

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Quiste dermoide cervical. Reporte de caso clínico

### Cervical Dermoid cyst. A case report

Juan Carlos Quintana Díaz,<sup>I</sup> Nelson Villareal Corvo,<sup>II</sup> Mayrim Quintana Giralt,<sup>III</sup> Dariel Rodríguez Reyes.<sup>IV</sup>

<sup>I</sup>Especialista de II grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Investigador y Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Iván Portuondo". San Antonio de los Baños, Cuba. Correo electrónico: juanc.quintana@infomed.sld.cu

<sup>II</sup>Especialista de II grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Iván Portuondo". San Antonio de los Baños, Cuba. Correo electrónico: nelsonvi@infomed.sld.cu

<sup>III</sup>Especialista de I grado en Ortodoncia y Estomatología General Integral. Instructor. Clínica Estomatológica Docente de Candelaria. Artemisa, Cuba. Correo electrónico: mayrimqg@infomed.sld.cu.

<sup>IV</sup>Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Hospital General Docente "Iván Portuondo". San Antonio de los Baños, Cuba. Correo electrónico: daniel.rr@nauta.cu

## RESUMEN

Los quistes dermoides presentan una incidencia de 1,6 hasta un 6,9% en la región de cabeza y cuello. Se presenta el siguiente caso clínico con el objetivo de enfatizar en la importancia de un adecuado manejo preoperatorio para establecer una acertada planificación quirúrgica en la exéresis de este tipo de lesiones de la región cervico facial. Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 22 años de edad quien hacía 5 años se notaba un crecimiento redondeado en región submandibular, lo cual le ocasionaba molestias al hablar y ligera afectación de su estética facial. Se decide tratamiento quirúrgico para la extirpación de la lesión quística de gran dimensión. El diagnóstico histopatológico corresponde con un quiste dermoide verdadero. Se concluye que resulta imprescindible realizar un exhaustivo examen físico e imagenológico para lograr resultados satisfactorios en el tratamiento quirúrgico del quiste dermoide cervical.

**Palabras clave:** quiste dermoide cervical, quistes cervicales, tratamiento quirúrgico.

**Descriptor:** quiste dermoide/cirugía, quistes maxilomandibulares/cirugía, adulto joven, femenino, atención secundaria de salud.

## **ABSTRACT**

Dermoid cysts of the head present an incidence from 1.6 to 6.9 % in the head and neck. A clinical case is presented with the objective of emphasizing the importance of a preoperative management for an adequate surgical planning before operations these kinds of lesions. A, 22 –year- old female patient, reported a round lesion in her submandibular area, that increased in size 5 years ago, she also complained of discomfort when she talked and her facial esthetic. We performed a surgical treatment according to the big size of the cyst. Histopathology diagnosis showed truly Dermoid cyst. It can be concluded that it is very important to prepare the patient before the surgical treatment with pertinent laboratory studies, additional physical findings, and imageneologic tests.

**Key word:** cervical dermoid cyst, neck cyst, surgical treatment

**Descriptors:** dermoid cyst/surgery, jaw cysts/surgery, young adult, female, secondary care

---

## **INTRODUCCIÓN**

El quiste dermoide (QD) cervical es un teratoma quístico el cual se presenta como una tumefacción en el cuello, situado en la región suprahiodea. El mismo se origina de una inclusión de restos epiteliales en la línea media en el momento del cierre del I y II arcos branquiales, durante la quinta semana del desarrollo embrionario<sup>1</sup>. Topográficamente, en dependencia al músculo milohioideo, se subdivide en quiste sublingual o geniogloso, cuando está por encima de este y provoca un desplazamiento hacia arriba de la lengua<sup>2-4</sup>. Si se localiza en un plano inferior, se refiere a un quiste geniohiodeo o submental con desplazamiento hacia fuera de la lengua y apariencia de doble mentón.

Desde el punto de vista histológico, en 1955, Meyer<sup>1</sup> clasificó el QD en: quiste dermoide verdadero, quiste epidérmico, y quiste teratógeno. El quiste dermoide verdadero presenta una cavidad tapizada por un epitelio que muestra queratinización y que tiene apéndices de piel identificables como folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas; el quiste epidermoide, está recubierto por un epitelio escamoso simple con una pared fibrosa pero sin la presencia de estructuras anexas y el revestimiento del quiste teratoide, varía de un epitelio escamoso simple a un epitelio ciliado respiratorio y contiene derivados de ectodermo, mesodermo y/o endodermo. Son casi siempre asintomáticos, los quistes dermoides se diagnostican cuando tienen un tamaño considerable, generalmente debutan en su sintomatología entre los 10 y 35 años sin que se reporten diferencias en cuanto a prevalencia entre ambos sexos<sup>2,5,6</sup>.

El tratamiento recomendado es la excisión quirúrgica por medio de un acceso intraoral o ex traoral, dependiendo del tamaño de la lesión y la ubicación<sup>3-9</sup>. Es muy importante realizar la exéresis quirúrgica con integridad capsular para así evitar recurrencias locales. El abordaje está en dependencia de su ubicación anatómica.

Cuando está en un plano superior al músculo milohioideo, puede accederse por vía intrabucal; en un plano inferior puede ser extirpado mediante cervicotomía

medial<sup>8</sup>. Los reportes de la literatura plantean que el quiste dermoide del suelo de la boca es más frecuente, que pueden además causar alteraciones en fonación, deglución y ventilación y es muy importante hacer un buen diagnóstico diferencial antes del tratamiento ya que puede confundirse con varias lesiones localizadas en esa zona sobre todo de glándulas salivares como la rínula<sup>4,9,10</sup>. Los autores se vieron motivados a presentar un caso clínico con el objetivo de enfatizar en la importancia de un adecuado manejo diagnóstico preoperatorio para establecer una acertada planificación quirúrgica en la exéresis de este tipo de lesiones.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

A la consulta externa del Hospital General “Iván Portuondo” de San Antonio de los Baños acude la paciente AGM, femenina, negra, de 22 años de edad, HC 951218 que refiere que hace 5 años presenta aumento de volumen en región submandibular que se ha incrementado su tamaño lentamente y le provocaba dislalia.

Al examen físico facial se observaba un aumento de volumen en línea media región submandibular, de aproximadamente 6 cm de diámetro, redondeado, móvil, consistencia duro-elástica, no doloroso a la palpación (Fig. 1).



Fig.1. Vista de frente. Preoperatorio

Luego de realizado el chequeo preoperatorio (hemograma, coagulograma, glicemia, grupo y factor, serología, VIH y ecografía cervical) se decide su ingreso para tratamiento.

Los exámenes complementarios preoperatorios antes mencionados, fueron evaluados los cuales se encontraban en parámetros normales. Se constató en la ecografía de partes blandas de región cervical una imagen ecogénica de aspecto nodular con una extensión de 4,7 cm de altura por 5,8 cm de longitud en región submentoniana.

Así mismo, se realizó citología por aspiración por aguja fina (CAAF) la cual indicó la existencia de contenido quístico. Por tal motivo, se decide tratamiento quirúrgico planificándose una cervicotomía medial, bajo anestesia general buco-traqueal, debido a su relación clínica e imagenológico por debajo del músculo milohiideo y por la gran dimensión de la lesión quística al examen físico. La pieza quirúrgica constituyó la Biopsia 455, analizada en el servicio de Anatomía Patológica de la institución (Fig. 2).



Fig.2. Pieza quirúrgica.

Teniendo en cuenta la clasificación histológica de Meyer el diagnóstico anatomopatológico concluyente determinó: quiste dermoide verdadero. La paciente presenta una evolución posoperatoria favorable hasta la actualidad; luego de dos años de postoperatorio mediato no ha mostrado signos de recurrencia local. El paciente continúa bajo seguimiento clínico e imagenológico trimestral a través de la consulta externa del servicio de Cirugía Maxilofacial (Fig. 3).

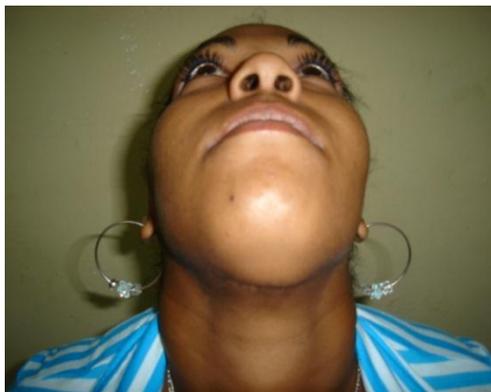


Fig.3. Postoperatorio mediato 2 años (de frente)

## **DISCUSIÓN**

El QD cervical aparece con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida, aunque puede presentarse a cualquier edad.<sup>5,6,8</sup> Es raro en los niños, en los que puede encontrarse adherido al hueso hioides. Su crecimiento puede aumentar por estímulos hormonales durante la pubertad.<sup>6</sup> No obstante, se comparte el criterio de otro autor que plantea es una lesión de adultos jóvenes; sin predilección por sexo; y su ubicación más frecuente es las caras anterosuperiores del cuello, donde pueden ser mediales o laterales<sup>1</sup>.

En concordancia con las bibliografías médicas consultadas coincide este reporte de caso clínico en el rango de edad de mayor frecuencia pues el paciente pertenece a la segunda década de vida; según la localización topográfica constituye un quiste geniohioideo o submental; la vía de abordaje transcutánea cervical e histológicamente se clasifica como un quiste dermoide verdadero de región cervical.

El área de cabeza y cuello no constituye una ubicación preferencial de la entidad en descripción, pero la mayoría de los quistes dermoides de cavidad oral han sido hallados en el suelo de boca, en mayor o menor relación con el eje anatómico que los clasifica en superiores o inferiores, determinando así su acceso quirúrgico intrabucal o externo. Su localización en la línea media es la norma<sup>1,2,4,7,8</sup> debido a la deficiente coalescencia del tejido embrionario máxilo facial en su migración pósterio-anterior y latero-medial, sin embargo, pueden aparecer cerca a ésta como es el caso que presentamos.

El diagnóstico diferencial de estas lesiones debe realizarse principalmente con: ránula, mucocelo, obstrucción del conducto de Wharton, malformaciones congénitas situadas en el suelo de la boca como hemangiolinfangiomas, quistes del conducto tirogloso, quistes branquiales, adenopatías y tiroides ectópicos.<sup>4,9,10</sup> Es aquí la importancia de un estudio histopatológico para un diagnóstico definitivo, puesto que la clínica y el uso de ecografías, tomografía axial computarizada (TAC), resonancias magnéticas u otras ayudas imagenológicas, sólo orientan el diagnóstico de este tipo de lesiones quísticas, debido a que los signos y síntomas están también presentes en las alteraciones ya mencionadas y pueden llevar a confusión y error en el diagnóstico.<sup>4</sup>

La CAAF suele proporcionar un diagnóstico certero, pero cuando la cápsula del quiste está formada por tejido denso el resultado puede ser no concluyente.<sup>7,9,10</sup> Se concluye que resulta imprescindible realizar un exhaustivo examen físico, histológico e imagenológico para lograr resultados satisfactorios en el tratamiento quirúrgico del quiste dermoide cervical.

### **Conflictos de intereses**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Santana Garay JC. Alteraciones del desarrollo de la cara, la boca y el cuello. En: Atlas de Patología del Complejo Bucal. La Habana: Científico Técnica; 2010. p. 23-4.
2. Boko E, Amaglo K, Kpemisi. A bulky dermoid cyst of the floor of the mouth. Eur Ann Otorhinolaryngol Head and Neck Dis 2014; 131: 131-4.
3. Dillon JR, Avill AJ, Nelson BL. Dermoid cyst of the floor of the mouth. Head and Neck Pathol 2015; 129: 376-8.
4. Puricelli E, Siera A, Barreiro BO, Ponzoni D. Occurrence of dermoid cyst in the floor of the mouth: the importance of differential diagnosis. J Appl Oral Sci 2017; 25(3): 341-45.
5. Lee MHA, Lee CS, Sim CQX, Nagadia R. Sublingual dermoid cyst: case report and review of the clinical and histological aspect of this rare condition. Oral Surg [Internet]. 2017[citado 15 Feb 2017]; 11(2). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ors.12320>

6. Kyriakidove E, Howet T, Veale B, Atkins S. Sublingual dermoid cyst: a Case report and review of the literature. J Laryngol Otol [Internet]. 2015[citado 12 Mar 2017]; 129(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26343507>
7. Antunes Freitas D; Lozano Perez J, Fang Mercado L, Díaz Caballero A. Quiste dermoide verdadero en piso de boca. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013[citado 7 Ago 2017]; 50(3) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072013000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300008)
8. Gbenou Morgan Y, Flores Obaya M, Almunia Quesada JA. Quiste dermoide cervical. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2015[citado 28 Dic 2017]; 87(3): 382-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312015000300013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300013&lng=es).
9. Deren S, Koseoglu S, Sahan L, Sahan M. Giant dermoid cyst causing dysphagia and dysne. J Cranio Surg 2016; 27: 260-1.
10. Carlson ER, Ord RA. Benign pediatric salivary glands lesions. Oral Maxillofac Surg Clin North Am [Internet]. 2016[citado 7 Ago 2017]; 28: 67-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26614702>

Recibido: 11/12/18

Aprobado: 14/3/19

MSc. Juan Carlos Quintana Díaz. Hospital General Docente "Iván Portuondo" Correo electrónico: juanc.quintana@infomed.sld.cu

**Citar como:** Quintana Díaz JC, Villareal Corvo N, Quintana Giralt M, Rodríguez Reyes D. Quiste dermoide cervical. Reporte de caso clínico. Medimay [Internet]. 2019[citado: fecha de acceso]; Ene-Abr; 26(1): 99-104. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1354>

#### **Contribución de autoría**

Todos los autores participaron en la elaboración del artículo de revisión y aprobaron el texto final.

**Copyright Revista Electrónica Medimay.** Este artículo se encuentra protegido con una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.