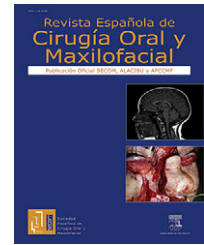




Revista Española de  
**Cirugía Oral y  
 Maxilofacial**

www.elsevier.es/recom



## Caso clínico

# Técnica quirúrgica para abordaje intraoral de quiste dermoide cervical de gran tamaño: a propósito de un caso clínico

Víctor Gómez-Carrillo\*, Pedro Martínez-Seijas, Luis Alfonso Díaz-Galvis,  
 Javier Martín, Juan Rad, Fernando Esnal y José Antonio Arruti

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 4 de abril de 2011

Aceptado el 19 de abril de 2011

On-line el 29 de julio de 2011

#### Palabras clave:

Quiste dermoide

Suelo de boca

Lesiones congénitas

Neoplasias de cabeza y cuello

Quiste disontogénico

#### Keywords:

Dermoid cyst

Mouth floor

Congenital lesions

Head and neck neoplasms

Dysontogenic cyst

### R E S U M E N

Lesiones benignas de extensión submilohioidea pueden abordarse por vía intraoral, eludiendo una cicatriz cutánea y garantizando la preservación de las ramas del nervio facial. Se aborda el suelo de boca, consiguiendo una buena exposición del campo quirúrgico extirpando la glándula sublingual. Se disecciona el conducto submaxilar para evitar su morbilidad. Se disecciona la lesión en todos sus polos. Una vez que se encuentra completamente despegada, se vacía parcialmente de contenido para que pueda caber por la incisión que se ha realizado.

© 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Surgical technique for intraoral approach to a large cervical dermoid cyst: case report

### A B S T R A C T

Submilohyoid benign lesions can be approached intraorally, thus avoiding skin scars and ensuring the preservation of facial nerve branches. The floor of the mouth is opened and better exposure of the surgical field is achieved by removing the sublingual gland. The submandibular duct is identified and probed to prevent damage. The lesion is totally dissected and its contents removed so it could fit through the incision made.

© 2011 SECOM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vgomezcarrillo@gmail.com](mailto:vgomezcarrillo@gmail.com) (V. Gómez-Carrillo).

1130-0558/\$ – see front matter © 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.04.001

## Introducción

El quiste dermoide es una estructura de origen disontogénico emparentada histológicamente con el quiste epidermoide y el teratoma<sup>1</sup>. Todos ellos encuentran su origen en la cuarta semana del desarrollo intrauterino, como consecuencia del atrapamiento endodérmico durante la fusión del primer y segundo arcos faríngeos<sup>2,3</sup>.

La malignización de estas lesiones en el contexto maxilo-facial es extremadamente infrecuente<sup>4</sup>.

Aunque los quistes dermoides son entidades congénitas, la mayoría debutan en su sintomatología entre los 10 y los 35 años<sup>4</sup>. Es probable, que el aumento de secreción sebácea puberal contribuya al paulatino crecimiento del quiste dermoide<sup>5</sup>. No parece que existan diferencias en cuanto a prevalencia en ambos sexos<sup>1,6</sup>.

La mayoría de los quistes dermoides del área de cabeza y cuello acontecen en el suelo de la boca. Otros emplazamientos más infrecuentes son lengua, parótida e interior de la mandíbula. Si el quiste se encuentra por encima del plano de los músculos milohioideo y geniogloso, se presenta como una elevación de la mucosa oral del suelo de la boca que puede alterar la fonación, la deglución y la ventilación<sup>7</sup>. En cambio, si se encuentra entre el genihioideo y el milohioideo o por debajo de ellos, puede mostrarse como una tumefacción cervical submental. Es infrecuente que el quiste se desarrolle hacia el espesor de la musculatura lingual<sup>8,9</sup>.

Según su localización se dividen en mediales y laterales, aunque algunos autores afirman que la variedad lateral no es más que un crecimiento del quiste desde la línea media. Suelen ser masas de consistencia laxa que aumentan de tamaño gradualmente. No fluctúan al tacto y a menudo se encuentran adheridas al hueso hioides<sup>3</sup>. Se han descrito casos de múltiples quistes en el suelo de la boca<sup>10</sup>.

Para establecer un diagnóstico y a fin de una correcta planificación quirúrgica, es preciso realizar una tomografía computarizada (TC) y mejor aún, una resonancia magnética (RM). El contenido del quiste es una proporción variable de queratina y secreción sebácea de gran densidad<sup>1</sup>; eso causa que la punción-aspiración con aguja fina pueda resultar negativa<sup>3</sup>.

No se han observado recurrencias locales si el quiste se extirpa en su totalidad<sup>3</sup>, por lo que el tratamiento quirúrgico debe ir encaminado a obtener una escisión lo más completa posible. Si el tumor no es muy grande y se halla por encima del plano del músculo milohioideo, el acceso quirúrgico al tumor puede ser por vía intraoral<sup>11</sup>. Si se va a abordar a través del suelo de la boca, es conveniente canular primero el conducto de submaxilar para garantizar su preservación<sup>1,12</sup>. Se ha postulado clásicamente que los quistes que no cumplen estos requisitos deben abordarse en principio por vía transcutánea cervical.

A la hora de plantear la intervención quirúrgica, conviene tener en consideración que es posible encontrar dificultades en la intubación del paciente. Algunos autores han abogado por la anestesia local y neuroléptica para abordajes intraorales cuando la intubación no es posible<sup>13</sup>. Otra opción es aspirar parte del quiste en el instante previo a la intubación<sup>14</sup>. Es conveniente hacer énfasis en que la aspiración del contenido del



**Figura 1 – Aspecto preoperatorio de la paciente, visión anterior. Gran tumefacción laterocervical derecha.**

quiste no debe ser en ningún caso el tratamiento definitivo del mismo y las marsupializaciones pueden recidivar<sup>15</sup>.

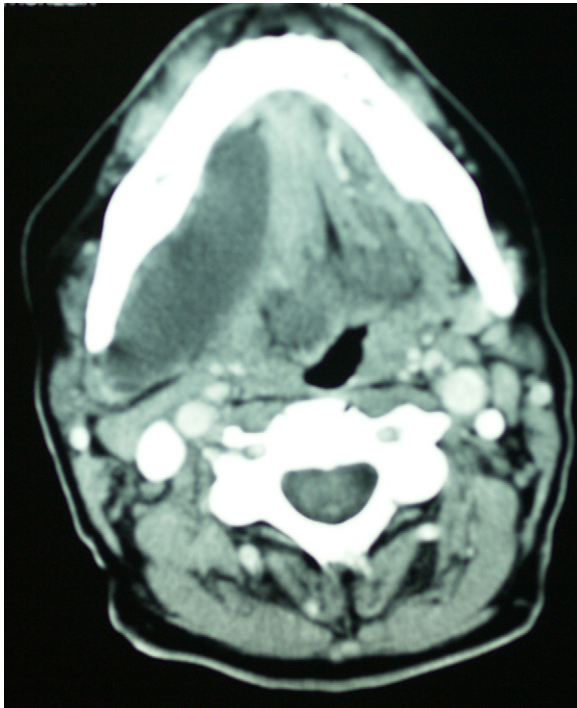
## Material y método

Paciente mujer de 51 años sin antecedentes médicos de interés que acude a consulta por tumefacción cervical. En la anamnesis la paciente comenta que aunque ha sentido la tumefacción durante años, en las últimas semanas ha percibido un aumento significativo de tamaño (figs. 1 y 2).

En la exploración física destaca una tumefacción laterocervical derecha de consistencia blanda, no dolorosa a la palpación. La inspección de la cavidad oral muestra cierta elevación de la parte derecha del suelo de la boca, resultando imposible la exploración adecuada de la glándula submaxilar



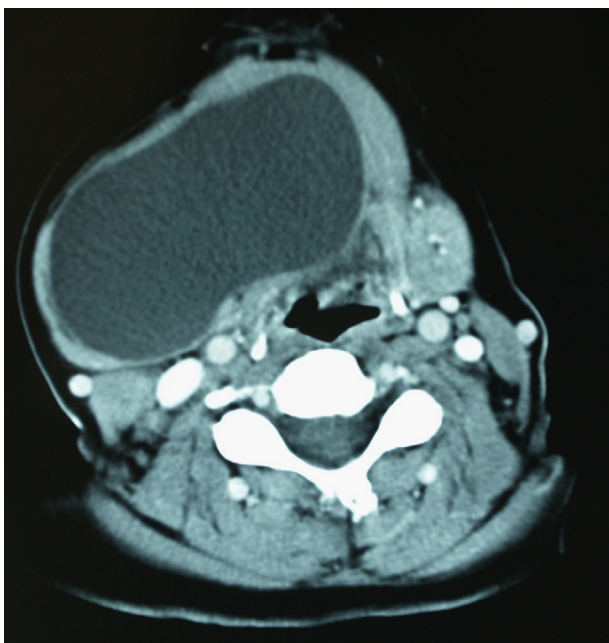
**Figura 2 – Aspecto preoperatorio de la paciente, visión lateral. Gran tumefacción laterocervical derecha.**



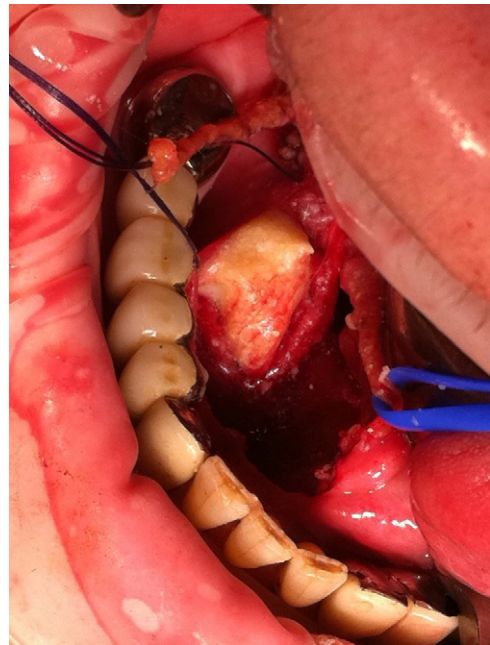
**Figura 3 – Tomografía computarizada de la lesión con su extensión hacia el suelo de la boca.**

y sublingual ipsilaterales. La paciente no muestra otros signos clínicos relevantes.

Se le realiza una tomografía computarizada objetivando una lesión hipercaptante de gran tamaño que comprende desde el suelo de la boca hasta el hioides, atravesando el plano milohioideo (figs. 3 y 4). Obstruye parcialmente la vía



**Figura 4 – Tomografía computarizada de la lesión con su extensión cervical.**



**Figura 5 – Visión intraoperatoria del suelo de la boca. El conducto de Wharton está separado con un vessel-loop de color azul. La lesión blanquecina se aprecia al fondo.**

aérea (fig. 3), aunque se realizó una intubación nasotraqueal sin problemas.

Se accede quirúrgicamente a la lesión a través del suelo de la boca, disecando cuidadosamente el conducto de Wharton y apartándolo del lugar de la intervención por medio de un vessel-loop. Se realiza exéresis de la glándula sublingual para un mayor campo quirúrgico (fig. 5).

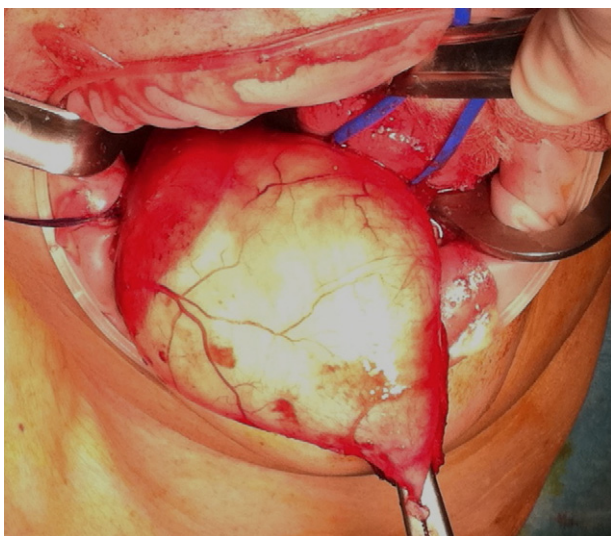
La lesión tiene un buen plano de disección con las estructuras circundantes. Se realiza una disección roma del quiste por todos aquellos lugares en los que es posible acceder. Se constata que no es posible realizar la exéresis de la lesión completa, puesto que su tamaño es tan grande que no cabe por la incisión quirúrgica realizada. Se procede al vaciado de su contenido por una aguja de gran calibre, obteniéndose un material de aspecto sebáceo.

Una vez vaciada la lesión, es posible extraerla a través de la herida quirúrgica (figs. 6 y 7). Se comprueba cuidadosamente el lecho quirúrgico realizando hemostasia. Se deja un drenaje sin aspiración y se sutura por planos con hilo reabsorbible (fig. 8).

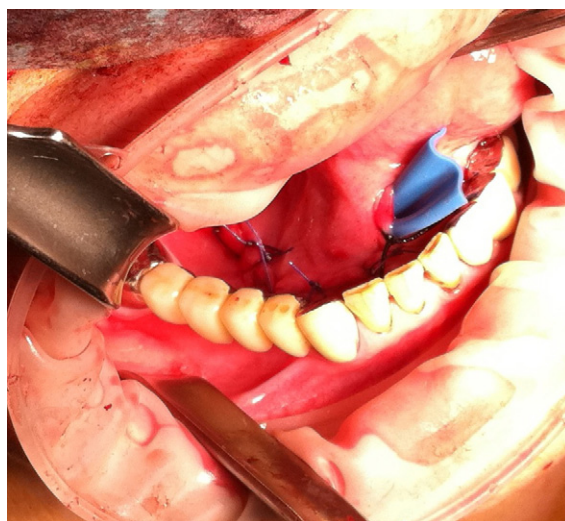
## Resultados

La paciente muestra un postoperatorio normal. A las 48 horas se le retira el drenaje prácticamente improductivo, y causa alta hospitalaria. Se revisa en el plazo de una semana, apreciándose una regresión franca de la deformidad causada por el efecto masa de la lesión (fig. 9).

No se constatan déficits en la exploración del nervio lingual, marginal o hipogloso. La glándula submaxilar de ese lado permanece funcional. El informe de Anatomía Patológica confirmó la sospecha clínica de quiste dermoide.



**Figura 6 –** Visión intraoperatoria del suelo de la boca. La lesión evacuada parcialmente cabe por la incisión realizada.



**Figura 8 –** Aspecto del suelo de la boca tras el procedimiento. Se aprecia el drenaje sin aspiración y la sutura con hilo reabsorbibles.

## Discusión

El abordaje intraoral es un distintivo y una de las señas de identidad del cirujano oral y maxilofacial.

A pesar de que otorga un tamaño del campo quirúrgico reducido y exige cierto entrenamiento en el manejo de instrumental para cirugía de cavidades, el abordaje intraoral es una solución quirúrgica que solventa un amplio abanico de patologías en nuestra especialidad.

Por otra parte, el abordaje intraoral es garante de escasa incidencia de infección postoperatoria, buen control analgésico y restitución tisular *ad integrum*, evitando el menoscabo estético evidente que supone una cicatriz en la superficie facial.



**Figura 7 –** Pieza para remitir a Anatomía Patológica. Su tamaño real era mayor, pero fue preciso evacuar parte de su contenido para poder extraerla.

Qué duda cabe, que en el caso particular que nos ocupa una incisión cervical habría aportado un campo óptimo, simplificando los requerimientos técnicos de la intervención. No obstante, el gran tamaño del quiste hacía que el emplazamiento de las ramas del nervio facial resultara difícilmente



**Figura 9 –** Paciente en revisión, una semana tras el procedimiento. Gran disminución de la deformidad cervical que otorgaba la masa subyacente.

predecible. Además, el hecho de evacuar parcialmente el contenido del quiste una vez completada su disección posibilitó poder extraerlo a través del suelo de la boca sin impedimentos.

## Conclusiones

El quiste dermoide es una lesión disontogénica cuya única posibilidad terapéutica curativa es la exenteración quirúrgica.

En el presente texto se muestra un abordaje intraoral de un quiste dermoide de gran extensión, localizado tanto a nivel de supramilohioideo como inframilohioideo.

Es posible exenterar este tipo de lesiones a través del suelo de la boca independientemente del tamaño que tengan. A tal fin resulta imprescindible tener un buen plano de disección con las estructuras anatómicas adyacentes y vaciar parte del contenido quístico como paso previo a su extracción.

De este modo se consigue un postoperatorio casi indoloro, evitando la lesión de las ramas del nervio facial y limitando la posibilidad de infección postoperatoria.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- King RC, Smith BR, Burk JL. Dermoid cyst in the floor of the mouth Review of the literature and case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;78:567-76.
- Meyer I. Dermoid cysts of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1955;8:1149-64.
- Vargas JL, Lorenzo J, Aneiros J, Sainz M. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007;58:31-3.
- Lima SM, Chrcanovic BR, de Paula AM, Freire-Maia B, de Souza LN. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Scientific WJ.* 2003;3:156-62.
- Solazzo L, Madaro E, De Giovanni PP, Berrone S. Dermoid Cyst of the oral floor. A clinical case report and review of the literature. *Minerva Stomatol.* 1994;43:171-7.
- Gibson WS, Fenton NA. Congenital sublingual dermoid cyst. *Arch Oto- laryngol.* 1982;108:745-8.
- MacNeil SD, Moxham JP. Review of floor of mouth dysontogenic cysts. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2010;119:165-73.
- Leveque H, Saraceno CA, Tang CK, Blanchard CL. Dermoid cysts of the floor of the mouth and lateral neck. *Laryngoscope.* 1979;89:296-305.
- Clark MJ, Chavarria L, Offutt DD, Thomas LP. Review of the literature and report of a case of a dermoid cyst. *Tex Den J.* 1991;108:15-8.
- Quinn JH, Robinson WC. Multiple congenital cysts of the floor of the mouth in a newborn infant. *Oral Surg.* 1965;20:1-5.
- Papadogeorgakis N, Kalfarentzos EF, Vourlakou C, Alexandridis C. Surgical management of a large median dermoid cyst of the neck causing airway obstruction. A case report. *Oral Maxillofac Surg.* 2009;13:181-4.
- Eken M, Oktay ZA, Ayduran E, Eken EE, Sanli A. Enucleating the large and median geniohyoid dermoid cysts of the floor of the mouth with intraoral inferior based U-shaped flap technique: how we do it. *Clin Otolaryngol.* 2009;34:479-81.
- Stewart S, Glogoff M, Sherman P. Large sublingual dermoid cyst: report of case. *J Oral Surg.* 1973;31:620-4.
- Colp R. Dermoid cysts of the floor of the mouth. *Surg Gynecol Obstet.* 1925;40:183-95.
- Faerber TH, Hiatt WR, Dunlap C. Congenital teratoid cyst of the floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg.* 1988;46:487-90.