

# Quiste dermoide latero cervical

Daniel Rappoport W.<sup>1</sup>, Matías Rau M.<sup>1</sup>, Francisco Rodríguez M.<sup>1</sup>,  
Patricio Gac E.<sup>1</sup>, Paula Segura H.<sup>2</sup> y Patricio Cabane T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía,  
Hospital Clínico de la  
Universidad de Chile.  
Santiago, Chile.  
<sup>2</sup>Servicio de Anatomía  
Patológica, Hospital Clínico  
de la Universidad de Chile.  
Santiago, Chile.

Recibido el 12 de mayo  
de 2020 y aceptado para  
publicación el 20 de mayo  
de 2020.

#### Correspondencia a:

Daniel Rappoport W.  
Santos Dumont 999,  
Independencia. Santiago,  
Chile.  
dr.rappoport@gmail.com

## Dermoid cyst of the lateral neck

**Introduction:** Dermoid cysts are uncommon lesions from ectodermic origin. Only 1.6% arise in the floor of the mouth, and at this site only 6% arise laterally in the submandibular region. **Aim:** Case report and review of the literature. **Clinical Case:** 32 years old patient, with a slow growing lesion during 1 year. Complete resection with an ipsilateral submandibulectomy was performed. The pathologic report showed a dermoid cyst. **Discussion:** The localization of this lesion is very uncommon. In the pathologic report are lesion with pluri stratified cornified ephthelium with skin attachments. Image studies show a cystic lesion being the magnetic resonance the best study to characterize this lesions. Are benign lesions, without recurrence reported when the lesion has been fully excised.

**Key words:** dermoid cyst; cervical cyst; congenital malformation.

## Resumen

**Introducción:** Los quistes dermoides son lesiones de origen ectodérmico poco frecuentes. Solo un 1,6% de ellos, se presenta en el piso de la boca y de éstos, solo un 6% lateralmente en el espacio submandibular. **Objetivo:** Reporte de caso y revisión de la literatura. **Caso clínico:** Se presenta un caso de una paciente de 32 años, con un cuadro de 1 año de evolución caracterizado por una lesión de crecimiento lento pero sostenido. Se le realizó la resección de la lesión junto con una submandibulectomía ipsilateral resultando compatible con un quiste dermoide. **Discusión:** La localización de esta lesión es muy infrecuente. En el estudio histopatológico son lesiones con epitelio pluriestratificado cornificado y anexos cutáneos. El estudio de imágenes orienta a una lesión quística, siendo la resonancia nuclear hoy en día el mejor examen para caracterizar esta lesión. Es una lesión benigna, sin recidivas reportadas cuando la resección ha sido completa.

**Palabras clave:** quiste dermoides; quiste cervical; malformación congénita.

## Introducción

Los quistes dermoides (QD), también llamados teratomas quísticos benignos, son tumores poco frecuentes, benignos, de origen ectodérmico que pueden localizarse en cualquier región del cuerpo<sup>1</sup>.

Mientras que los ovarios y el sacro son el lugar más común para estos tumores, el 6,9% ocurren en la región de cabeza y cuello<sup>1</sup>, y más específicamente, sólo el 1,6% se presentan en el piso de la boca<sup>2</sup>.

De los quistes dermoides que se localizan en el piso de la boca, la mayoría se ubica en la línea media<sup>3,4</sup> (sublingual 52%, submental 26%) y sólo un 6% se encuentra lateralmente, presentes en el espacio submandibular<sup>4,5</sup>.

En contraste a otros quistes de la cabeza y cuello que se manifiestan clínicamente desde el nacimiento en un 37% de los casos<sup>1</sup>, los quistes dermoides del suelo de la boca raramente se manifiestan clínicamente en niños<sup>6</sup>, aunque al ser congénitos ya se encuentran presentes desde el nacimiento, manifestándose habitualmente entre la 2<sup>a</sup> o 3<sup>a</sup> década de la vida<sup>3,7</sup>, sin existir predilección de género<sup>1,3,8</sup>.

Aunque la clínica y las imágenes orientan al diagnóstico de este tipo de lesiones, el diagnóstico definitivo lo entrega el correspondiente estudio histopatológico, puesto que los signos y síntomas están también presentes en otras lesiones y pueden llevar a confusión y error en el diagnóstico.

**Caso Clínico**

Mujer de 32 años con antecedentes de insulino- resistencia presentó un cuadro clínico de aproximadamente 1 año de evolución caracterizado por aumento de volumen indoloro en la región submandibular derecha. Al interrogatorio dirigido no había historia de trauma local, infección u otros síntomas asociados. Consulta y se inicia estudio con una ecografía cervical, en la que impresiona una lesión quística de 3 cm en región sub-

mandibular derecha yuxtaglandular, que sugiere un quiste branquial. Sin adenopatías cervicales ni otras lesiones asociadas.

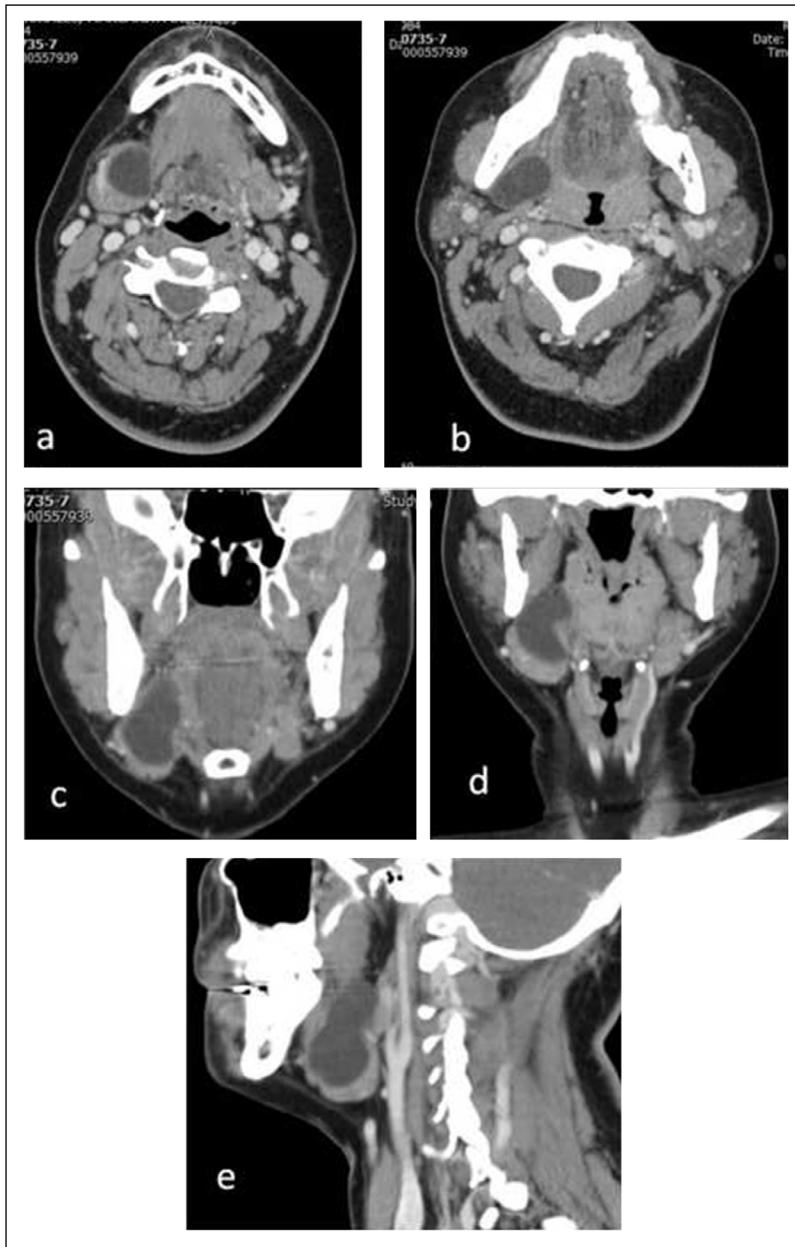
Por lo que se deriva para resolución quirúrgica a nuestro centro.

Al examen físico destaca en la región cervical un aumento de volumen en nivel II derecho de 3,5 cm de diámetro mayor, levemente doloroso, sin compromiso de la piel adyacente. Además, impresiona linfonodo yugulo digástrico de 15 mm sensible a la palpación.

Se complementa con una tomografía computada (TC) de cuello con contraste, observándose una lesión quística de la glándula submandibular derecha de 4 cm de diámetro mayor, que sugiere corresponder a mucocelo. No evidencia adenopatías, litiasis ni otras alteraciones (Figura 1).

Se realizó exploración quirúrgica, donde se constata lesión quística de contenido espeso, sin adenopatías u otras lesiones cervicales, que se extiende hacia la línea media, de 5 x 2 x 2 cm de consistencia gomosa, adherido a glándula submandibular (Figura 2).

Se reseco la lesión quística en *block* con glándula submandibular. La paciente evoluciona favorablemente por lo que se indica alta a las 24 h. El estudio histopatológico muestra una estructura quística revestida de epitelio escamoso normotípico, con maduración, diferenciación y polaridad adecuada del componente celular, que descama queratina lamini-llar madura hacia el lumen. El estroma subyacente es fibroso, con presencia de anexos cutáneos normotípicos, compatible con teratoma maduro quístico (Figuras 3 y 4).

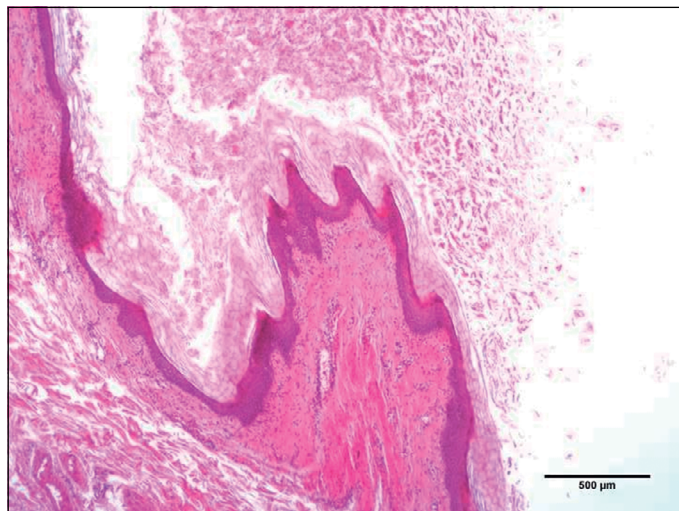


**Figura 1.** Tomografía computada de cuello con contraste que muestra lesión quística submandibular derecha intraglandular. **a-b)** cortes axiales; **c-d)** cortes coronales y **e)** corte sagital.

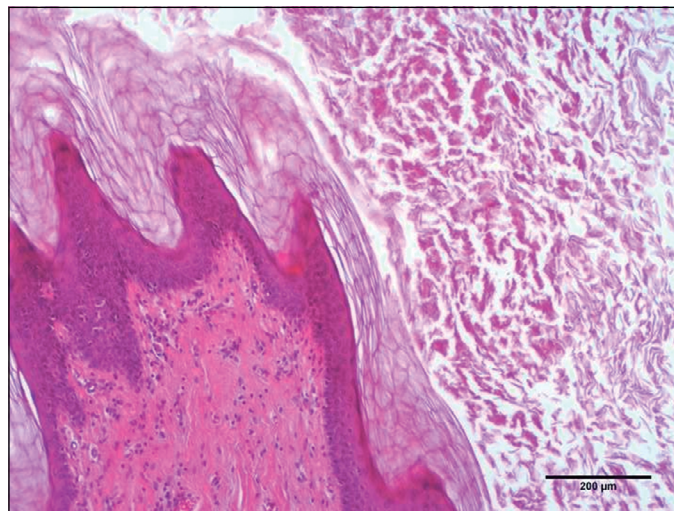


**Figura 2.** Quiste dermoide junto con glándula submaxilar derecha. En extremo izquierdo de la imagen se parecía glándula submaxilar adherida a quiste y en extremo derecho salida de contenido espeso desde el quiste.

## CASOS CLÍNICOS



**Figura 3.** Hematoxilina-Eosina, 4x. Pared del quiste. Se identifica revestimiento epitelial de tipo escamoso, con abundante descamación de queratina laminillar madura hacia el lumen.



**Figura 4.** Hematoxilina-Eosina, 10x. Detalle del revestimiento epitelial. Se identifica componente celular con maduración, diferenciación y polaridad adecuada, sin evidencias de atipia ni actividad mitótica.

### Discusión

Los quistes dermoides en la región cervical son un tipo de lesión poco frecuente de encontrar, más aún en la región lateral del cuello<sup>1</sup>, donde el diagnóstico diferencial orienta a otras lesiones, tales como quistes branquiales, malformaciones linfáticas, sialocele, adenopatías y otros tumores ya sea benignos o malignos de las glándulas salivales<sup>5,9</sup>.

El diagnóstico definitivo se realiza con estudio histopatológico, no obstante, la aproximación clínica e imagenológica permiten orientar al tratante al posible diagnóstico.

Tanto la ecografía como la TC cervical orientaron a lesiones quísticas, no obstante, no se logró identificar un signo que orientara al diagnóstico etiológico. Se ha descrito un patrón imagenológico característico como “saco de canicas” en la TC y más recientemente mediante resonancia nuclear magnética (RNM), que sería patognomónica<sup>10</sup>. Actualmente, la RNM sería el examen imagenológico de mayor rendimiento para evaluar este tipo de lesiones<sup>10,11</sup>.

De acuerdo a la clasificación histopatológica de los teratomas de Meyer, que los subdivide en quistes epidermoides, quistes dermoides y teratomas teratoideos o verdaderos. El quiste dermoides, presenta una pared fibrosa con revestimiento que incluye epitelio pluriestratificado cornificado y anexos cutáneos. El teratoma quístico, además de este revestimiento, presenta otros tejidos derivados

de las tres capas embrionarias, siendo frecuente la presencia de cartílago, hueso, tiroides o cavidades revestidas por epitelio respiratorio o de glándulas digestivas. Por otra parte, el quiste epidérmico solo incluye el revestimiento, sin incluir anexos cutáneos<sup>3</sup>.

La lesión expuesta en este caso corresponde a un quiste dermoides también llamado teratoma maduro quístico, ya que presenta una pared revestida de epitelio plano más anexos cutáneos, ambos de origen ectodérmico, sin elementos derivados del mesoderma o endoderma.

La gran mayoría son congénitos. Como origen alternativo se ha sugerido la inclusión traumática de piel en capas de tejidos más profundos (aguja o cuchillo quirúrgico), lo cual correspondería hasta el 10% de los casos<sup>12</sup>. En el caso presentado, no hubo antecedentes de punción o traumatismo cervical, por lo que su origen es congénito, que se relaciona con la totalidad de casos expuestos en la respectiva localización.

No existe evidencia certera del origen prenatal de los quistes dermoides localizados a nivel submandibular. La teoría más aceptada de acuerdo a los escasos reportes descritos en la literatura, sugiere un origen común en la línea media con los quistes dermoides congénitos submentonianos, provenientes de una inclusión de restos epiteliales, en el momento del cierre bilateral del I y II arcos branquiales, durante la quinta semana del desarrollo embrionario<sup>3</sup>. Durante el desarrollo extrauterino se



irían desplazando a una localización lateralizada<sup>13</sup>, frecuentemente manteniendo una conexión fibrótica con la línea media<sup>14</sup>. En el presente caso, se objetivó una morfología digitiforme, cuyo extremo medial (más delgado) contacta la línea media dando como resultado una localización excepcional para este tipo de tumores, comprometiéndolo tanto el nivel Ia como Ib cervical.

La edad de presentación de nuestro caso se correlaciona con lo expuesto en la literatura, ya que el diagnóstico se realizó en la tercera década de la vida, lo que diferencia a este tipo de quistes de otros de la región cervical que son congénitos y se diagnostican en la infancia, como el quiste tirogloso o los quistes branquiales. La presentación clínica habitual es asintomática como hallazgo en examen por otras causas, o como aumento de volumen cervical indoloro<sup>8</sup>. En algunos casos, al aumentar de tamaño, pueden ocasionar síntomas al comprimir estructuras adyacentes.

El tratamiento es la resección quirúrgica con integridad capsular, para así evitar recurrencias locales, revirtiendo por completo la sintomatología. En caso de un quiste sobreinfectado, lo ideal es tratar el cuadro infeccioso como primer paso, en caso

de un quiste abscedado, drenar además el absceso, y reseca la lesión una vez resuelta la inflamación, disminuyendo la morbilidad de la cirugía. El pronóstico es muy bueno, no habiendo casos reportados de recurrencias luego de la escisión completa, ni tampoco casos de degeneración maligna en los quistes dermoides verdaderos<sup>8,10</sup>.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

**Conflictos de interés:** No hay.

### Bibliografía

1. New GB, Erich JB. Dermoid cysts of the head and neck. *Surg Gynecol Obstet.* 1937;65:48-55.
2. Mandel L, Surattanont F. Lateral dermoid cyst. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63:137-40.
3. Meyer I. Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1955;8:1149-64.
4. 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.
5. Teszler CB, El-Naaj IA, Emodi O, Luntz M, Peled M. Dermoid cysts of the lateral floor of the mouth: a comprehensive anatomic-surgical classification of cysts of the oral floor. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65:327-32.
6. Yoshimura Y, Takada K, Takeda M, Mimura T, Mori M. Congenital Dermoid Cyst of the Sublingual Region: Report of a Case. *J Oral Surg.* 1970;28:366-70.
7. Blair VP. *Surgery and Diseases of the Mouth and Jaws.* C. V. Mosby Company, pp. 487-491, 1918.
8. Longo F, Maremonti P, Mangone GM, De Maria G, Califano L. Midline (dermoid) cysts of the floor of the mouth: report of 16 cases and review of surgical techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112:1560-5.
9. Fuchshuber S, Grevers G, Issing WJ. Dermoid cyst of the floor of the mouth—a case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2002;259:60-2.
10. Koeller KK, Álamo L, Adair CF, Smimiotopoulos JG. Congenital cystic masses of the neck: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 1999;19:121-46.
11. Vogl TJ, Steger W, Ihrler S, Ferrera P, Grevers G. Cystic masses in the floor of the mouth: value of MR imaging in planning surgery. *AJR Am J Roentgenol.* 1993;161:183-6.
12. Gold BD, Sheinkopf DE, Levy B. Dermoid, epidermoid and teratomatous cysts of the tongue and the floor of the mouth. *J Oral Surg.* 1974;32:107-11.
13. Go“ru” r K, Talas DU, Ozcan C. An unusual presentation of neck dermoid cyst. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2005;262:353-5.
14. Leveque H, Saraceno CA, Tang CK. Dermoid cysts of the floor of the mouth and lateral neck. *Laryngoscope* 1979;89:296-305.