



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E  
INVESTIGACION  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**RESECCIÓN DE QUISTE DERMOIDE  
GIGANTE EN PISO DE BOCA CON  
ABORDAJE TRANSORAL, A  
PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN  
DE LA LITERATURA**

**ARTÍCULO**

**QUE PRESENTA:**

**ABEL HERNÁNDEZ MIRANDA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA**

**ESPECIALIDAD DE  
CIRUGÍA MAXILOFACIAL**

**TUTOR: DRA. JOVITA ROMERO FLORES  
ASESOR: DR. VICTOR HERNÁNDEZ AVENDAÑO**



**IMSS**

México, D. F.

Octubre 2013



# **RESECCIÓN DE QUISTE DERMOIDE GIGANTE EN PISO DE BOCA CON ABORDAJE TRANSORAL, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

*Artículo realizado en el Departamento de Cirugía Maxilofacial, Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.*

***Dra. Diana Graciela Ménez Díaz***  
*Jefe de la División de Educación en Salud*  
*UMAE. Hospital de Especialidades, CMN S XXI*

***Dra. Jovita Romero Flores***  
*Profesor Titular del Curso de Especialización en Cirugía*  
*Maxilofacial*  
*Departamento de Cirugía Maxilofacial*  
*UMAE. Hospital de Especialidades, CMN S XXI*

***Tutor: Dra. Jovita Romero Flores***  
*Cirujano Maxilofacial*  
*Departamento de Cirugía Maxilofacial*  
*UMAE. Hospital de Especialidades, CMN S XXI*

***Asesor: Dr. Víctor Hernández Avendaño***  
*Cirujano de Cabeza y Cuello*  
*Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello*  
*UMAE. Hospital de Especialidades, CMN S XXI*

Octubre 2013

## **Datos del alumno**

*Apellido paterno: Hernández*

*Apellido materno: Miranda*

*Nombre: Abel*

*Teléfono: 22318434*

*Universidad: Universidad Nacional Autónoma de México*

*Facultad: División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología*

*Número de cuenta: 091197559*

*Hospital: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.*

*Matricula: 99371515*

## **Datos del Tutor y Asesor**

*Tutor: Jovita Romero Flores*

*Asesor: Víctor Hernández Avendaño*

## **Datos del Artículo**

*Título: Resección de quiste dermoide gigante en piso de boca con abordaje transoral, a propósito de un caso y revisión de la literatura.*

*Número de páginas: nueve*

*Año: Octubre 2013.*

## **Dedicatorias**

*A Dios, por haberme puesto en el camino del conocimiento para lograr mis metas, estar rodeado y acompañado de mis seres queridos y darme la dicha de vivir en este mundo.*

### **A mi esposa: Leticia Liliana Gutiérrez Mendoza.**

*Lety, en la vida hay situaciones que distancian a los matrimonios, pero depende del grado de Amor, el que los haga permanecer constantes en la lucha por alcanzar los cambios y sobreponerse a ellos, te doy las gracias por ser mi esposa y por haber soportado todos esos días de ausencia, haberme apoyado en todos los momentos más difíciles de mi vida, en los cuales me impulsaste a terminar esta difícil meta, ya que sin tu apoyo no lo habría podido lograr.*

### **A mi hija: Yesica Anabel Hernández Gutiérrez.**

*Yesy, durante todo este tiempo ha sido muy difícil llegar a este punto, y he observado que a pesar de las situaciones y falta de atención, te has sobrepuesto y has luchado a la par en nuestro camino, por eso es que te dedico este trabajo, el cual realicé con mucho esmero, pensando en todo momento que el día que lo leas te darás cuenta de que en la vida existen cosas muy importantes que hay que culminar, y a los cuales tenemos que dedicarles toda nuestra atención, ya que tendrán una repercusión en nuestra vida. Te doy gracias por apoyarme en la culminación de mi especialidad y gracias por ser uno de mis tesoros en mi vida*

### **A mi hijo: Mauricio Hernández Gutiérrez.**

*Mauricio, sabes que eres un hombre pequeño, el cual ha tenido que enfrentarse a la vida y a madurar a tu edad, te doy mil gracias por apoyarme y entenderme en la necesidad de seguir adelante como profesional, espero que este tiempo haya servido para que de alguna manera te sirva de impulso para lograr tus objetivos; yo se que eres aun muy pequeño y que muchas de las situaciones no las aceptas como tal, pero te doy las gracias y te reconozco por haber soportado estar sin mi durante mucho tiempo el cual trataremos de recuperar juntos. Mi pequeño te amo con todo mi corazón por eso te dedico este trabajo.*

### **A mis papás: Inés Miranda Ronquillo y Epifanio Hernández Ruiz**

*Por haberme dado la vida y formarme como una persona honesta y responsable.*

# Índice

<b>1. Resumen</b> _____	<b>1</b>
<b>2. Introducción</b> _____	<b>2</b>
<b>3. Caso clínico</b> _____	<b>3</b>
<b>3.1. Estudios complementarios</b> _____	<b>3</b>
<b>3.2. Técnica quirúrgica</b> _____	<b>3</b>
<b>3.3. Histopatología</b> _____	<b>4</b>
<b>4. Discusión</b> _____	<b>4</b>
<b>5. Conclusión</b> _____	<b>4</b>
<b>6. Agradecimientos</b> _____	<b>5</b>
<b>7. Referencias bibliográficas</b> _____	<b>6</b>
<b>8. Imágenes</b> _____	<b>8</b>

# RESECCIÓN DE QUISTE DERMOIDE GIGANTE, EN PISO DE BOCA CON ABORDAJE TRANSORAL, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Abel Hernández-Miranda,\*  
Jovita Romero-Flores,\*\*  
Víctor Hernández-Avendaño,\*\*\*  
Blanco Lemus-Enrique.\*\*\*\*

\*Alumno. Departamento de Cirugía Maxilofacial, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

\*\*Tutor. Jefe de Servicio. Departamento de Cirugía Maxilofacial, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

\*\*\*Asesor. Cirujano de Cabeza y Cuello. Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

\*\*\*\*Médico Patólogo. Departamento de Patología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Comunicación con: Abel Hernández-Miranda

Tel: (55) 2231 8434

Correo electrónico: abelr1cmf@hotmail.com

## 1. Resumen

El quiste dermoide en el piso de la boca es una neoplasia poco usual, menos del 0.01% del total de presentación, con comportamiento histológico benigno de tejidos blandos, asintomático; durante su crecimiento puede condicionar desplazamiento de la lengua, asimetría facial, dificultad en el habla, disfagia, disnea o cierre incompleto de la boca. Prevalce en el sexo masculino sobre el femenino con una relación 3:1. El tratamiento es la enucleación, con una baja tasa de recidiva y transformación maligna excepcional.

## Summary

The dermoid cyst in floor of the mouth, is a rare neoplasm less than 0.01%, histological benign soft tissue behavioral, asymptomatic; during growth may influence movement of the tongue, facial asymmetry, slurred speech, dysphagia, dyspnea, or incomplete closure of the mouth. Has prevalence for males over females with a ratio of 3:1. The treatment is enucleation with a recurrence rate and malignant transformation is exceptional.

## Palabras clave

Quiste  
Quiste dermoide  
Enucleación

Enucleation

## Key words

Cyst  
Dermoid Cyst

## 2. Introducción

El quiste dermoide es una neoplasia poco usual, de comportamiento histológico benigno de los tejidos blandos, que se presenta en los extremos de la vida, en lactantes o niños, así como ancianos;<sup>1</sup> en la literatura actual se ha reportado prevalencia en edades que oscilan de los 15 a 35 años, con predilección hacia varones 61% y 39% en mujeres (3:1).<sup>2</sup> La ubicación anatómica con mayor frecuencia se ubica en testículos y ovarios,<sup>3</sup> sólo el siete por ciento ocurre en cabeza o cuello;<sup>1</sup> de estos últimos, sólo el 1,6% se presentan en cavidad oral,<sup>4</sup> con un rango de presentación de 0,01 a 1,8% de acuerdo a la literatura revisada;<sup>5,6</sup> siendo el piso de boca el segundo sitio más frecuente, con localización preferentemente en la línea media (sublingual 52%, submental 26% y lateral (submandibular) 6%.<sup>7</sup>

Uno de los primeros relatos de casos atendidos como quistes dermoides sublinguales ocurre en el libro Jourdain's escrito en 1778;<sup>8</sup> en 1885 se reportó el primer caso por el Dr. Bultin;<sup>6</sup> la primer serie registrada se ubica en 1937 por New y Erish con 1495 casos;<sup>6</sup> no existen en México casos reportados como el aquí comentado con el abordaje transoral.

La patogénesis en el piso de boca no es muy clara, se considera que se trata de una anomalía congénita, con la teoría de una alteración de origen por restos epiteliales embrionarios;<sup>9</sup> o bien otra teoría apunta a una fusión del endodermo y ectodermo del estomodeo en el día 32,<sup>10</sup> y finalmente hay quienes opinan que se trata de una invaginación ectópica del tejido ectodérmico.<sup>11</sup>

El diagnóstico clínico se complica a

medida que el paciente aumenta con la edad, ya que el crecimiento lento condiciona que la lesión sea asintomática, hasta que se manifiesta por condicionar desplazamiento de lengua y/o asimetría facial.<sup>10</sup> A medida que progresa la lesión puede condicionar disfagia, disnea, alteración en el habla, cierre incompleto oral, presentarse como un mentón doble, usualmente de consistencia pastosa o fluctuante.<sup>12, 13</sup>

El diagnóstico diferencial de un quiste dermoide en piso de boca es: ránula, quiste del conducto tirogloso, higroma quístico, infección de glándula sublingual o submandibular, lesión benigna o maligna.<sup>14</sup>

La clasificación anatómica sugerida por Baker en 1883 es con respecto a su ubicación en relación a la línea media y los divide en: quiste dermoide medial y quiste dermoide lateral, que puede afectar excepcionalmente uno o ambos lados;<sup>13</sup> otros autores los clasifican en: sublingual o geniogloso medio (localizado arriba de los músculos geniohioideos), geniohioideo medio (localizado en la región submental entre los músculos geniohioideos y milohioideos) y lateral (localizado en la región submaxilar);<sup>5</sup> encontrándose una distribución en adultos dividiéndolos en: Sublingual o geniogloso (cuando se encuentra entre el músculo geniohioideo y milohioideo) y Geniohioideo cuando se coloca entre el músculo milohioideo y el músculo cutáneo del cuello.<sup>15</sup>

Por tipo histológico: epidermoide, dermoide y teratoide.<sup>5</sup> Siendo el epidermoide el que presenta un epitelio lineal con pared parcialmente queratinizada con epitelio escamoso estratificado.<sup>16</sup> En el dermoide es típico el epitelio escamoso queratinizante con derivados dérmicos (apéndices de piel), folículos pilosos,

músculo liso, cabello, glándulas sebáceas, sudoríparas, tejido fibroadiposo;<sup>1</sup> así como material pastoso de color amarillento que corresponde a queratina laminar.<sup>17</sup> Finalmente el teratoide incluye apéndices de piel, elementos de mesoderma, tejido celular de tipo muscular, cartilaginoso, óseo, respiratorio, gastrointestinal y una cápsula fibrosa con tendencia a cambio maligno.<sup>18,19</sup>

El tratamiento de elección de acuerdo a Longo et al es la enucleación quirúrgica con abordaje extraoral cuando el quiste se presenta debajo del músculo geniohioideo e intraoral cuando se encuentra por arriba del músculo milohioideo y con fines estéticos;<sup>19</sup> siendo su tasa de recidiva excepcional y poco común; que podría atribuirse a la presencia de un tracto no identificado durante la excisión quirúrgica primaria.<sup>13, 20</sup>

### **3. Caso clínico**

Femenino 20 años de edad, estudiante, sin antecedentes personales patológicos, ni crónico degenerativos, estrato socioeconómico bajo; refirió inicio de síntomas tres años previos a la revisión en el Servicio de Cirugía Maxilofacial; acude por aumento de volumen en triángulo submandibular izquierdo y piso de la boca, que le condicionó disfagia, motivo de la valoración; a exploración física se encontró paciente consciente, orientada, con aumento de volumen en triángulo submandibular izquierdo (Figura 1), que le condicionaba asimetría facial, apertura oral de 4 cm; lesión de 5x2cm en piso de boca que condicionaba desplazamiento de la misma hacia la derecha, depresible, ahulada, con datos de disfagia conductos salivales permeables (Figura 2), no adenomegalias ipsilaterales o contralaterales; estudios de

laboratorio sin alteraciones; se solicitó apoyo al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello quienes realizaron Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF) misma que fue negativa a malignidad.

#### **3.1. Estudios complementarios**

Se solicitó Ortopantomografía para descartar evidencia de lesión ósea y/o dental (Figura 3); Tomografía Axial Computada determinó lesión ovoidea de 61x32 mm con bordes bien delimitados, densidad de 33 UH, comprometiendo triángulo submandibular y parafaríngeo izquierdo, no existió reforzamiento con el medio de contraste (Figura 4); la Angiografía confirmó que no existía asociación a componente vascular primario de cuello (Figura 5).

#### **3.2. Técnica quirúrgica**

Bajo efecto de anestesia general balanceada, con intubación orotraqueal con tubo flexible 7 Fr; se realizó aseo oral con clorhexidina, aplicación de 1 gramo de cefalosporina de tercera generación, se colocó abre bocas (Figura 6) y se procedió a realizar abordaje transoral, a través de piso de boca preservando estructuras con incisión de 4 cm sobre el pliegue sublingual, cuidando la salida de las glándulas menores (Rinivus) con apoyo de lupas 6X; se identificó la lesión una vez disecado los músculos milohioideo, la lesión se reseco teniendo en cuenta las estructuras vasculares hacia posterior, hacia inferior se respetó glándula submandibular, arteria y vena submental, finalmente se realizó la enucleación de la lesión en su totalidad (Figura 7), se verificó hemostasia y se procedió a afrontar por planos; en tejido muscular con sutura a base de vicryl 3/0 puntos simples y en mucosa bucal con catgut crómico 3/0 puntos simples, obteniendo cicatrización por primera intención.

### 3.3. Histopatología

El reporte histopatológico final (Figura 8) determinó quiste dermoide completamente resecado, con la presencia de gran cantidad de queratina y glándulas sebáceas aisladas; no se observó atipia epitelial (Figura 9).

### 4. Discusión

Anatómicamente se han mencionado tres tipos diferentes en base a la relación anatómica entre el quiste y los músculos del piso de la boca: 1) Geniogloso medio (sublingual), 2) Geniohioideo medio (submental) y 3) Lateral.<sup>9</sup> Siendo utilizada esta clasificación como criterio de excisión quirúrgica según Longo et al, recomienda abordaje *extraoral* cuando el quiste se presenta bajo el músculo geniohioideo e *intraoral* cuando se encuentra por arriba del músculo milohioideo y con fines cosméticos. En ciertas ocasiones la aspiración es útil como alivio temporal como ayuda para posponer la excisión quirúrgica, especialmente en casos de niños pequeños cuando no se encuentran problemas respiratorios.<sup>3</sup> Francesco Longo recomienda la evaluación preoperatoria con ultrasonografía, tomografía computada y resonancia magnética. Las técnicas quirúrgicas usadas son: *Abordaje transcutáneo* adoptado para el quiste geniohioideo medio, y *Extensión media con glosotomía* usada para quiste geniogloso medio muy largo, y *Glosotomía media* usada para el quiste geniogloso medio y una incisión en la línea media de la mucosa oral a lo largo del frenillo lingual usado en el quiste sublingual;<sup>19,21</sup> por lo que consideramos importante dar a conocer un nuevo manejo quirúrgico, el cual no se había reportado en la literatura debido a que en

este caso en especial, la presentación en relación al sexo del paciente, la ubicación y la dimensión son infrecuentes; y lo más importante es resaltar que la técnica quirúrgica realizada en este caso es única ya que la lesión estaba debajo de los músculos milohioideos; con antecedentes de la literatura revisada que para los quistes que se han encontrado en esta ubicación han sido tratados con abordaje extraoral. Uno de los aspectos que se consideraron para la realización del procedimiento quirúrgico por vía intraoral fue el sexo del paciente motivo por el cual se reconsidero el tipo de abordaje y los objetivos fueron reducir la respuesta al trauma, evitar secuelas extra-orales y disminuir su estancia intrahospitalaria, obteniendo una adecuada evolución posoperatoria inmediata; se le dio seguimiento a 4 años y no se determino datos de recidiva. Por lo que sería importante reconsiderar el tipo de abordaje para este tipo de patología, sin perder de vista los riesgos que esto implica. Los puntos importantes a resaltar en el presente caso es la identificación correcta de lesión con un estudio de BAAF previo, conocimiento anatómico y familiarizado con la región en términos quirúrgicos y el apoyo de lupas que permiten la identificación correcta de las estructuras.

### 5. Conclusión.

Su importancia redunda en la prevalencia, la ubicación y la dimensión de la lesión infrecuente, no sin antes resaltar que la técnica quirúrgica es única; el abordaje realizado tuvo el objetivo de reducir la respuesta al trauma, secuelas extra-orales y estancia intrahospitalaria, obteniendo una adecuada evolución sin datos de recidiva a 4 años.

## **6. Agradecimientos**

***A mis profesores: Dra. Jovita Romero Flores y al Dr. García Huerta Marco Antonio***

*Por haberme dado la oportunidad de la vida para llegar a subir un escalón más en esta profesión y por haber confiado plenamente en mí, para el desarrollo de esta especialidad.*

***A mi asesor: Dr. Víctor Hernández Avendaño y Dr. Blanco Lemus***

*Por haberme apoyado en mi desarrollo profesional, y brindarme sus conocimientos y experiencia en el manejo quirúrgico de este caso.*

## 7. Referencia bibliográfica

1. Shepherd G. Pryor. Jean E. Lewis. Amy L. Weaver and Laura J. Orvidas. Pediatric dermoid cysts of the head and neck. *Otolaryngology- Head and Neck Surgery* June 2005; 132(6): 938-942.
2. Shear Mervyn and Speight Paul, Blackwell. *Cyst of the Oral and Maxillofacial Regions*. Fourth edition: 1, 181-183.
3. Filipe Modolo, Sergio de Melo Alves. Congenital Teratoid Cyst of the floor of the mouth. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2007; 136: 134-136.
4. Turestschek K, Hospdka H. and Steiner. Epidermoid cyst of the floor of the mouth: diagnostic imaging by sonography, computed tomography and magnetic resonance imaging. *British Journal of Radiology* 1995; 68: 205-207.
5. Tolga Kandogan, Murat Koc. Sublingual epidermoid cyst: a case report. *Journal of Medical a Case Reports* 2007; 1:87.
6. Arun Behl, D Raghavan, SS Pandey, H Mani. Giant Epidermoid Cyst Of The Floor of Mouth. *Medical Journal Armed Forces India*; 57(5):247-249.
7. Ana Alarcón Arratia, Andrea González Rocabado, Roberto Pantoja Parada. Quiste Dermoide del Piso de Boca: Reporte de un Caso Clínico. *Revista Dental de Chile* 2008; 99(2): 23-26.
8. TE Seah, W Sufyan, B Singh. Case Report of a Dermoid Cyst at the Floor of the Mouth. *Annals Academy of Medicine* July 2004; 33(4):77-79.
9. G Laskaris. *Pocket Atlas of Oral Diseases*. Editorial Thieme. Second edition: 300.
10. Kyu Kim, Hyun-Jong Kwak. Coexisting sublingual and submental dermoid cysts in an infant. *Oral Surgery Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102 :778-81.
11. Jae-Min Cho, Moo-Jin Baek. Removal of Mouth Floor Epidermoid Cyst Trough Intraoral Approach: 3 cases. *Clin. Otol.* 1997; 8(1):146-153.
12. Nobuo Otha, Tomoo Watanabe, Tsukasa Ito and Cols. A Case of Sublingual Dermoid Cyst: Extending the Limits of the Oral Approach. *Case Reports in Otolaryngology*; 2012:1-4.
13. A. Ostrosky, R. Luberti, E. Mareso, J. Klurfan Federico. Presentación de un caso de quiste dermoide con ubicación poco frecuente. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial* 2005; 27(1):37-42.
14. Ahmet Kahraman, Ramazan Kahveci. A Giant Dermoid Cyst. *Dermatol Surg* 2008; 34:1273-1275.
15. José Luis Vargas Fernández, Juan Lorenzo Rojas, José Aneiros Fernández y Manuel Sainz Quevedo. Quiste dermoide de suelo de boca. *Acta Otorrinolaringol. Esp.* 2007; 58(1): 31-33.
16. Dardo Menditti, Luigi Laino, Nicola ferrara and Alfonso Baldi. Dermoid cyst of the mandibua: a case report. *Cases Journal* 2008. *Bio Med Central*; 1(260):1-3.
17. Imen Mehri Turki, Abdel Khalek Kaddour, Abdul Rahlm Wann, Danielle Ginistry. Dermoid cyst of the submandibular space. *Fr ORL* 2005; 89: 167-169.
18. Cawson R., Odell E.. *Fundamentos de Medicina y Patología Oral* Octava Edición; Elsevier: 132.
19. Francesco Longo, Pietro Maremonti. Midline (Dermoid) Cysts of the Floor of the Mouth: Report of 16 Cases and Review of Surgical Techniques. *Plastic and Reconstructive Surgery* November 2003; 112(6): 1560-1565.
20. S. Danielle MacNeil, Paul Moxham. Review of Floor of Mouth Dysontogenic Cysts. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*; 119(3): 165-173.

21. E. El-Hakim, A. Alyamani. Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2008; 37: 497-499.

## 8. Imágenes



Figura 1) Imagen extra-oral



Figura 2) Imagen intraoral.



Figura 3) Ortopantomografía

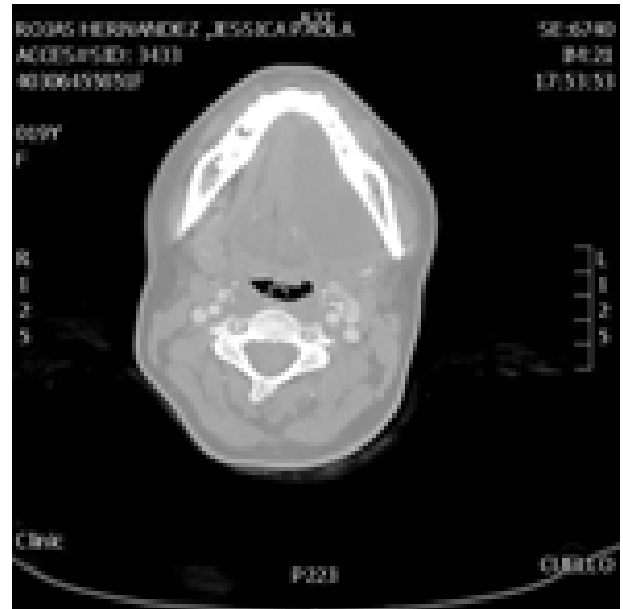


Figura 4) TC corte axial, Imagen submandibular con densidad 33 UH y dimensión aproximada 61x32mm



Figura 5) Angiografía

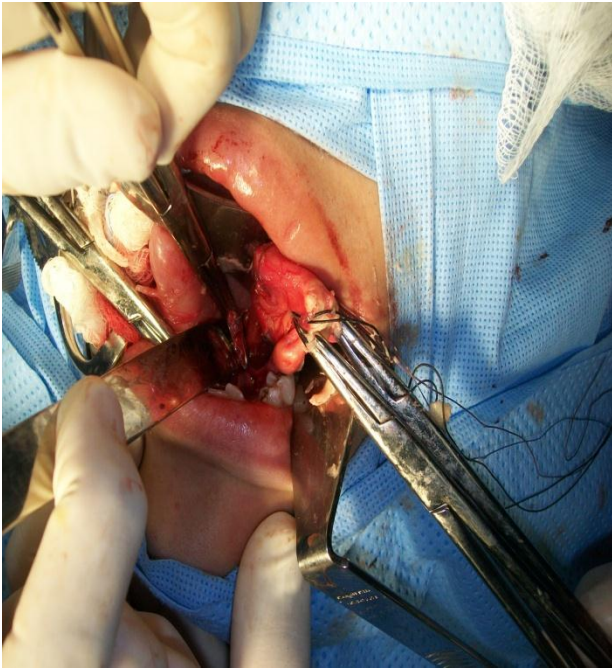


Figura 6) Abordaje transoral

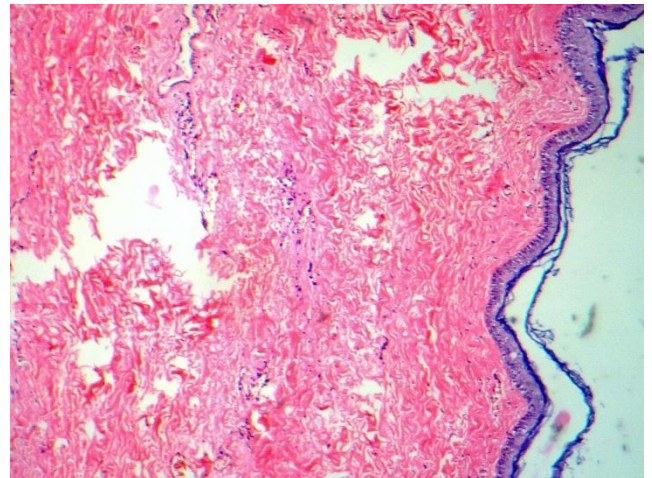


Figura 8) Pared de quiste con estroma vascularizado y revestimiento epitelial escamoso queratinizante sin atipias celulares (40x, hematoxilina y eosina)

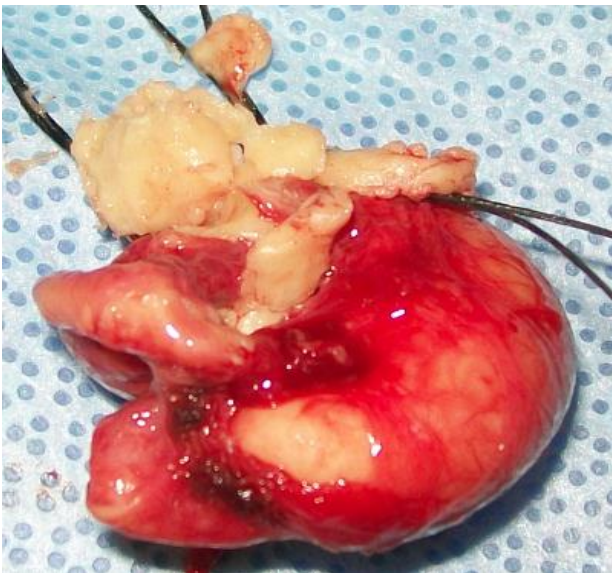


Figura 7) Pieza quirúrgica

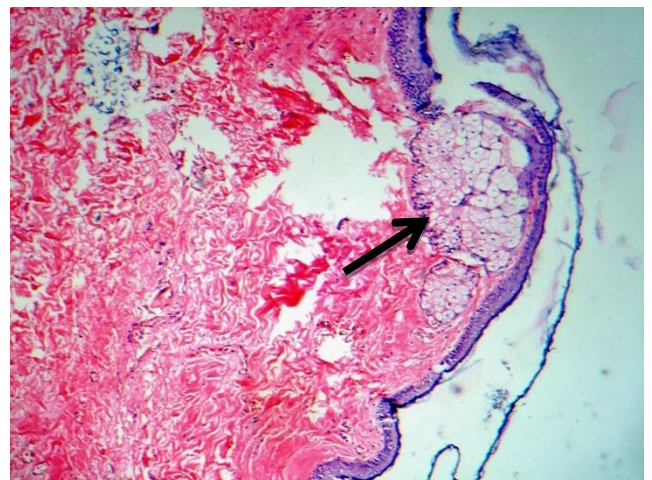


Figura 9) Pared del quiste con epitelio escamoso queratinizante y presencia de glándulas sebáceas (flecha) (40 x, hematoxilina y eosina)