



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**QUISTE EPIDERMOIDE,
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

OSCAR ADRIÁN MUÑOZ BARRERA

TUTORA: Mtra. BEATRIZ CATALINA ALDAPE BARRIOS

ASESOR: Esp. MARTÍN GILBERTO FLORES ÁVILA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres que los amo, que me dieron la vida y la oportunidad de ser quien soy ahora, que sin su amor y consejos, no hubiera podido experimentar lo mas bello de la vida, mis triunfos también son suyos.

A mi Doctor Luis Fernando, que desde que llego a este mundo es mi mejor amigo. Gracias hermano. Eres el mejor

A mi Arquitecta Alejandra Guadalupe, sigue construyendo una vida de éxito. Gracias hermana Eres la mejor.

Juntos somos lo máximo.

A mi abuelo, que me dejo la experiencia de dar lo mejor de mi en cada carrera.

A mi otra familia, Barrera Almazán, gracias por todo su apoyo y cariño.

A mis doctores de la facultad que me apoyaron y enseñaron que puedo ser un grande como ellos (Javier Ibarraran, Angélica Fernández y Beatriz Aldape.).

Al H.R.L.A.L.M con sus Médicos Adscritos y Residentes, que abrieron mis ojos y enseñaron que no basta con echarle ganas y que ahora tengo metas mas grandes por cumplir.

A mis amigos, que afortunadamente son muchos y es imposible nombrar uno por uno pero han estado conmigo en las malas, en las muy malas y que siempre han podido ayudarme para salir adelante.

**SOLO SOBREVIVE AQUEL QUIEN ESTA DISPUESTO A MORIR EN EL
INTENTO...**

Gracias UNAM. ORGULLOSAMENTE UNIVERSITARIO...

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. ANTECEDENTES.....	6
3. EPIDEMIOLOGÍA.....	11
4. CASOS AISLADOS CON MAYOR TAMAÑO REPORTADOS EN LA LITERATURA.....	12
4. 1. Quiste epidermoide de piso de boca.....	12
4. 2. Quiste epidermoide en lengua.....	12
4. 3. Quiste epidermoide en glándula parótida.....	13
4. 4. Quiste epiermoide en seno cavernoso.....	13
5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	14
5. 1 Piso de boca.....	14
5. 1. 1. Diagnósticos diferenciales de quiste epidermoide de piso de boca y métodos de diagnóstico...	15
5. 2. Submental.....	18
5. 2. 1.Diagnósticos diferenciales de quiste epidermoide submental y métodos de diagnóstico.....	18
5. 3. Lingual.....	20
5. 3. 1.Diagnósticos diferenciales de quiste epidermoide lingual y métodos de diagnóstico.....	20
5. 4. Glándula Parótida.....	23
5. 4. 1.Diagnósticos diferenciales de quiste epidermoide de glándula parótida y métodos de diagnóstico.....	23
5. 5. Conducto Auditivo Externo.....	25
5. 5. 1.Diagnósticos diferenciales de quiste epidermoide de conducto auditivo externo y métodos de diagnóstico.....	25
5. 6. Dorso Nasal.....	27
5. 7. Seno cavernoso.....	28
5. 7. 1. Métodos de diagnóstico.....	28

5. 8.	Trayecto nervio facial.....	29
5. 8. 1.	Diagnósticos diferenciales de quiste epidermoide de trayecto de nervio facial y métodos de diagnóstico.....	29
6.	CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LOS QUISTES EPIDERMOIDES.....	30
6. 1.	Diagnósticos diferenciales con el uso de una Resonancia Magnética ante masas quísticas en cuello.....	31
7.	HISTOPATOLOGÍA.....	32
7. 1.	Quiste lateral.....	33
8	ETIOLOGÍA.	33
9	TEORIAS DE FORMACIÓN.....	34
10. 1.	Teoría desarrollada para quistes en piso de boca.....	34
10. 2.	Experimentación para fomentar teoría del desarrollo de los quistes epidermoides.....	34
10. 3.	Teoría desarrollada para el quiste epidermoide de lengua.....	35
10. 4.	Teoría desarrollada para el quiste epidermoide fronto nasal.....	35
11.	TRATAMIENTO.....	36
12.	RECIDIVA.....	37
13.	CASO CLÍNICO.....	38
13. 1.	Macroscopico.....	41
13. 2.	Diagnóstico final.....	41
14.	SEGUIMIENTO.....	41
15.	CONCLUSIÓN.....	42
16.	GLOSARIO.....	43
17.	ÍNDICE DE FIGURAS.....	44
18.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

1.- INTRODUCCIÓN

Los quistes epidermoides son quistes poco comunes, además de ser quistes congénitos benignos, de origen ectodérmico, que puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, debido al atrapamiento epitelial durante la embriogénesis en el desarrollo fetal.

Estos se pueden subdividir en tres tipos de quistes por su estructura histológica, epidermoide, formado por un epitelio simple estratificado y una pared fibrosa sin anexos cutáneos, dermoide “verdadero” que se diferencia del epidermoide por presentar anexos cutáneos como glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos; y los quistes teratoide, que representan la tercera variedad, caracterizada por la presencia de las tres capas blastodérmicas (ectodermo, mesodermo y endodermo).

El presente trabajo es un reporte de un quiste epidermoide, en un paciente femenino de 39 años de edad, que presentó un aumento de volumen en la región submandibular, el cual fue tratado por maniobras quirúrgicas a través de enucleación, por medio de un abordaje extraoral, con una técnica la submandibular, por medio de anestesia general, con la finalidad de realizar el estudio histopatológico y corroborar el diagnóstico de trabajo.

Se presenta una recopilación de datos literarios descritos de los quistes epidermoides, como la manera que se ha descrito, clasificaciones de mediante la localización, epidemiología, características clínicas, diagnósticos diferenciales, métodos de diagnóstico.

2.- ANTECEDENTES

El quiste epidermoide se conocen como una alteración del desarrollo¹ o tumor benigno², o anomalía congénita³, o tumor congénito benigno⁴, lesión no común en cabeza y cuello⁵, masa anormal⁶, cavidad de epitelio sin anexos cutáneos en la capsula⁷, neoplasia benigna⁸.

Descrito por Colp en 1925, Meinster en 1937 y Seward en 1964, realizaron revisiones bibliografías sobre los quistes epidermoides los cuales fueron excelentes para el estudio propio de estos tumores benignos.⁹

Microscópicamente, el revestimiento del quiste es un epitelio escamoso estratificado, queratinizado sin apéndices cutáneos, como folículos pilosos, glándulas sudoríparas o sebáceas, su cavidad esta llena de queratina y material sebáceo, sin embargo en raras ocasiones solo se encuentran folículos pilosos. New y Erich en 1937; Seward en 1964, cuando no hay apéndices cutáneos no se puede diagnosticar un quiste dermoide y en este caso se usa el término de

-
1. Shafer, Willian. Tratado de Patología Bucal. 4ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1988.pp 78-79.
 2. Burket. Medicina Bucal De Burket; Diagnostico y Tratamiento. 5ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1996. Pp.154-155.
 3. Lewis, R. Clinical outline of Oral Pathology; diagnosis and tratment. 3ª ed. Ed. BC Decker. Ontario Canada. 2002. Pp 127. 215.
 4. Van der Waal, I. Oral Pathology. Quintessence Pub. Co., 1988.pp. 149-150.
 5. Regezzi, A. Joseph. Patologia Bucal. 1ª ed. Ed. Interamericana Mcgraw Hill. Mexico 1995. Pp. 345-346.
 6. Bagan, J. Medicina Bucal. 1ª ed. Ed. Medicina Oral. España Valencia 2008. Pp 182.
 7. Neville, Brad. Color of Clinical Oral Pathology. Ed. Lea & Febiges. Hong Kong 2005. Pp.26.
 8. Waite, D. Tratado de Cirugia Bucal Practica. Ed. Continental S.A. de C.V. Mexico 1972. Pp 416
 9. Thoma, K. Patologia Oral. Salvat Editores S.A. España 1973 pp. 507-508

quiste epidermoide en 1925; Figi y Dix en 1939; Marshall en 1941; Musgrove en 1950; Meyers en 1955; Engelhardt en 1961.³

En el año de 1964, Seward describió un quiste epidermoide lateral que estaba tapizado por epitelio cilíndrico estratificado.¹¹

Estos quistes se desarrollan en muchos sitios, en la línea media Giunta en 1982. Erich y Johnsen en 1953, realizaron un estudio retrospectivo de 1495 casos encontraron que los quistes epidermoides de cabeza y cuello representan el 6.9% de todos los quistes epidermoides y el 23% de ellos se localiza en el piso de boca y los cuales fueron documentados desde 1778 por la *Jourdain's Book*.¹¹ Son aun mas raros, los que quistes que se localizan en el piso de boca con solo 20 casos reportados en la literatura, (*Rise, 1964; Lipsett., 1993; Chaari.,1995; Valtonen, 1986; Flom., 1989; Reddy., 1997; Bisschop., 1985; Mathur and Menon., 1980; Goldberg., 1965; Tewne y Hurst., 1997.*).¹²

En la literatura solo se han reportado 8 casos de quistes intraparótideos, aunque solo 6 de ellos eran verdaderos.¹³

-
10. Gleizal, A., Abouchebel, N., Lebreton, F., Beziat, J., Case Report; Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* (2006) 34, 113–116.
 11. Pirgousis, P., Fernández, R., Giant Submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: Report of 2 cases american association of oral and maxillofacial surgeons *journal of oral maxillofacial.* 2011. 69:532-535, 2011.
 12. Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 74 (2010) 216–217.
 13. Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* (2009) 4, 158—161.

En zonas anatómicas poco frecuentes como el canal auditivo externo se han reportado muy pocos casos, sin un número preciso⁴ además de que se han descrito 12 casos de la presencia de quistes laterales.

Se han documentados en la literatura 10 casos de familias con quiste epidermoides nasal, en el cual el patrón de herencia definitiva no ha sido identificado, aunque los casos documentados de patrón de herencia reveló a través de varias generaciones un rasgo autosómico dominante, donde ambos sexos están afectados e incluso la aparición de la característica en los gemelos idénticos.¹⁴

Hay 21 quistes descritos en la lengua, aunque los estudios histopatológicos de las biopsias realizadas a los pacientes no fueron adecuadamente descritos para confirmar un diagnóstico correcto, de los cuales solo 4 casos de quistes se desarrollaron en el piso de boca y solo 13 quistes epidermoides de lengua han sido descritos de forma adecuada en la literatura.¹⁵ y 5 más fueron descritos como teratoides.¹⁶

Del 80% de los quistes epidermoides que se desarrollan en el cuerpo³, el 34% de estos, se desarrollan con mayor frecuencia en cabeza y cuello, siendo las localizaciones más comunes la zona de orbita, cavidad bucal y región nasal¹ al representar el 7% de los quistes en cabeza y cavidad bucal^{4,6,8,19,20}, aunque se

¹Shafer, Willian. Tratado de Patología Bucal. 4ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1988. pp 78-79.

³Lewis, R. Clinical outline of Oral Pathology; diagnosis and treatment. 3ª ed. Ed. BC Decker. Ontario Canada. 2002. Pp 127. 215.

⁴ Bagan, J. Medicina Bucal. 1ª ed. Ed. Medicina Oral. España Valencia 2008. Pp 182

¹⁴ Bratton, C., Suskind, D., Thomas, T., Kluka, E. Autosomal dominant familial frontonasal dermoid cysts: a mother and her identical twin daughters International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 57 (2001) 249–253.

¹⁵ Raewyn, Campbella, Walkera, P. Management of congenital lingual dermoid cysts. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 74 (2010) 567–571.

¹⁶ Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.

han reportado algunos casos aislados de los cuales destacan el canal auditivo externo¹³, glándula parótida¹², seno cavernoso¹⁷ y en el trayecto del nervio facial.¹⁸

Este tipo de quistes se localizan en la línea media del piso de boca, aunque pueden migrar lateralmente por expansión.²¹

Al desarrollarse en las regiones nasales, la orbital y faciales, presentan una localización y embriogénesis diferente.¹⁸

1.- Quiste cercano a los ojos y orbita (periorbital)²¹ a lo largo del surco nasopalatino.¹⁸

2.- Quistes de la nariz, que son el resultado de la unión de la placa frontonasal.¹⁸

3.- Quiste del piso de boca, submental, submaxilar y supraesternal,²¹ originado de los arcos branquiales.¹⁸

4.-Grupo mixto en la zona media dorsal o ventral de las líneas de la cara.¹⁸

⁴Van der Waal, I. Oral Pathology. Quintessence Pub. Co., 1988.pp. 149-150.

⁶Bagan, J. Medicina Bucal. 1ª ed. Ed. Medicina Oral. España Valencia 2008. Pp 182.

⁸ Waite, D. Tratado de Cirugía Bucal Practica. Ed. Continental S.A. de C.V. Mexico 1972. Pp 416.

¹⁰ Gleizal, A., Abouchebel, N., Lebreton, F., Beziat, J., Case Report; Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.

¹⁸ Nwojo, R., Roy, S., Chang, J. Dermoid cyst in the facial nerve—A unique diagnosis International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 874–876.

²⁰ Raspall, Guillermo. Tumores De Cara, Boca, Cabeza y Cuello; Atlas Clínico. 2ª ed. Ed. Masson. Bacertona; Mexico 2000. Pp. 113-115.

²¹ Grahama, R., Ewen, F., Thomsona, R., Woodward., Lateral dermoid cyst. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 46 (2008) 131–132.

² Burket. Medicina Bucal De Burket; Diagnostico y Tratamiento. 5ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1996. Pp.154-155.

Entre los quistes epidermoides que se desarrollan en la cavidad bucal, el porcentaje de incidencia es representado con el 23.3% de los quistes en cabeza y cuello, al ser el piso de boca una de las zonas susceptibles al desarrollo de estos quistes, la línea media representa el 1.6% del total de los casos, aunque pueden migrar por expansión, lateralmente, propiciando incidencia en espacios laterales en un 6% o puede presentarse como una lobulación extendida en el piso de boca y tracto submental afectando los tercios anteriores de la lengua.²

Según la posición en la que se haya desarrollado, con respecto a la musculatura, se realizó una clasificación de los quistes epidermoides en el piso de boca.²⁰

1. Sublingual: localizado sobre el músculo milohioideo y geniohioideo, representa el 52%.
2. Submental: localizado debajo del músculo milohioideo con el 26%.
3. Combinación localizado entre región submental y sublingual con el 16%.
4. Submaxilar localizado lateralmente al milohioideo con el 6%.²⁰

²⁰ Raspall, Guillermo. Tumores De Cara, Boca, Cabeza y Cuello; Atlas Clínico. 2ª ed. Ed. Masson. Barcelona; Mexico 2000. Pp. 113-115.

3.- EPIDEMIOLOGÍA

Las edades correspondientes para la aparición de estos quistes oscilan entre la pubertad y la vida adulta, sin embargo se ha reportado casos en los cuales se presentan desde los 3 meses de vida²² y 1 año de vida,²⁰ sin embargo no hay una predilección precisa respecto a la etapa de la vida en la que puede ser diagnosticado este quiste.^{2,6,8,9,18,19,22}

No existe predilección por algún género.^{6,8.}

Al presentarse en zonas anatómicas diferentes y con presencia a la resistencia de los espacios anatómicos en los que se encuentra representa una limitación al crecimiento.^{12,13,14,15,16,21,22.}

Es descrito de un tamaño pequeño, aproximadamente de 2 cm de diámetro¹⁸, sin embargo se han reportado casos en los que los quistes llegan a tener mayor dimensión:

² Burket. Medicina Bucal De Burket; Diagnostico y Tratamiento. 5ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1996. Pp.154-155.

6 Bagan, J. Medicina Bucal. 1ª ed. Ed. Medicina Oral. España Valencia 2008. Pp 182.

8 Waite, D. Tratado de Cirugía Bucal Practica. Ed. Continental S.A. de C.V. Mexico 1972. Pp 416.

9 Thoma, K. Patología Oral. Salvat Editores S.A. España 1973 pp. 507-508

12 Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 74 (2010) 216–217.

13 Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2009) 4, 158—161.

14 Bratton, C., Suskind, D., Thomas, T., Kluka, E. Autosomal dominant familial frontonasal dermoid cysts: a mother and her identical twin daughters International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 57 (2001) 249–253.

15 Raewyn, Campbella, Walkera, P. Management of congenital lingual dermoid cysts. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 74 (2010) 567–571.

16 Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.

18 Nwojo, R., Roy, S., Chang, J. Dermoid cyst in the facial nerve—A unique diagnosis International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 874–876.

20 Raspall, Guillermo. Tumores De Cara, Boca, Cabeza y Cuello; Atlas Clínico. 2ª ed. Ed. Masson. Bacerlona; Mexico 2000. Pp. 113-115.

4.- CASOS AISLADOS CON MAYOR TAMAÑO REPORTADOS EN LA LITERATURA

4.1.- Quiste epidermoide de piso de boca

Sexo	Edad	Pieza quirúrgica
Masculino	22 años	12x12 cm de diametro ²⁵
Femenino	24 años	7.0X4.5x3.5 cm ³ ²⁶
Masculino	60años	4.0x3.0x3.5 cm ¹⁶
Masculino	15 años	7.5x7.0 cm ³ ²⁷

4.2.- Quiste epidermoide en lengua

Sexo	Edad	Pieza quirúrgica
Masculino	1 año	5.0x2.0 cm ²⁸
infantil	3 meses	4cm ²²

16 Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.

22 Duval, M., Al-Macki, K., Chen, M., Chauvin, P., Faingold, R., Manoukian, J. Infected dermoid cyst of the tongue with a sinus tract to the submental skin. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2007) 2, 176–179.

25 El-Hakim, E., Alyamani, A., Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. International Journal of Oral Maxillofacial Surgeons 2008; 37: 497–499.

26 Akao, I., Nobukiyo, S., Kobayashi, T., Kikuchi, H., Koizuka, I. A case of large dermoid cyst in the floor of the mouth. International Journal of ORL & HNS. Auris, Nasus, Larynx 30 (2003) S137_/S139.

27 Ro, E., Thomas, R., Glenn C. Giant dermoid cyst of the neck can mimic a cystichyroma: Using MRI to differentiate cystic neck lesions. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2007) 71, 653–658.

28 Arnaud, G., Najji, A., Fre´de´rique L., Jean-Luc. B. Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. European Association for Cranio-Maxillofacial Surger. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.

4.3.- Quiste epidermoide en glandula parotida

Sexo	Edad	Pieza quirúrgica
Femenino	9 años	7.0x4.5x3.5 cm ¹¹

4.4.-Quiste epiermoide en Seno Cavernoso.

Sexo	Edad	Pieza quirúrgica
Masculino	27 años	8.5X8.2x5.6 cm ¹⁷

¹¹ Pirgousis, P., Fernández, R., Giant Submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: Report of 2 cases american association of oral and maxillofacial surgeons journal of oral maxillofacial. 2011. 69:532-535, 2011.

¹⁷ Dange, N., Mahore, A., Goel, A. Ruptured giant dermoid cyst of the cavernous sinus. Department of Neurosurgery, Case Reports / Journal of Clinical Neuroscience 17 (2010) 1056–1058.

5.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

5.1.- Piso de Boca

Cuando se encuentra por arriba del músculo geniohioideo (fig. 1) y debajo de la mucosa bucal, clínicamente se observa un aumento de volumen en la porción anterior del cuello (fig. 2). Sintomáticamente al presentarse compromiso de las vías aéreas el paciente presenta ciclos constantes de disnea, apnea y disfonía ya que existe una compresión de la lengua sobre la epiglotis así el provocando disfagia y posteriormente perdida de peso. (fig. 3)

A la palpación se percibe un aumento de volumen, fluctuante, móvil y asintomático.^{11,16,25,26,27.}

¹¹ Pirgousis, P., Fernández, R., Giant Submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: Report of 2 cases american association of oral and maxillofacial surgeons journal of oral maxillofacial. 2011. 69:532-535, 2011.

16 Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.

25 El-Hakim, E., Alyamani, A., Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. International Journal of Oral Maxillofacial Surgeons 2008; 37: 497–499.

26 Akao, I., Nobukiyo, S., Kobayashi, T., Kikuchi, H., Koizuka, I. A case of large dermoid cyst in the floor of the mouth. International Journal of ORL & HNS. Auris, Nasus, Larynx 30 (2003) S137_/S139.

27 Ro, E., Thomas, R., Glenn C. Giant dermoid cyst of the neck can mimic a cystichyroma: Using MRI to differentiate cystic neck lesions. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2007) 71, 653—658.

5.1.1.- Diagnosticos diferenciales de quiste epidermoide de piso de boca y métodos de diagnóstico^{11,16,25,26,27.}

Métodos de Diagnóstico	Diagnósticos diferenciales
Tomografía computada vista Axial.	Lipoma.
Resonancia magnética nuclear.	Angina de Ludwing.
Ortopantomografía	Infección aguda o celulitis de piso de Boca.
Biopsia por aspiración con aguja fina	Ránula.
	Quiste de conducto tirogloso.
	Quiste del Conducto de Warton.
	Infección de las glándulas submandibulares y submaxilares.
	Neoplasias benignas y malignas del piso de boca y glándulas salivales adyacentes.
	Linfangioma.

11 Pirgousis, P., Fernández, R., Giant Submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: Report of 2 cases american association of oral and maxillofacial surgeons journal of oral maxillofacial. 2011. 69:532-535, 2011.
 16 Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.
 25 El-Hakim, E., Alyamani, A., Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. International Journal of Oral Maxillofacial Surgeons 2008; 37: 497–499.
 26 Akao, I., Nobukiyo, S., Kobayashi, T., Kikuchi, H., Koizuka, I. A case of large dermoid cyst in the floor of the mouth. International Journal of ORL & HNS. Auris, Nasus, Larynx 30 (2003) S137_/S139.
 27 Ro, E., Thomas, R., Glenn C. Giant dermoid cyst of the neck can mimic a cystichyroma: Using MRI to differentiate cystic neck lesions. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2007) 71, 653—658.

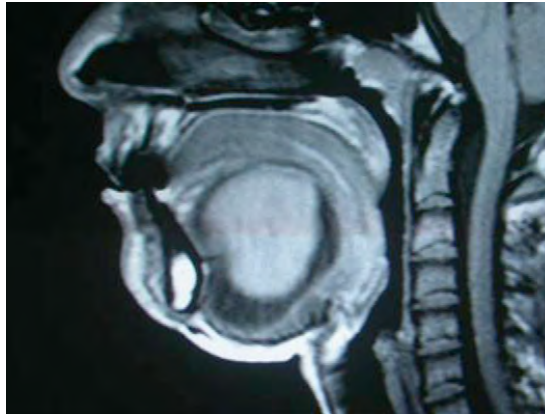


Fig.1.- Vista sagital potenciada de RM, que muestra la porción posterior 3 / 4 del quiste que está por encima del músculo milohioideo.²⁵

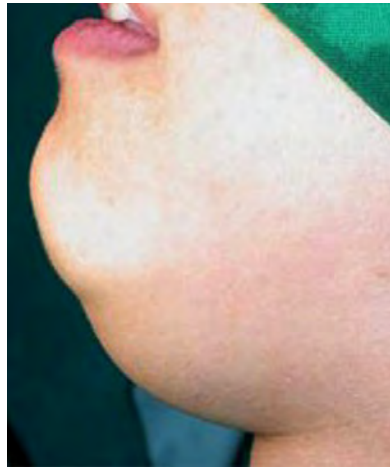


Fig.2.- Presentación clínica de quiste epidermíode de piso de boca.²⁵

25 El-Hakim, E., Alyamani, A., Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. *International Journal of Oral Maxillofacial Surgeons* 2008; 37: 497–499.

26 Akao, I., Nobukiyo, S., Kobayashi, T., Kikuchi, H., Koizuka, I. A case of large dermoid cyst in the floor of the mouth. *International Journal of ORL & HNS. Auris, Nasus, Larynx* 30 (2003) S137_/S139.

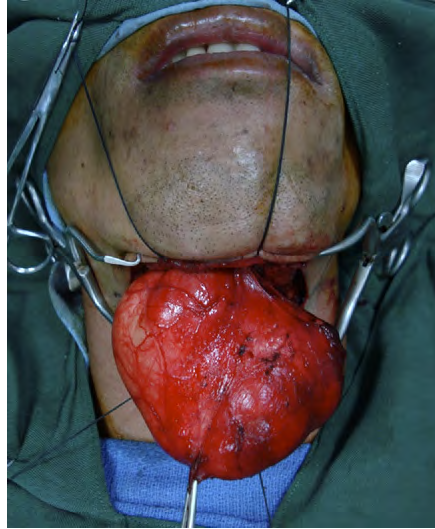


Fig.3.- Procedimiento quirúrgico, enucleación del quiste.¹¹

¹¹ Pargousis, P., Fernández, R., Giant Submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: Report of 2 cases american association of oral and maxillofacial surgeons journal of oral maxillofacial. 2011. 69:532-535, 2011.

5.2.- Submental

Se localiza mas profundo entre el músculo geniohioideo y milohioideo, como una convexidad que se observa en región submental, que aparece debajo del musculo milohioideo, para dar una apariencia de doble mentón, el cual eleva los tejidos blandos del piso de boca sin evidencia de protrusión o lesión en cavidad bucal, a la palpación presenta una consistencia blanda. Fig.4²¹

5.2.1.- Diagnosticos diferenciales de quiste epidermoide submental y métodos de diagnóstico²¹

Método de Diagnóstico	Diagnósticos diferenciales.
Ultrasonido	Sialodenitis de la glándula submandibular
Tomografía computada (Fig.4.)	Ránula
Resonancia magnética nuclear	Higroma quistico
Ortopantomografia	
Biopsia por aspiracion con aguja fina	

²¹ Grahama, R., Ewen, F., Thomsona, R., Woodward., Lateral dermoid cyst. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 46 (2008) 131–132.

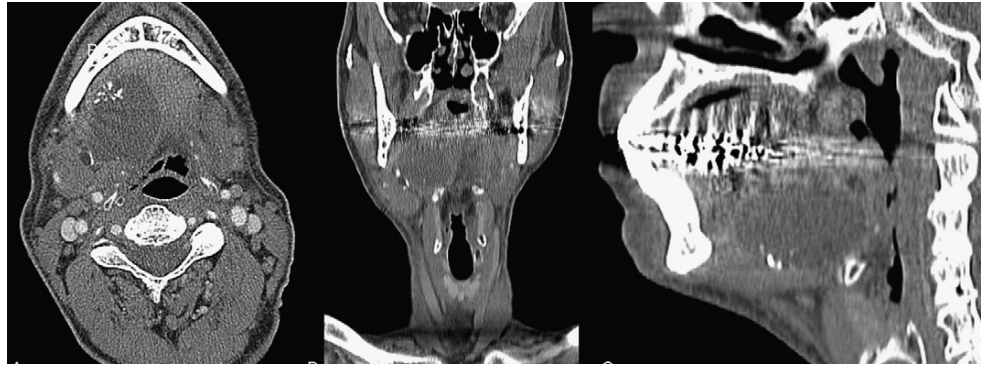


Fig.4.- TC con contraste de imagen en axial, coronal, sagital, de los tejidos blandos, mostrado un aumento de volumen de 4,4 cm x 3,0 cm x 3,5 cm¹³

²¹ Grahama, R., Ewen, F., Thomsona, R., Woodward., Lateral dermoid cyst. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 46 (2008) 131–132.

5.3.- Lingual

Clínicamente se observa una lengua firme en línea media (Fig.6.) y la lengua permanece en protrusión, por el aumento de volumen de la lengua (Fig.8.), causando mordida abierta y alteración de la mucosa lingual, asintomático, aunque está descrito que puede causar disfagia, disfonía, aumento en la salivación, infección y desplazamiento lingual.^{15,22,28.}

5.3.1.- Diagnósticos diferenciales de quiste epidermoide lingual y métodos de diagnóstico^{15,22,28.}

Métodos de diagnóstico	Diagnósticos diferenciales
Tomografía computada (Fig.7.)	Macroglosia
Resonancia magnética nuclear (Fig.5.)	Higroma quístico
	Quiste linfático
	Neurofibroma
	Hemangioma tiroideo lingual

16 Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.

22 Duval, M., Al-Macki, K., Chen, M., Chauvin, P., Faingold, R., Manoukian, J. Infected dermoid cyst of the tongue with a sinus tract to the submental skin. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2007) 2, 176–179.

28 Arnaud, G., Naji, A., Frédérique L., Jean-Luc. B. Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.

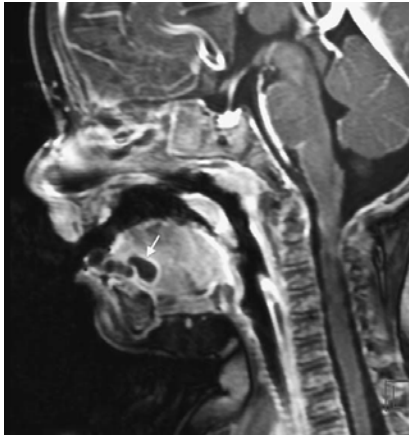


Fig.5.-Vista sagital de resonancia magnética que demuestra un quiste epidermoide lingua.¹⁵



Fig.6.- Manejo quirúrgico de glosotomía.¹⁵

¹⁶ Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.

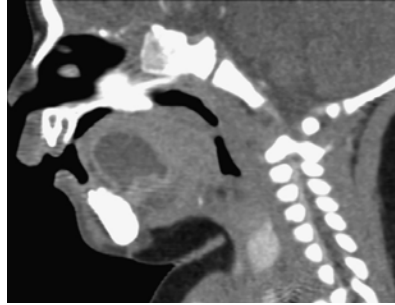


Fig.7.-Corte sagital de la TC con contraste, que muestra la lesión quística en la porción anterior de la lengua con lobulación caudal.²²



Fig.8.- Glosotomía de la línea media sagital permitiendo una resección completa del quiste.²⁹¹⁶

²² Duval, M., Al-Macki, K., Chen, M., Chauvin, P., Faingold, R., Manoukian, J. Infected dermoid cyst of the tongue with a sinus tract to the submental skin. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* (2007) 2, 176—179.

29 A. B. Moody, C M. E. Avery, J. D. Harrison: Dermoid cyst of the parotid gland *International Journal of Oral Maxillofac. Surgery*. 1998 Munksgaard, 1998; 27: 461-462.

5.4.- Glándula Parótida

Es raro encontrar algún quiste en la región de glándula parótida, pero se han reportado en la literatura. Se caracteriza por ser una masa firme, fluctuante, asintomática, en la porción superficial del lóbulo de la glándula parótida y por lo general no afecta el nervio facial.¹²

5.4.1.-Diagnosticos diferenciales de quiste epidermoide de glándula parótida y métodos de diagnóstico¹²

Metódo de Diagnóstico	Diagnósticos diferenciales
Tomografía Computada (Fig. 9 y 10) Biopsia por aspiración de aguja fina	Neoplasia mesenquimal Lipoma Fibroma Hemangioma Neurofibroma Quiste de hendidura branquial Neoplasias benignas de glándulas salivales Adenoma pleomorfo Tumor de Warthin Carcinoma mucoepidermoide

12 Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 74 (2010) 216–217.

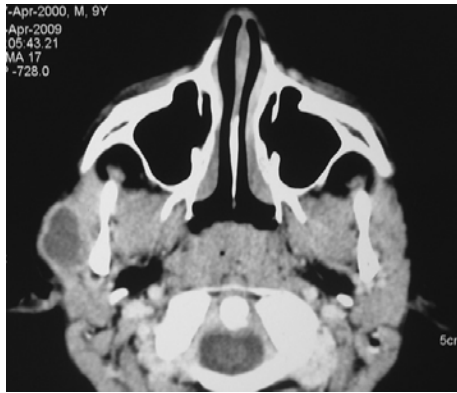


Fig.9.- Tomografía computarizada de la parótida, que muestra una estructura quística en la glándula parótida.¹²



Fig.10.- Tomografía computarizada de la parótida.²⁹

¹² Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 74 (2010) 216–217.

20 Raspall, Guillermo. *Tumores De Cara, Boca, Cabeza y Cuello; Atlas Clínico*. 2ª ed. Ed. Masson. Bacerlona; Mexico 2000. Pp. 113-115.

13 Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* (2009) 4, 158—161.

13.-Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* (2009) 4, 158—161.

5.5.-Conducto Auditivo Externo

Se encuentra en el área aurículo posterior; línea media del oído y cavidad mastoidea entre el área aurículo temporal. Con solo dos casos reportados en la literatura.

Se caracteriza clínicamente por presentar superficies blandas, ovoides, obstruyendo el conducto auditivo externo y la membrana timpánica.¹³

5.5.1.-Diagnosticos diferenciales de quiste epidermoide de conducto auditivo externo y métodos de diagnóstico¹³

Métodos de diagnóstico.	Diagnósticos diferenciales
Tomografía computada (Fig.11.)	Quiste sebaceo
Resonancia Magnética	Quiste del primer arco branquial
Biopsia por aspiracion de aguja fina	Linfoma

¹³ Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2009) 4, 158—161.

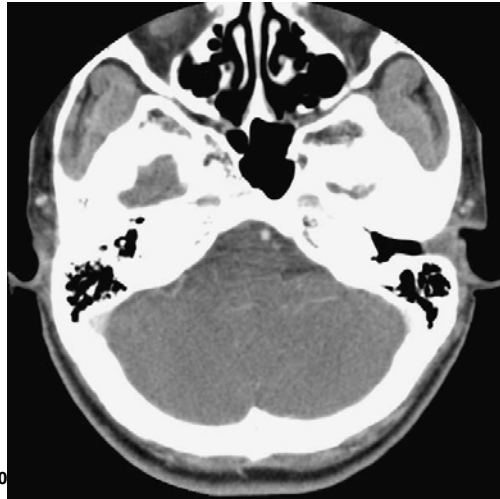


Fig.11.- Vista de tomografía axial del hueso temporal muestra una masa de tejido blando en el conducto auditivo externo izquierdo.¹³

13 Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* (2009) 4, 158—161.

5.6.-Dorso Nasal

Se localiza en el dorso de la nariz en la porción de la línea media (Fig.12.) y se presenta de la glabella a la base de la columela presentando una ligera penetración, representan el 1% de todos los quistes epidermoides en el cuerpo y de un porcentaje del 12% al 12.6% de los que se presentan en cabeza y cuello.¹⁴

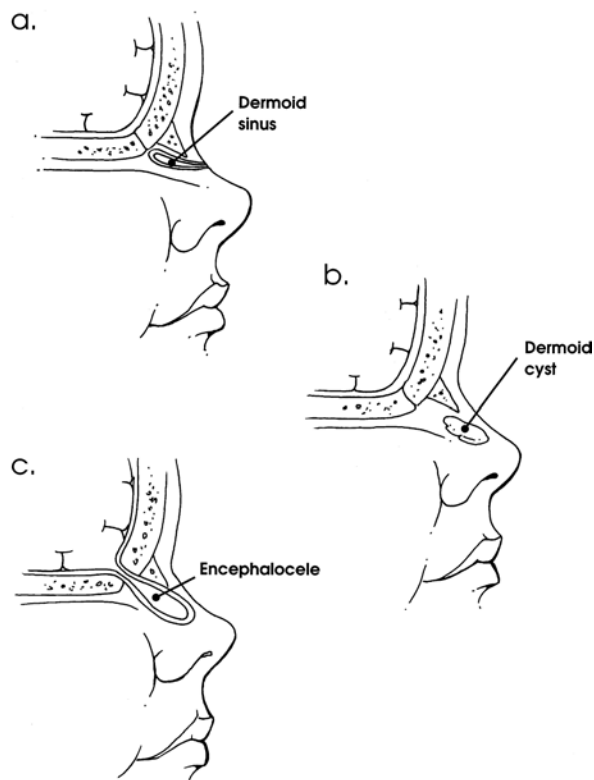


Fig.12.-(a) Seno epidermoide; (b) quiste epidermoide; (c) encefalocele.¹¹

¹⁴ Bratton, C., Suskind, D., Thomas, T., Kluka, E. Autosomal dominant familial frontonasal dermoid cysts: a mother and her identical twin daughters International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 57 (2001) 249–253.

5.6.-Seno cavernoso

Se localiza en el seno cavernoso, que se extiende de la fosa posterior y subsecuente en los espacios subaracnoideos, este quiste representa el 1% del total de todos los quistes intracraneales.

Presentando sintomáticamente al inicio con cefaleas, vómito, dolor de cuello diplopía, inestable para el estado general del paciente.¹⁷

5.7.1.-Métodos de diagnóstico¹⁷

Métodos de diagnóstico
Resonancia magnética (Fig.13.)
Radiografías
Tomografías computadas

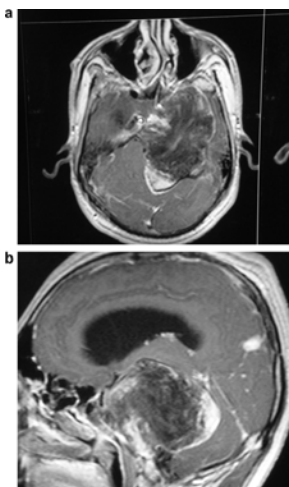


Fig.13.- Vista (a) axial (b) sagital de resonancia magnética que muestra la lesión. No se evidencia de la ruptura del quiste.¹⁷

¹⁷ Dange, N., Mahore, A., Goel, A. Ruptured giant dermoid cyst of the cavernous sinus. Department of Neurosurgery, Case Reports / Journal of Clinical Neuroscience 17 (2010) 1056–1058.

5.8.-Trayecto nervio facial

Se ha presentado en el trayecto del nervio facial, llegando a zonas como el área periorbitaria con un registro de 20 pacientes y en la frente solo un caso reportado.¹⁸

Se ha presentado parálisis facial sin mejoría ni deterioro del mismo, con características asociadas trauma de cabeza, infección en oído y otros síntomas, sin administrar antibióticos, antivirales, o esteroides.

A la exploración física se describe una parálisis de Housebrakman grado 6/6.¹⁸

5.8.1.-Diagnosticos diferenciales de quiste epidermoide de trayecto de nervio facial y métodos de diagnóstico¹⁸

Metódos de diagnóstico	Diagnósticos diferenciales
Grado de paralisis House-Brackman	Paralisis de Bell
Resonancia magnética (Fig.14) Tomografía computada Biopsia por aspiracion con aguja fina	Neoplasia maligna

¹⁸ Nwojo, R., Roy, S., Chang, J. Dermoid cyst in the facial nerve—A unique diagnosis International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 874–876.

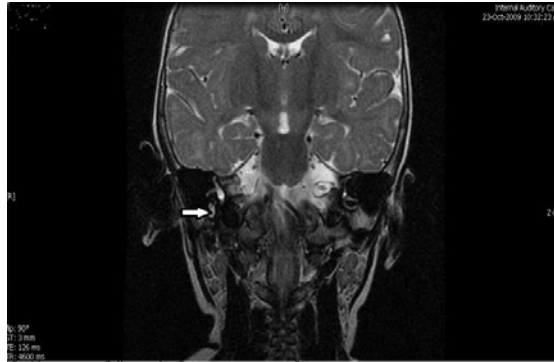


Fig.14.- Resonancia magnética del cerebro que muestra hiperintensidad del nervio facial derecho (cabeza de flecha abierta) en el segmento mastoideo.¹⁸

6.- CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LOS QUISTES EPIDERMOIDES

Meyers en 1995 realizó una clasificación general para los diagnósticos diferenciales de los quistes dermoides y epidermoides :

1. Ránula
2. Sialolito
3. Quiste del conducto Tirogloso
4. Higroma quístico
5. Quiste branquial hendido
6. Infección aguda o celulitis del piso de boca
7. Infecciones de las glándulas submaxilar y sublingual
8. Neoplasias benignas y malignas del piso de boca y de las glándulas adyacentes²⁴
9. Aumento anormal de grasa en el area submental.²⁰

¹⁸ Nwojo, R., Roy, S., Chang, J. Dermoid cyst in the facial nerve—A unique diagnosis International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 874–876.

²⁴ Nwojo, R., Roy, S., Chang, J. Dermoid cyst in the facial nerve—A unique diagnosis International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 874–876.

6.1.-Diagnósticos diferenciales con el uso de una Resonancia Magnética ante masas quísticas en cuello²⁷

LESIÓN	T-1 IMAGEN DE RESONANCIA MAGNETICA	T-2 IMAGEN DE RESONANCIA MAGNETICA
Quiste epidermoide	Áreas hiperdensas correspondiente al alto contenido proteínico.	Hiperdenso
LINGANGIOMA	Heterogeno	Heterogéneo
FOREGUT DUPLICATION CYST	Variable a pesar del contenido proteínico	Hiperdenso
QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO	Variable	Hiperdenso
QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL	Variable	Hiperdenso
RÁNULA	Hipodenso	Hiperdenso
HEMANGIOMA	intermedio	Moderado hiperdenso

27 Ro, E., Thomas, R., Glenn C. Giant dermoid cyst of the neck can mimic a cystichygroma: Using MRI to differentiate cystic neck lesions. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2007) 71, 653—658.

7.- HISTOPATOLOGÍA

Es derivado del complejo ectodérmico y según la complejidad de la lesión, esta cubierto por haces de colágeno se componen de una pared de tejido conectivo fibroso, revestido por una capa delgada de epitelio escamoso estratificado, se presenta sin presencia de anejos cutáneos que tienden a queratinizar. La cápsula es estrecha y en su relleno puede presenta consistencia semi solido y estar presente de queratina o material sebáceo, sin características de inflamación, no deben encontrarse estructuras, entre las mas importantes son glándulas sebáceas, folículos de cabello, glándulas sudoríparas, hueso, musculo erector del pelo y derivados gastrointestinales.^{1,3,4,5,6,7,8,9,12,13,14,16,17,18,21,28,30}

1 Shafer, Willian. Tratado de Patología Bucal. 4ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1988.pp 78-79.

3 Lewis, R. Clinical outline of Oral Pathology; diagnosis and tratment. 3ª ed. Ed. BC Decker. Ontario Canada. 2002. Pp 127. 215.

4Van der Waal, I. Oral Pathology. Quintessence Pub. Co., 1988.pp. 149-150.

5 Regezzi, A. Joseph. Patologia Bucal. 1ª ed. Ed. Interamericana Mcgraw Hill. Mexico 1995. Pp. 345-346.

6 Bagan, J. Medicina Bucal. 1ª ed. Ed. Medicina Oral. España Valencia 2008. Pp 182.

7 Neville, Brad. Color of Clinical Oral Pathology. Ed. Lea & Febiges. Hong Kong 2005. Pp.26.

12 Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 74 (2010) 216–217.

13 Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2009) 4, 158—161.

14 Bratton, C., Suskind, D., Thomas, T., Kluka, E. Autosomal dominant familial frontonasal dermoid cysts: a mother and her identical twin daughters International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 57 (2001) 249–253.

17 Dange, N., Mahore, A., Goel, A. Ruptured giant dermoid cyst of the cavernous sinus. Department of Neurosurgery, Case Reports / Journal of Clinical Neuroscience 17 (2010) 1056–1058.

18 Nwojo, R., Roy, S., Chang, J. Dermoid cyst in the facial nerve—A unique diagnosis International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 874–876.

21 Grahama, R., Ewen, F., Thomsona, R., Woodward., Lateral dermoid cyst. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 46 (2008) 131–132.

28 Arnaud, G., Naji. A., Fré'dérique L., Jean-Luc. B. Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. European Association for Cranio-Maxillofacial Surger. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.

30 Bhaskar. S. N. Patologia Bucal. 3ª ed. Ed. El Ateneo. Argentina 1974. Pp 302.

7.1.- Quiste lateral

Seward en 1964, describió un quiste lateral tapizado por epitelio cilíndrico ciliado de tipo respiratorio.⁹

8.- ETIOLOGÍA

Descrito por ser un atrapamiento del epitelio durante la embriogénesis, es un derivado del ectodermo y mesodermo, puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo. Se desarrolla de la fusión de los derivados del mesodermo en las 3 primeros arcos branquiales (Ruggieri., 1994) 2 inflamaciones laterales (del proceso lateral) y una inflamación media.^{2,9,11,12,13,15,16,19.}

Y esto ocurre durante la cuarta semana de desarrollo de vida intrauterina.²⁸

2 Burket. Medicina Bucal De Burket; Diagnostico y Tratamiento. 5ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1996. Pp.154-155.

9 Thoma, K. Patología Oral. Salvat Editores S.A. España 1973 pp. 507-508

11 Pirgousis, P., Fernández, R., Giant Submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: Report of 2 cases american association of oral and maxillofacial surgeons journal of oral maxillofacial. 2011. 69:532-535, 2011.

12 Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 74 (2010) 216–217.

13 Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2009) 4, 158—161.

15 Raewyn, Campbella, Walkera, P. Management of congenital lingual dermoid cysts. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 74 (2010) 567–571.

16 Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.

19 Sapp, J. Philip. Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea. 2ª ed. Ed. Elsevier. Madrid España 2005. Pp.66-67.

28 Arnaud, G., Naji. A., Fré'dérique L., Jean-Luc. B. Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. European Association for Cranio-Maxillofacial Surger. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.

9.- TEORÍAS DE FORMACIÓN

Existen dos teorías propuestas para explicar la formación de los quistes epidermoides.

9.1.-Teoría desarrollada para quistes en piso de boca

Existe una primer teoria congenita o embrionaria estipulada en que el quiste se encuentra en el seno y los remanentes de epitelio persisten despues del cierre de la linea media (Giunta et 1982).²⁸

Otra teoria formulada denominada por traumatismo, refiere que el seno es seguido a multiples episodios de infección y el quiste disecando lentre los musculos de la lengua atraviezan los planos con menor resistencia y abriendo la línea media del dorso de la lengua (Korchin 1974).²⁸

9.2.-Experimentación para fomentar teoría del desarrollo de los quistes epidermoides

Barker y Michell (1960) quienes implantaron células epiteliales en el tejido subcutaneo de ratas obteniendo como resultado la formación de cavidades quísticas compuestas por queratina y folículos pilosos.²⁰

20 Raspall, Guillermo. Tumores De Cara, Boca, Cabeza y Cuello; Atlas Clinico. 2ª ed. Ed. Masson. Bacerlona; Mexico 2000. Pp. 113-115.

²⁸ Arnaud, G., Naji. A., Fre´de´rique L., Jean-Luc. B. Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. European Association for Cranio-Maxillofacial Surger. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.

9.3.-Teoría desarrollada para el quiste epirdermoide de lengua

El atrapamiento y proliferación del epitelio o restos durante la fusión de la línea media o lateral en la embriogénesis de la lengua, durante la tercera y cuarta semana de vida intrauterina.^{29 15}

La teoría más aceptada en el quiste epidermoide lingual está basada por el secuestro de la dermis y epidermis durante la fusión de la línea media en estos arcos branquiales.¹⁵ La hipótesis es que el quiste epidermoide adquirido es formado por el atrapamiento de las células epidermales y dermales seguido al trauma.²²

9.4.-Teoría desarrollada para el quiste epidermoide Fronto Nasal

Las células epiteliales se quedan atrapadas durante la fusión de la porción del ectodermo del proceso frontonasal.¹ Existe una segunda teoría en la que los estados de la estructura trilaminar de la capa media el cual es inicialmente una extensión ectodérmica de la dura. Normalmente esta extensión es obliterada y la falla en este proceso permite el desarrollo de un quiste ectodérmico o un quiste de tracto nasal.¹⁴ Además de existir una tercera propuesta en base a que la piel de la zona prenatal, es estrechamente adherida a la cápsula nasal y esto mantiene la fijación desplazando los elementos epidermicos presionandolos

1 Shafer, Willian. Tratado de Patología Bucal. 4ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1988.pp 78-79.

14 Bratton, C., Suskind, D., Thomas, T., Kluka, E. Autosomal dominant familial frontonasal dermoid cysts: a mother and her identical twin daughters International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 57 (2001) 249–253.

15 Raewyn, Campbella, Walkera, P. Management of congenital lingual dermoid cysts. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 74 (2010) 567–571.

22 Duval, M., Al-Macki, K., Chen, M., Chauvin, P., Faingold, R., Manoukian, J. Infected dermoid cyst of the tongue with a sinus tract to the submental skin. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2007) 2, 176—179.

28 Arnaud, G., Najj. A., Fre'de'rique L., Jean-Luc. B. Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. European Association for Cranio-Maxillofacial Surger. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.

contra los huesos nasales creando un tracto a lo largo de cada quiste y el tracto sinusal podría formarse.¹⁴ Dando como resultado que las teorías por separadas no explican la teoría de desarrollo de estos quistes, se explica de mejor manera que la combinación de estas teorías brindan el origen.¹⁴

Inciertamente acerca del surgimiento, la patogénesis de los quistes epidermoides nasales surgen carecen de forma de obtener información detallada sobre el desarrollo temprano de la zona nasocranial y el cierre del anterior y del tubo neural.¹⁴

10.- TRATAMIENTO

Realizar la disección hasta la pared en la que el quiste puede ser visualizada y disecada, por la porción más superficial, una vez ubicada en la porción anatómica en la que se encuentra, realizar la enucleación completa de la muestra quirúrgica.^{1,3,4,5,8,11,12,13,15,16,18,19,23,25,26,27.}

1 Shafer, Willian. Tratado de Patología Bucal. 4ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1988. pp 78-79.

3 4Van der Waal, I. Oral Pathology. Quintessence Pub. Co., 1988. pp. 149-150.

5 Regezzi, A. Joseph. Patología Bucal. 1ª ed. Ed. Interamericana McGraw Hill. Mexico 1995. Pp. 345-346.

12 Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 74 (2010) 216–217.

14 Bratton, C., Suskind, D., Thomas, T., Kluka, E. Autosomal dominant familial frontonasal dermoid cysts: a mother and her identical twin daughters International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 57 (2001) 249–253.

16 Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.

19 Nwojo, R., Roy, S., Chang, J. Dermoid cyst in the facial nerve—A unique diagnosis International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 874–876.

22 Duval, M., Al-Macki, K., Chen, M., Chauvin, P., Faingold, R., Manoukian, J. Infected dermoid cyst of the tongue with a sinus tract to the submental skin. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2007) 2, 176–179.

11.- RECIDIVA

Al ser atendido el paciente mediante el procedimiento quirúrgico determinado para la zona en la que se localiza el quiste, el riesgo de recidiva es raro, algunos casos descritos en la literatura, se han reportado que los estudios postquirúrgicos para valorar el nivel de incidencia en regiones de lengua, canal auditivo externo a los 12 meses, sin evidencia de recurrencia aparente. **1,4,5,12,13,16,19,22,25,28.**

1 Shafer, Willian. Tratado de Patología Bucal. 4ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1988.pp 78-79.

4Van der Waal, I. Oral Pathology. Quintessence Pub. Co., 1988.pp. 149-150.

5 Regezzi, A. Joseph. Patología Bucal. 1ª ed. Ed. Interamericana Mcgraw Hill. Mexico 1995. Pp. 345-346.

12 Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 74 (2010) 216–217.

13 Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2009) 4, 158—161.

19 Sapp, J. Philip. Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea. 2ª ed. Ed. Elsevier. Madrid España 2005. Pp.66-67.

22 Duval, M., Al-Macki, K., Chen, M., Chauvin, P., Faingold, R., Manoukian, J. Infected dermoid cyst of the tongue with a sinus tract to the submental skin. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2007) 2, 176—179.

25 El-Hakim, E., Alyamani, A., Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. International Journal of Oral Maxillofacial Surgeons 2008; 37: 497–499.

28 Arnaud, G., Naji, A., Fre´de´rique L., Jean-Luc. B. Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. European Association for Cranio-Maxillofacial Surger. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.

12.- CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 39 años de edad, acudió servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital “Regional Licenciado Adolfo López Mateos”, perteneciente al I.S.S.S.T.E, por la presencia de lesión de tipo tumoral la cual desarrollo aumento de volumen en la región submandibular del lado derecho, con un periodo de evolución de 4 meses, asintomático y sin evidencia de crecimiento.

Los diagnósticos diferenciales de trabajo en el reporte quirúrgico fueron adenoma pleomorfo y lipoma.

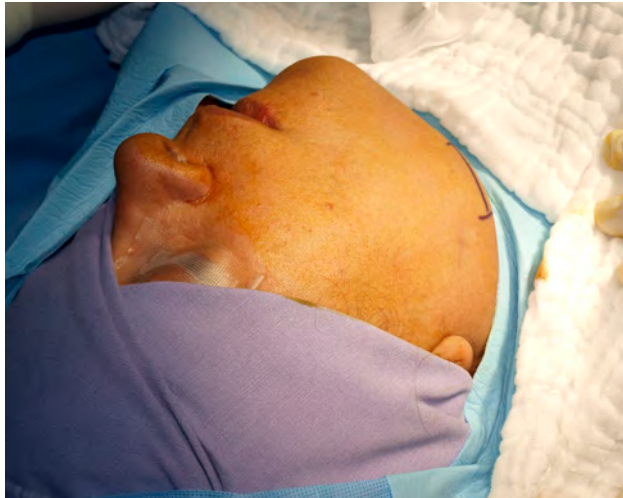


Fig.15.- Aumento de volumen en región submandibular derecha.

Marcado de línea de incisión, con violeta de genciana, debajo de pliegue

Se decide realizar procedimiento quirúrgico, a través de enucleación de la lesión, con un abordaje submandibular y su estudio histopatológico para corroborar el diagnóstico.



Fig.16.- Anclado de quiste con sutura, para realizar enucleación.

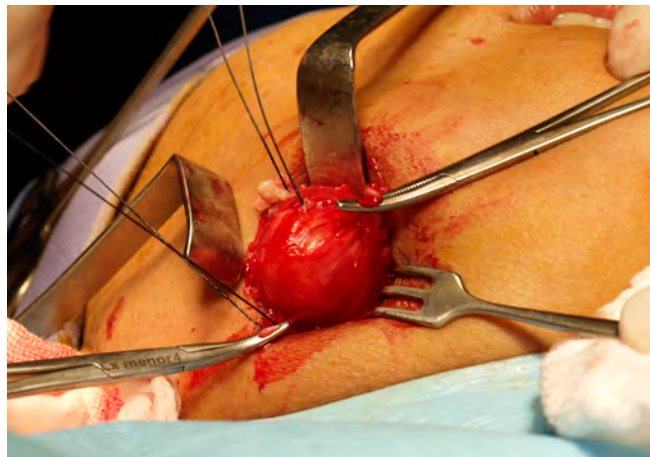


Fig.17.- Separación de la pared del quiste por medio corte.

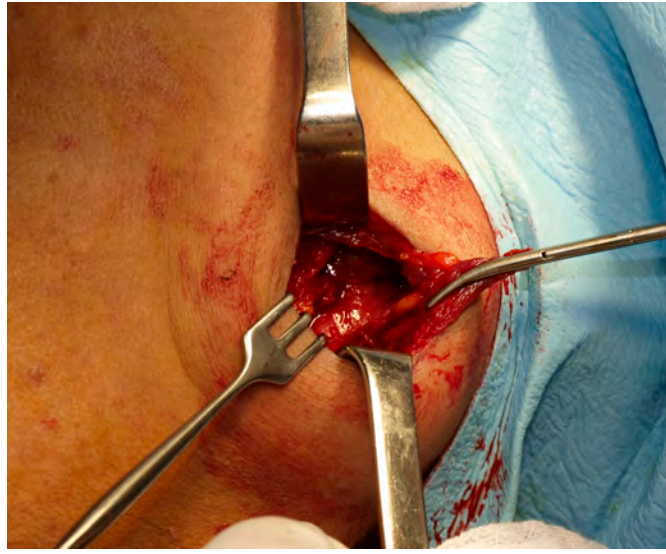


Fig.18.- Enucleación completo de quiste, nicho quirúrgico.

12.1.- Macroscópico

Marcado como tumor submaxilar derecho se presenta pieza plano-convexa de tejido que mide 3.5 cm. de eje mayor, por 1.3 cm. de espesor al ser descrito como la porción convexa como lisa, blanca rosada y la parte plana blanca perlada y blando.

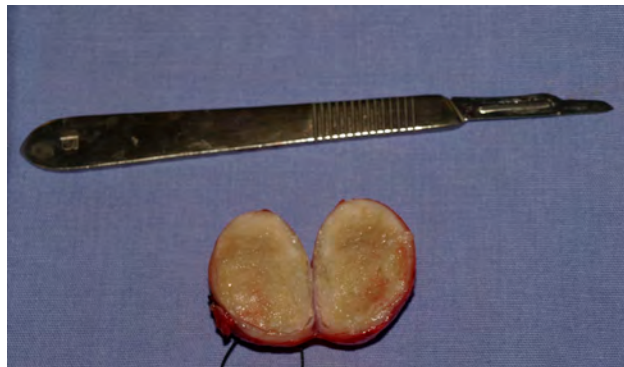


Fig.19.- Quiste retirado de lecho quirúrgico.

12.- Diagnóstico final

Pieza quirúrgica del tamaño de la mitad de tumor localizada en la región submaxilar derecha, después del examen histopatológico se determina el resultado final como quiste epidermoide con inflamación crónica moderada y sin datos de malignidad.

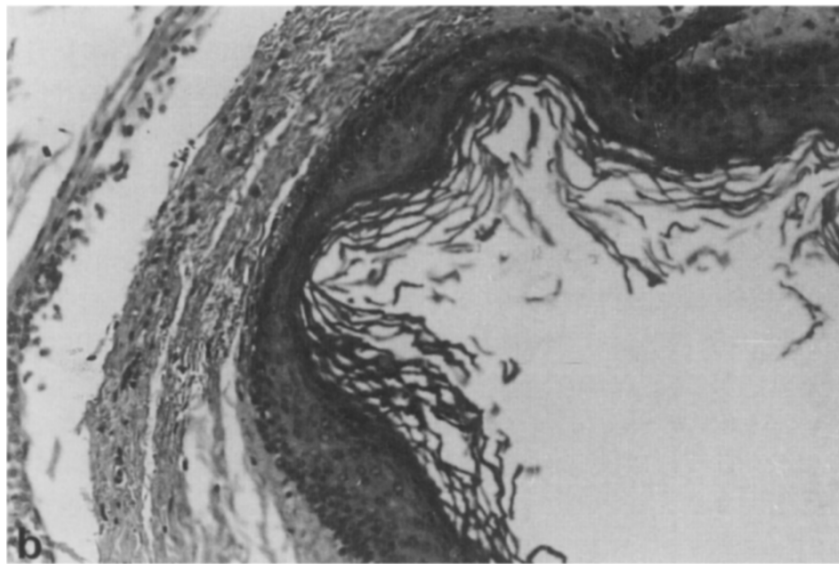


Fig.20.- Corte histológico³¹

13.- SEGUIMIENTO

Al tener continuidad sobre el caso del paciente, se realizó, valoración postquirúrgica a lo 6 meses sin sintomatología.

14.- CONCLUSIÓN

La posición anatómica, características clínicas y los síntomas son importantes para obtener un diagnóstico preciso, sin embargo, siempre es importante el manejo de estudios sofisticados como la tomografía computada, radiografías, resonancia magnética, como apoyo de la investigación para el diagnóstico pertinente, además de terminar el tratamiento con un estudio histopatológico.

El estudio es complejo y en conjunto para los especialistas, que debe realizarse para el manejo del paciente con los especialistas de cirugía y patología bucal.

Es importante, saber los diferentes diagnósticos diferenciales para lesiones que se presentan con aumento de volumen en las regiones de cabeza, cuello y cavidad bucal, una vez planteado el posible diagnóstico por medio de estudios como la resonancia magnética, tomografía computada y radiografías, la planeación del posible plan de tratamiento lleva un manejo de importancia para el éxito para evitar recidivas y evitar lesiones quirúrgicas. Al finalizar y contemplar como exitoso el procedimiento quirúrgico, obtener los resultados de las pruebas histopatológicas, obtendremos la autenticidad del diagnóstico de trabajo planteado previamente.

15.- GLOSARIO

1. **Carcinoma mucoepidermoide.-** Neoplasia maligna de las glándulas salivales con grado de agresividad variable, formado por células epiteliales (epidermoides) planas estratificadas y sectoras de moco, carente de cápsula.¹⁹
2. **Celulitis.-**Inflamación difusa de los tejidos de sostén del organismo.³¹
3. **Encefalocele.-**Hernia del encéfalo a través de una abertura congénita o traumática del cráneo.³¹
4. **Quiste.-**Cavidad anormal, revestida de epitelio, que contiene material líquido o semisólido.³¹
5. **Quiste branquial hendido.-**Quiste localizado extraordinariamente grande localizado en la cara lateral del cuello, la luz del quiste está cubierta por un epitelio plano estratificado y adelgazado que contiene ortoqueratina descamada. La pared de la capsula está engrosada y formada por tejido conectivo fibroso, que contiene un gran número de folículos linfoides bien conformados.³¹
6. **Quiste del conducto tirogloso.-** Quiste localizado sobre la glándula tiroidea y debajo de la base de la lengua, con una luz revestida por una mezcla de células de tipo epitelial derivadas de los restos del conducto tirogloso embrionario y cuya capsula contiene a menudo tejido tiroideo.¹⁹
7. **Quiste linfopitelial bucal.-**Localizado en el interior de la boca, en la parte posterolateral de la lengua y en la parte anterior del suelo de la boca, quiste revestido por una capa relativamente delgada de epitelio plano paraqueratinizado rodeado en la superficie ventral de la lengua, paladar blando, pilares amigdalinos.¹⁹

8. **Quiste branquial hendido.**-Quiste localizado en la cara lateral del cuello, la luz del quiste esta cubierta por un epitelio plano estratificado y delgado que contiene ortoqueratina descamada. La pared de la capsula esta engrosada y formada por tejido conectivo fibroso, que contiene un gran numero de folículos linfoides bien conformados.³¹
9. **Macroglosia.**-Es un transtorno que puede ser congenito o secundario. Congenita se observa en síndrome de Down, síndrome de Beckwith-Wiedemann y en ocasiones en el síndrome de neoplasia endocrina multiple. Secundaria puede ser consecuencia de afectacion difusa de la lengua por tumores linfangioma.¹⁹
10. **Ranula.**- Aumento de volumen bajo de la lengua, debido a la obstrucción y dilatación de una de las glándulas salivales o mucosas de la región.
11. **Sialolito.**-Calculo o concreción salival.³¹
12. **Teratoma.**-Tumor constituido por un numero variable de tejidos diferentes del lugar de desarrollo. Estos pueden tener aspecto embrionario o caracteres muy diferenciados.³¹

16.- INDICE DE FIGURAS

1. **Figura.1.-** El-Hakim, E., Alyamani, A., Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. *International Journal of Oral Maxillofacial Surgeons* 2008; 37: 497–499.
2. **Figura.2.-** El-Hakim, E., Alyamani, A., Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. *International Journal of Oral Maxillofacial Surgeons* 2008; 37: 497–499.
3. **Figura.3.-** Pirgousis, P., Fernández, R., Giant Submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: Report of 2 cases american association of oral and maxillofacial surgeons journal of oral maxillofacial. 2011. 69:532-535, 2011.
4. **Figura.4.-** Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* (2009) 4, 158—161.
5. **Figura.5.-** Raewyn, Campbella, Walkera, P. Management of congenital lingual dermoid cysts. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 74 (2010) 567–571.
6. **Figura.6.-** Raewyn, Campbella, Walkera, P. Management of congenital lingual dermoid cysts. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 74 (2010) 567–571.
7. **Figura.7.-** Auris, Nasus, Larynx. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 38 (2011) 650–653.
8. **Figura.8.-** Duval, M., Al-Macki, K., Chen, M., Chauvin, P., Faingold, R., Manoukian, J. Infected dermoid cyst of the tongue with a sinus tract to the submental skin. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* (2007) 2, 176—179.
9. **Figura.9.-** Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 74 (2010) 216–217.
10. **Figura.10.-** A. B. Moody, C M. E. Avery, J. D. Harrison: Dermoid cyst of the parotid gland *International Journal of Oral Maxillofac. Surgery*. 1998 Munksgaard, 1998; 27: 461-462.

11. **Figura.11.-** Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* (2009) 4, 158—161.
12. **Figura.12.-** Pirgousis, P., Fernández, R., Giant Submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: Report of 2 cases *american association of oral and maxillofacial surgeons journal of oral maxillofacial*. 2011. 69:532-535, 2011.
13. **Figura.13.-** Dange, N., Mahore, A., Goel, A. Ruptured giant dermoid cyst of the cavernous sinus. *Department of Neurosurgery, Case Reports / Journal of Clinical Neuroscience* 17 (2010) 1056–1058.
14. **Figura.14.-** Nwojo, R., Roy, S., Chang, J. Dermoid cyst in the facial nerve—A unique diagnosis *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 75 (2011) 874–876.
15. **Figura.15.-** Fuente directa. Aumento de volumen en región submandibular derecha. Marcado de línea de incisión, debajo de pliegue.
16. **Figura.16.-** Fuente directa. Anclado de quiste con sutura, para realizar enucleación.
17. **Figura.17.-** Fuente directa. Separación de la pared del quiste por medio corte.
18. **Figura.18.-** Fuente directa. Enucleación completo de quiste, nicho quirúrgico.
19. **Figura.19.-** Fuente directa. Quiste retirado de lecho quirúrgico.
20. **Figura.20.-** Bataineh, A. Mansour, E. Extraoral epidermoid cysts *The British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 1997 35, 49-59.

17.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Shafer, W. Tratado de Patología Bucal. 4ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1988.pp 78-79.
2. Burkett. Medicina Bucal De Burkett; Diagnostico y Tratamiento. 5ª ed. Ed. Interamericana. Mexico 1996. Pp.154-155.
3. Everson, L. Clinical outline of Oral Pathology; diagnosis and treatment. 3ª ed. Ed. BC Decker. Ontario Canada. 2002. Pp 127. 215.
4. Van der Waal, I. Oral Pathology. Quintessence Pub. Co., 1988.pp. 149-150.
5. Regezzi, A. Patologia Bucal. 1ª ed. Ed. Interamericana Mcgraw Hill. Mexico 1995. Pp. 345-346.
6. Bagan, J. Medicina Bucal. 1ª ed. Ed. Medicina Oral. España Valencia 2008. Pp 182.
7. Neville, B. Color of Clinical Oral Pathology. Ed. Lea & Febiges. Hong Kong 2005. Pp.26.
8. Waite, D. Tratado de Cirugia Bucal Practica. Ed. Continental Mexico 972. Pp 416.
9. Thoma, K. Patologia Oral. Salvat Editores S.A. España 1973 pp. 507-508
10. Gleizal, A., Abouchebel, N., Lebreton, F., Beziat, J., Case Report; Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.
11. Pirgousis, P., Fernández, R., Giant Submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: Report of 2 cases american association of oral and maxillofacial surgeons journal of oral maxillofacial. 2011. 69:532-535, 2011.
12. Abdullah, T., Yagiz, R., Altaner, S., Ahmet R. Dermoid cyst of the parotid gland: First pediatric case. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 74(2010) 216–217.
13. Hyun, S., Jung, M., Han, C. Multiple dermoid cysts of the external auditory canal. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2009) 4, 158—161.
14. Bratton, C., Suskind, D., Thomas, T., Kluka, E. Autosomal dominant familial frontonasal dermoid cysts: a mother and her identical twin daughters International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 57 (2001) 249–253.
15. Raewyn, Campbella, Walkera, P. Management of congenital lingual dermoid cysts. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 74 (2010) 567–571.
16. Auris, Nasus,. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: Unusual radiologic and pathologic findings. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 38 (2011) 650–653.
17. Dan, N., Mahore, A., Goel, A. Ruptured giant dermoid cyst of the cavernous sinus.

Department of Neurosurgery, Case Reports / Journal of Clinical Neuroscience 17 (2010) 1056–1058.

18. Nwojo, R., Roy, S., Chang, J. Dermoid cyst in the facial nerve—A unique diagnosis International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 874–876.
19. Sapp, J. Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea. 2ª ed. Ed. Elsevier. Madrid España 2005. Pp.23, 54,66,67, 346.
20. Raspall, G. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello; Atlas clínico. 2ª ed. Ed. Masson. Bacerlona; Mexico 2000. Pp. 113-115.
21. Grahama, R., Ewen, F., Thomsona, R., Woodwarda., Lateral dermoid cyst. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 46 (2008) 131–132.
22. Duval, M., Al-Macki, K., Chen, M., Chauvin, P., Faingold, R., Manoukian, J. Infected dermoid cyst of the tongue with a sinus tract to the submental skin. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra (2007) 2, 176—179.
23. Strassburg, Manfred. Diseases Of The Oral Mucosa; A Color Atlas. 2ª. Ed. Quintessence. Chicago 1994. Pp. 290.
24. Thoma, K. Patología Oral. Salvat Editores S.A. España 1973 pp. 507-508
25. El-Hakim, E., Alyamani, A., Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. International Journal of Oral Maxillofacial Surgeons 2008; 37: 497–499.
26. Akao, I., Nobukiyo, S., Kobayashi, T.,Kikuchi, H., Koizuka, I. A case of large dermoid cyst in the floor of the mouth. International Journal of ORL & HNS. Auris, Nasus, Larynx 30 (2003) S137_/S139.
27. Ro, E.,Thomas, R., Glenn C.Giant dermoid cyst of the neck can mimic a cystichygroma: Using MRI to differentiate cystic neck lesions. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2007) 71, 653—658.
28. Arnaud, G., Naji. A., Frederique L., Jean-Luc. B. Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. European Association for Cranio-Maxillofacial Surger. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 113–116.
29. Moody, A. Avery, J., Harrison, D.: Dermoid cyst of the parotid gland International Journal of Oral Maxillofac. Surgery. 1998 Munksgaard, 1998; 27: 461-462.
30. Bhaskar. S. N. Patología Bucal. 3ª ed. Ed. El Ateneo. Argentina 1974. Pp 302.
31. Bataineh, A. Mansour, E. Extraoral epidermoid cysts The Bntlsh Associatmn of Oral and Maxillofacml Surgeons 1997 35, 49-59.
32. Diccionario terminológico de ciencias medicas; 13ª Ed. Salvat Editores S.A. España. 1993. Pp. 221, 387,1039,1046, 1117,1207.