, libremente móvil (a menos que se encuentre involucrando al hueso hioides), y frecuentemente desarrolla una fístula, aunque la mayoría de ellos están localizados debajo del hueso hioides. Si se localiza en la lengua o en la región hioides, puede ocasionar disfagia. Muy raramente,

el Carcinoma Tiroideo se desarrolla de los remanentes de éste tracto (ref:7).

MICROSCOPICAMENTE: El quiste está delimitado por epitelio escamoso estratificado o respiratorio. La pared fibrosa puede contener infiltrados mononucleados inflamatorios, y glándulas mucosas y folículos tiroideos pueden observarse (ref:7).

El quiste dermoide epidermoide no presenta sintomatología clínica, a comparación de este quiste en el que está presente una fistulización.

NEOPLASIA DE LA TIROIDES

Las neoplasias de la tiroides pueden ser Adenomas ó Adenocarcinomas; se clasifican de acuerdo a su histomorfología. Los Adenomas crecen en un polo de la glándula por lo que se localiza ligeramente lateral al cartílago de la laringe. Los tumores generalmente son pequeños y no pueden visualizarse obviamente; sino que se detectan por palpación como blandos ó ligeramente duros y móviles. Los Adenocarcinomas se manifiestan con una localización similar, pero tienden a ser firmes o indurados y fijos a los tejidos adyacentes. También pueden ser pequeños cuando se detectan pronto, se detecta metastasis del nódulo cervical antes de que un agrandamiento de la tiroides sea observado en sí (ref:7).

MICROSCOPICAMENTE: Las características microscópicas son complejas y variadas. Las neoplasias más comunes son Adenomas Fetales y Foliculares. El Carcinoma Papilar es el más común de los cánceres de la tiroides. El Carcinoma Medular puede desarrollarse en conjunto con neuromas bucales y otras neoplasias endocrinas como un componente del síndrome neuropoliendócrino (ref:7).

El quiste dermoide y epidermoide presenta una localización céntrica en el piso de la boca, contra la localización lateral al cartílago de la laringe donde se localizan estas neoplasias.

De acuerdo a un estudio japonés sobre tumores de cabeza y cuello (llevado a cabo en la Universidad de Meikai por Utsumi y cols.), de un total de 2705 pacientes en 5 años, se encontró a los Fibromas y Adenomas Pleomórficos como las neoplasias benignas no odontogénicas más frecuentes, y el Carcinoma de Células Escamosas como malignas. En los maxilares fueron muy frecuentes todo tipo de neoplasias (ref:51).

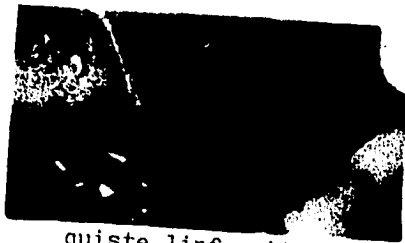
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.



quiste dermoide ... epidermoide



sialolitiasis



quiste linfoepitelial



ránula

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Microfotografías donde se muestra la gruesa pared de epitelio escamoso estratificado apoyado en tejido conectivo, y elementos sebáceos del quiste.



Microfotografía de tejido mucoso bucal, mostrando algunas células ácnicas rodeadas por músculo y tejido conectivo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

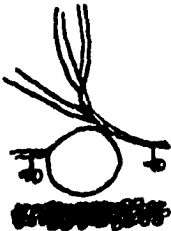
Existen dos técnicas fundamentales en el tratamiento de quistes: **exéresis y fenestración** (marsupialización).

La **exéresis** consiste en la eliminación completa de la membrana quística.

En la **fenestración** se crea una comunicación entre la membrana quística y la mucosa bucal, de forma que la una es continuación de la otra. Esta relación entre ambas se mantiene mediante un obturador.

La intervención consta de las siguientes fases: (ref:49)

1. abertura de una ventana
2. construcción y colocación de un obturador
3. control periódico del paciente.



pasos en el tratamiento quirúrgico de un quiste de tejidos blandos



Primeramente hacer una incisión, la mínima que se pueda hacer, se expone la tumoración quística, extirpando la membrana

y enviándola para un estudio histológico. Revisando cuidadosamente la parte residual del quiste, en busca de alteraciones patológicas.

Se inicia la exéresis mediante una incisión semicircular en la base del quiste, disecando cuidadosamente separando la mucosa de la tumoración quística, utilizando instrumental no cortante. Terminada la disección se libera el quiste y las glándulas salivales menores de la vecindad. A veces es inevitable la perforación quística, porque su cápsula es muy fina y el interior está tenso. En estos casos el quiste se colapsa, y entonces resulta muy difícil su exéresis, por lo que se hace con extrema precaución (ref:17,49). Llenar la cavidad abierta con gasa bordeada puede facilitar la disección. La sutura de la herida debe incluir únicamente la mucosa, evitando glándulas adyacentes (ref:49).

El quiste epidermoide o dermoide debe extirparse quirúrgicamente (ref:3,18) de manera total (ref:46,14,7,48,38), con excelentes pronósticos (ref:40). Por enucleación simple (ref:15), no presenta recurre (ref:18,38,14).

Por lo general estos quistes se encuentran de fácil acceso y enucleación total. A menos que hallan sido punzados o aspirados o por algún tratamiento previo, con soluciones esclerosantes o por episodios de infecciones.

El acercamiento quirúrgico puede hacerse intra o extraoralmente, dependiendo en la posición del quiste en relación con el músculo milohioideo.

Los que se encuentran entre el músculo milohioideo y la membrana de la mucosa oral (en posición sublingual) se extraen fácilmente por un acercamiento intraoral (ref:39,31,14,7,38,47).

Los que se encuentran debajo del músculo milohioideo (en posición submentoniana) se logran por una incisión transversa a través de la piel (ref:38), una incisión submentoniana (ref:31).

Puede hacerse la aspiración como alivio temporal. A la aspiración el quiste dermoide puede contener la mayoría de los apéndices cutáneos, por lo que se extrae una sustancia espesa, amarillenta, de consistencia de queso que se aspira con dificultad, pues contiene queratina, sebo, sudor, y células escamadas (ref:38), además de que el típico fluido quístico tiene forma de hebras (ref:38), por lo regular está bien delimitado. Los agentes esclerosantes y de aspiración, como terapia definitiva no son buenos, pueden ocasionar más dificultades, incluyendo la infección aguda y celulitis del área que le rodea.

No han habido reportes del uso de radiación, pero puede asumirse que ésto no sería efectivo.

Capítulo v

CASO CLINICO

REPORTE DE CASO CLINICO

Paciente femenino de 23 años de edad, de escolaridad secundaria, ocupación obrera, estado civil soltera.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Madre finada (Carcinoma Gástrico); padre vivo, diabético en control, tía paterna diabética en control y abuelo paterno finado por complicaciones de diabetes mellitus. El resto del interrogatorio fué negativo.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Originaria del D.F. donde radica.

Se trata de paciente femenina procedente de un medio socioeconómico medio-bajo.

Con hábitos higiénicos y dietéticos deficientes en calidad y cantidad.

Tabaquismo positivo de 4 a 6 cigarrillos diarios desde los 14 años. Etilismo y otras toxicomanías negadas. Inmunizaciones cuadro completo desde la infancia.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Fiebres eruptivas comunes de la infancia.

Amigdalectomía a los 6 años, fractura de costilla a los 12 años tratada en medio hospitalario privado, apendicectomía a los

17 años sin complicaciones.

Niega antecedentes transfusionales, ni alérgicos.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia su padecimiento un año antes de su ingreso al Servicio por presencia de aumento de volumen en el piso de la boca, asintomático, de crecimiento lento y progresivo hasta hace un mes en que inicia un crecimiento rápido que le ocasiona dificultad a la deglución y a la masticación, así como a la fonación; además de presentar asimetría facial por aumento de volumen en la región submandibular, motivo por el cual acude a solicitar atención. Continúa asintomática.

EXPLORACION FISICA

Paciente femenino de edad aparente de acuerdo a la cronológica, con marcha y movimientos normales.

Con facies propia de su padecimiento actual caracterizada por asimetría debida al aumento de volumen submandibular, bien orientada en las esferas de la conciencia.

Localmente, presenta aumento de volumen de 4 x 5 cm. aproximadamente en la línea media de la región submandibular, sin cambios de color en la piel, bien circunscrito, de consistencia pastosa, no doloroso a la palpación y desplazable.

Intraoralmente, en la línea media del piso de la boca aumento de volumen de las mismas dimensiones ya mencionadas, de

superficie lisa, conservando la coloración de las mucosas que le revisten, no doloroso a la palpación de consistencia pastosa, con desplazamiento de la lengua hacia atrás lo cual dificulta parcialmente la deglución y fonación principalmente. Resto de las mucosas de color, textura e hidratación normales.

Organos dentarios con lesiones cariosas con y sin tratamiento. Oclusión clase I de Angle.

En el cuello se palpan cuatro adenomegalias submandibulares, móviles, no dolorosas de características inflamatorias.

En un estudio de radiografía convencional no es valorable la lesión.

Se practican exámenes de laboratorio de rutina: biometría hemática completa, química sanguínea y general de orina, los resultados fueron cifras dentro de la normalidad.

DIAGNOSTICO

Quiste dermoide y/o epidermoide del piso de la boca.

TRATAMIENTO

Enucleación total.

PRONOSTICO

Bueno.

NOTA OPERATORIA

Bajo anestesia general por intubación nasotraqueal previa

asepsia y antisepsia así como aislamiento del campo operatorio de la manera habitual se procede a realizar incisión en el piso de la boca en la unión de la porción ventral de la lengua con el piso, se practica hemostasia y disección roma encontrando lesión de aspecto quístico con cápsula bien definida lo que facilita la disección hasta su completa enucleación y dejando un lecho quirúrgico limpio se realiza nuevamente hemostasia y sutura por planos terminando el procedimiento sin complicaciones. La paciente es extubada y trasladada a recuperación de donde pasa a piso posteriormente para continuar con las indicaciones postoperatorias manejándose con Penicilina cristalina 2 millones cada 4 horas, durante 5 días y dipirona 2 cc cada 6 horas por razones necesarias por vía endovenosa.

La paciente evoluciona satisfactoriamente sin complicaciones, sólo con edema moderado en región de piso de boca y submandibular por lo que se externa en 5 días después del procedimiento.

Acude a control ocho días después observándose en buen estado general y localmente con cicatrización adecuada de la zona intervenida con herida libre de proceso infeccioso y puntos de sutura en su sitio cumpliendo su función.

El resultado de patología reportó: quiste dermoide del piso de la boca.

La paciente continúa en controles periódicos durante un año sin evidencia de recidiva, motivo por el cual se dá de alta definitiva.

CASO CLINICO

Apreciación clínica
extraoral



Apreciación clínica
intraoral



Diagnóstico:

Quiste dermoide
en el piso
de la boca.

Procedimiento Quirúrgico

Incisión por la
porción ventral
de la lengua



La lesión
presenta una
cápsula completa



Enucleación
total



Enucleación completa



Resultado histopatológico:
QUISTE DERMOIDE



En consulta de control,
un año después, sin recidiva.



Capítulo VI

DISCUSION Y CONCLUSIONES

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Los quistes dermoides pueden presentarse en cualquier área del cuerpo, siendo muy conocidos los que se presentan en los ovarios o testículos, con menor frecuencia. Pero también se presentan en la cavidad bucal primeramente en el piso de la boca. Aunque se denominan con el mismo nombre su origen es diferente y también el contenido del quiste. Los de la cavidad bucal ocurren por el atrapamiento de tejido durante la formación de las estructuras de la cara en el embarazo.

Es importante poder diagnosticarlo correctamente puesto que aparentemente tiene características de otras patologías por lo que su tratamiento también es específico.

Es una lesión benigna y sin consecuencias, con la que el individuo nace y aún detectada durante la 2a. o 3a. décadas de la vida, puede seguir viviendo con ella, siempre y cuando no obstaculice el correcto funcionamiento de las estructuras involucradas.

G L O S A R I O

G L O S A R I O

ASPIRACION: Extracción de líquidos o gases por medio de un aspirador.

ATEROMA: Degeneración de las paredes arteriales provocada por la formación de las mismas placas de grasa y tejido cicatrizal.

CELULITIS: Una inflamación difusa, ocasionalmente supurativa del tejido celular. Se debe generalmente a una infección bacteriana.

DERMOIDE: Semejante a la piel. Quiste, que contiene elementos constitutivos de la piel: uñas, pelos, dientes, etc.

DISECANDO: Hacer la anatomía de un cuerpo organizado, para analizar sus caracteres anatómicos.

EPIDERMOIDE: Que tiene el aspecto de epidermis (la capa más externa de la piel: vocablo utilizado para referirse a ciertos tumores de tejidos que semejan piel.

EPITELIO: Capa superficial formada de tejido que recubre la superficie externa del cuerpo y reviste las estructuras huecas (excepto los vasos sanguíneos y linfáticos), y las membranas mucosas. Deriva del ectodermo y del endodermo embrionarios. Las células epiteliales pueden ser planas y escamosas, cuboides o columnares. Las células se adosan a una membrana basal común que separa el epitelio del tejido conectivo subyacente. El epitelio puede ser simple, formado por una sola capa de células, o pseudoestratificado en el que las células parecen distribuidas en varias capas pero de hecho comparten todas una membrana basal común.

EXERISIS: Separación quirúrgica de una parte, natural o accidental, del cuerpo.

HISTOLOGICAMENTE: En base al estudio de la composición y estructura microscópicas de los tejidos orgánicos.

FENESTRACION: Abrir en forma de ventana.

HIPERCROMATISMO: Forma de degeneración del núcleo celular.

MARSUPIALIZACION: Operación que consiste en abrir las paredes de un quiste de origen dentario y en lugar de extirpar totalmente su membrana, adosar la misma al interior de la cavidad quística, con la cual queda una cavidad semejante a la bolsa de los marsupiales, y la pared del quiste, en contacto con la

cavidad bucal, que concluye por desaparecer.

MITOSIS: Procedimiento de división indirecta de las células en oposición a la división directa. También se llama cariocinesis.

NEOPLASIA: Crecimiento nuevo y anormal sin control de tejido, con o sin consistencia de tumor, benigno o maligno.

NEOPLASMA: Tejido anormal de formación nueva. Sinónimo de tumor.

OSMOSIS: Paso de un solvente desde una solución menos concentrada a otra de mayor concentración a través de una membrana semipermeable.

PATOGNOMONICO: Signo ó síntoma que por sí solo basta para diagnosticar una enfermedad.

PIOGENA: Que provoca la formación de pus. Entre las bacterias piógenas destacan *Staphylococcus aureus*, el *Streptococcus hemolyticus* y la *Neisseria gonorrhoeae*. Que produce pus o se origina de éste.

PRESION OSMOTICA: Presión mediante la cual el agua es atraída hacia la solución, atravesando la membrana semipermeable; cuanto más concentrada sea la solución (o sea cuanto mayor sea el número de moléculas disueltas que contiene) mayor será su presión osmótica.

PRESION ONCOTICA: Presión establecida por la diferencia de presión que existe entre la presión osmótica de la sangre y la de la linfa o fluido tisular.

PUNCION: Introducción de un trócar, aguja o bisturí delgado en una parte o cavidad con fines diversos.

TERATOIDE: Que semeja a una monstruosidad.

TERATOMA: Tumor compuesto por un número de tejidos que no suelen presentarse normalmente en dicho lugar. (Presentándose con más frecuencia en los testículos y en los ovarios.)

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Vuhahula-E; Nikai-H; Ijuhin-N; Ogawa-I; Takata-T; Tanimoto-K. Jaw cysts with orthokeratinization: analysis of 12 cases. J.Oral Pathol.Med. 1993; 22:35-40. Japón.
- 2.- Worley-CM; Laskin-DM. Coincidental sublingual and submental epidermoid cysts. J-Oral-Maxillofac-Surg. 1993 Jul; 51(7): 787-90 E.E.U.U.
- 3.- Zegarelli, Edward V., Kutscher, Austin H., Hyman, George A.: Diagnóstico en Patología Oral. Salvat Editores S.A., España. 1979.
- 4.- Douglas, R.G.: Pathology of the Head and Neck - Contemporary Issues on Surgical Pathology, volume 10. Churchill Livingstone, U.S.A., 1988.
- 5.- Cejas-Méndez-DL; de-Serdio-Arias-JL; Goralsky-Pilonov-S. Coristoma de glándula salivar y quiste dermoide de oído medio en niña de 3 años. A propósito de un caso. An-Otorrinolaringol-Ibero-Am. 1992; 19 (3): 275-82. España.
- 6.- Gab-Z; Mackenzie-IC; Cruchley-AL; Williams-DM; Leigh-I; Lane-EB. Cytokeratin expression of the odontogenic epithelia in dental follicles and developmental cysts. J.Oral.Pathol.Med. 1989 Feb; 18(2): 63-7. Dinamarca.
- 7.- Lewis R.Eversole: Clinical Outline of Oral Pathology: Diagnosis and Treatment, 3rd.edition. Lea and Febiger Philadelphia U.S.A., 1992.
- 8.- Levyman-C; Dagua-Filho-A-dos-S; Volpato-MM; Settanni-FA; de-Lima-WC. Epidermoid tumor of the posterior fossa causing multiple facial pain, a case report. Cephalgia. 1991 Feb; 11 (1): 33-6. Noruega.
- 9.- Suhler-A; Masson-JC; Wolff-D; Viville-C. Kystes epidermoides du testicle. A propos de 7 cas. Prog-Urol. 1991 Dec; 1(6):1018-21. Francia.
- 10.- Pérez Quiroz, B. "Quistes Maxilomandibulares más Comunes". México, D.F.: Universidad Latinoamericana, 1988. 87 pp. Tesis (Licenciatura en Odontología)
- 11.- González Peralta, C.A., Rodríguez Sánchez M.E. "Quistes Odontogénicos". México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 1992. 73 pp. Tesis (Licenciatura en Odontología)
- 12.- Color Atlas of Common Oral Diseases. Langlais, R.P., Miller,

C. S. Ed. Lea and Febiger. Estados Unidos. 1992.

13.- Shear M. Cysts of the Jaw: Recent Advances. J.Oral Pathology 1985; 14: 43-59

14.- Regezi and Sciuba: Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations. W.B.Saunders Company. U.S,A., 1989.

15.- Cawson, R.A.: Essentials of Dental Surgery and Pathology. 5th.edition. Church Livingstone. (Singapore) U.K., 1991.

16.- Raman-R; Kumar-V; Arianayagam-S; Pen-SC. A unilateral mesenchymal disorder of the head. J-Craniomaxillofac-Surg. 1989 Apr;17(3): 143-5. Alemania Occidental.

17.- Shapeero-LG; Vordermark-JS. Epidermoid cysts of testes and role of sonography. Urology. 1993 Jan; 41(1): 75-9. E.E.U.U.

18.- Shaffer, W.G., Levy, B.M.: Tratado de Patologia Bucal, 4a.edicion ilustrada. N.E.Interamericana. Mexico, 1987.

19.- Marsot-Dupuch-K; Leroux-C. Kyste epidermoide de la base du crane. Ann-Radiol-Paris. 1992; 35(6): 472-6. Francia.

20.- Calderon-S; Kaplan-I. Concomitant sublingual and submental epidermoid cysts: a case report. J-Oral-Maxillofac-Surg. 1993 Jul; 51(7): 790-2. E.E.U.U.

21.- Robbins, S.L., Cotran, R.S.: Patologia Estructural y Funcional, 3a.edicion. N.E.Interamericana. Mexico, 1988.

22.- Beeson, P.B., Mc.Dermott, W., Wyngaarden, J.B.: Cecil Textbook of Medicine. Volume I and II. 15th.edition. Saunders Company. U.S.A. 1979.

23.- Holds-J.B., Anderson R.L., Manalis N., Kincaid M.C., Font R. L. Invasive squamous cell carcinoma arising from asymptomatic choristomatous cyst of the orbit. Two cases and a review of literature. Ophthalmology. 1993 Aug; 100 (8) 1244 - 52. E.E.U.U.

24.- Benoliel-R; Katz-J; Nitzan-D. Diagnosis of a sublingual epidermoid cyst using contrast medium radiography: a case report. Dentomaxillofac-Radiol. 1990 Feb; 19(1): 37-9. E.E.U.U.

25.- Cawson, Roderick A.: Pathology - The Mechanism of Disease. 2nd.edition. C.V. Mosby Company. ?, 1989.

26.- Diccionario Médico Teide. Editorial Teide S.A. Barcelona, España. 1988

27.- Dohyoma-CN. Epidermoid cyst: an unusual cause of obstructive

sialadenitis. Br.J.Oral.Maxillofac.Surg. 1992 Apr; 30(2): 125-7. Escocia.

28.- Thompson-AC; Bradley-PJ. Iatrogenic epidermoid cyst of the parotid region following ear surgery. J-Laryngoil-Otol. 1991 Mar; 105(3): 227-8. Inglaterra.

29.- Muto-I; Tomioka-K; Michiya-H; Kanezawa-M. Epidermoid cyst in the temporomandibular joint after a dermal graft. J-Cranimaxilofac-Surg. 1992 Aug-Sep; 20 (6): 270-2. Escocia.

30.- Malvica-RP. Epidermoid cyst of the testicle: an unusual sonographic finding. AJR-Am-J-Roentgenol. 1993 May; 160(5): 1047-8. E.E.U.U.

31.- K.Ackermann, St.Bonorden, A.Eskici, H.-H.Horch, J.Lentrod, C.Löst, E.Machtens, R.Schmelzle, B.Schramm-Scherer, N.Schwezn, M.Strassburg, P.Tetsch, W.Wagner (dirigido por H.-H. Horch): Cirugia Odontoestomatologica. (Zahna-dierisis-rztliche Chirurgie). Ediciones Cientificas y Tecnicas S.A. Barcelona, España. 1992.

32.- Dechaume, M., Grellet M., Laudenbach P., Payen J.: Estomatologia. 2a.edición. Toray-Masson S.A. España, 1981.

33.- Nakasu-S; Matsumura-K; Nioka-H; Handa-J. Lectin histochemistry of dermoid and epidermoid cysts of the central nervous system. Noshuyo-Byori. 1993; 10(1): 11-7. Japón.

34.- Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado. 1990. México.

35.- Diccionario Odontológico. Editorial Mundi S.A.I.C. y F. 4a.edición Ciro Durante Avellanal. Argentina, 1982.

36.- Cecil Textbook of Medicine. 15th edition. Vol. I and II. Saunders Company, U.S.A. 1979.

37.- Okitsu-M; Hiranuma-Y; Shimazaki-T; Nagamine-K; Inada-M; Yamamoto-Y; Uhno-J; Otsumi-N. Epidermoid cyst of the oral floor with massive deposition of melanin in the cystic epithelium. Meikai-Daigaku-Shikagu-Zasshi. 1990; 19(3): 418-23. Japón.

38.- Wood, Norman K., Goaz, Paul W.: Differential Diagnosis of Oral Lesions. 4th.edition. C.V. Mosby Company. U.S.A., 1991.

39.- Lewis R. Eversole: Clinical Outline of Oral Pathology: Diagnosis and Treatment. 2nd.edition. Lea and Febiger Philadelphia. U.S.A., 1984.

40.- Ferran-F; Abdifadel-M. Kyste dermoide du plancher buccal.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Apropor d'un cas et revue de la literature. Ann-Chir-Plast-Esthet. 1990; 35 (1): 69-72. Francia.

41.- Pindborg, J.J.: Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral. 3a.edicion Salvat Editores. España, 1981.

42.- Potts-M; Macleod-RI; McLean-NR; Chippindale-AJ. The value of magnetic resonance imaging in the assesment of a sublingual epidermoid cyst. Dentomaxillofac-Radiol. 1992 May; 21(2): 102-4. E.E.U.U.

43.- Yasumoto-M; Shibuya-H; Gomi-N; Kasuga-I. Ultrasonographic appearence of dermoid and epidermoid cyst in the head and neck. J.Clin.Ultrasound. 1991 Oct; 19(8): 455-61. E.E.U.U.

44.- Meca-Garrido J., Ruiz-Jimenez J.I., Gutierrez-Canto M.A., Zambudio G.A. Hemi-splenectomy in epidermoid cyst of the spleen. Presentation of a case. Cir.Pediatr. 1993 Apr; 6 (2):93 - 4. España.

45.- Pansky, Ben: Embriología Médica. Ed.Panamericana. Argentina. 1985.

46.- Tan-EC; Takagi-T. Congenital inclusion cysts over the anterior fontanel in Japanese children: a study of five cases. Childs-Nerv-Syst. 1993 Apr; 9(2): 81-3. Alemania.

47.- Gallina-P; Roux-FX; Lo-Re-F; Conti-P; Fallet-Bianco-C; Conti-R; De-Luca-G. Un cas rare de kyste epidermoide intramedullaire observe a l'IRM. Neurochirurgie. 1992; 38(6): 372-5 Francia.

48.- Yonezawa K., Kim S., Tanaka M., Adachi N., Seto H., Tanaki N. A case of a giant epidermoid cyst on the occipital scalp. No-Shinkei-Geka . 1993 Aug;21 (8):735 - 8. Japón.

49.- Archer, William Harry: C.B. Atlas Paso por Paso de Técnicas Quirúrgicas. editora Mundi. Buenos Aires, Argentina. 1968.

50.- Archer W.H.: Oral and Maxillofacial Surgery. V.I and II. 5th.edition. W.B. Saunders. U.S.A., 1975

51.- Utsumi-N; Tajima-Y; OI-T; Ohno-J; Shikata-H; Seki-T; Miyamoto-N; Kanada-K; Yokoyama-S; Shimada-J; et-al. Report on clinico-pathological examinations in Meikai University (formerly Josai Dental University) Hospital (4). Meikai-Daigaku-Shigaku-Zasshi. 1990; 19(3): 383-98. Japón.

52.- Zhang Xz. X-ray computer tomography findings of brain and skull bone epidermoid cyst. Chung-Hua-I-Hsuen-Tsai- Chih. 1993

Apr: 73 (4):245 - 6, 256. China.

53.- Miyagi-K; Imaizumi-T; Yamanouchi-H; Hayashi-H; Kobayashi-S. Unusual CT and MRI appearance of the epidermoid tumor - a case report. No-To-Shinkei. 1993 Feb; 45(2): 177-81. Japón.

54.- Prinz, H., Greenbaum, S.S>: Diseases of the Mouth and Their Treatment. A textbook for practioners and students of medicine and dentistry. 2nd.edition. Lea and Febiger. Philadelphia U.S.A., 1944.

55.- Eversole, Lewis R. Patología Bucal. Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Panamericana. 1a.edición. Buenos Aires, Argentina. 1983.

56.- Ben-CR. Relationship of pathomorpological classification of muco-epidermoid tumor and DNA content. Chung-Hua-Ko-Chiang-Hsueh-Tsa-Chih. 1993 Mar; 28(2): 95-6. China.

57.- Diccionario Médico-Odontológicas. dr. Enrique Correa M. Publicaciones Cultural. 3a.edición. México, 1985.

58.- Niikawa-S; Yamada-H; Sakai-N; Ando-T; Zhang-W; Hara-A; Shimokawa-K. Distribution of cellular carbohydrate moieties in human dysontogenetic brain tumors, especially in craniopharyngioma and epidermoid/dermoid. Acta-Neuropathol-Berl. 1992; 85(1): 71-8. Alemania.

59.- Sadler, T.W.: Langman, Embriología Médica. 6a.edición. Ed.Panamericana. México D.F. 1991

60.- Aguilar Medina, L.P., González Arrieta, C. "Quistes Odontogénicos. Analisis Retrospectivo del Departamento de Patología Bucal." México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 1992. 103 pp. Tesis (Licenciatura en Odontología)

61.- Cohen P.R.; Rapini R.P. Nevus with cyst. A report of 93 cases. Am.J.Dermatopathol. 1993 Jun; 15 (3): 229 - 34. E.E.U.U.

Caso Clínico proporcionado por cortesía del dr.Miguel A.Peña, caso realizado en el Hospital La Raza, del I.S.S.S.T.E. gracias