



Inicio	Reglamento	Reporte de resúmenes	Programa	Distribución de trabajos
Mi cuenta	Cerrar sesión			

Administración

[Inicio](#) » [Quiste dermoide del piso de la boca: Comunicación de un caso](#)

Panel de Control

Vista

Diferencias

Editar

Revisiones

Asignar coordinadores

Resumen #1700

Quiste dermoide del piso de la boca: Comunicación de un caso

¹Fonseca IB, ²Siebenhaar GL, ¹Liendo A, ¹Spitale LS

¹II Cátedra de Patología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina;

²Consultorio particular

Enviados a corregir

Persona que presenta: Liendo A, agusliendo9@gmail.com

Área: Clínico / Quirúrgica

Disciplina: Odontología

Resumen:

El quiste dermoide (QD) se origina en células epiteliales atrapadas durante el cierre de los procesos embrionarios que forman el piso de la boca. Se clasifican en medial y lateral, que puede afectar uno o ambos lados. Se observa especialmente en la 2da y 3ra décadas de vida. A diferencia de QD observados en otras partes, los del piso de la boca, se dan esporádicamente en el nacimiento. Clínicamente se presenta como una masa móvil fluctuante a la palpación. El crecimiento es lento e indoloro. Por estar ubicados en tejidos blandos, el examen radiográfico convencional es poco demostrativo. La anatomía patológica resulta fundamental en el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico y, una vez extirpado, no recidiva salvo excepciones.

Aprobados por coordinador

Aprobados por revisor

En traducción

Listo para publicar

169

Rechazados

5

Resúmenes Corrección

Caso clínico: niña de 8 años que cursa con dolor y tumefacción debajo de la lengua, dificultad en la deglución y el habla. El examen intraoral mostró una tumefacción medial en tercio anterior de piso de boca, de consistencia blanda y con un tamaño 25 mm de diámetro. Los diagnósticos presuntivos fueron quiste dermoide y ránula. Se realizó la exéresis de la lesión. Macroscopia: quiste de 25 mm. de diámetro fijado en formol. Al corte exhibe pared elástica de 1 mm. de espesor y contenido pastoso amarillento claro. Presenta superficie interna lisa, sin evidencias de papilas ni de áreas solidas. El estudio microscópico mostró piel con hiperqueratosis, glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos. No se observan tejidos inmaduros ni criterios de malignidad. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con: ránula, mucocele, obstrucción del conducto de Wharton, malformaciones congénitas situadas en el suelo de la boca como hemangiomas, linfangiomas, quistes del conducto tirogloso, quistes branquiales y tiroides

ectópicas. En caso de rotura del quiste aparecen histiocitos, células multinucleadas gigantes, granulomas de cuerpo extraño y un componente inflamatorio. El motivo de la presente comunicación es reportar un caso de QD, debido a su localización poco frecuente en la cavidad oral pero con una correcta evaluación clínica aunque el diagnóstico prequirúrgico preciso, en algunos casos, resulte difícil. Es por ello que el tratamiento quirúrgico evita no sólo el riesgo de una complicación infecciosa y posible malignización, sino que, además, permite arribar a un diagnóstico definitivo mediante el estudio histopatológico.

Palabras Clave: Quiste, dermoide, boca, niña, ránula

 [Versión para impresión](#) |  [PDF version](#)

Abstract #1700

Dermoid cyst of the floor of the mouth: Case report

¹Fonseca IB, ²Siebenhaar GL, ¹Liendo A, ¹Spitale LS

¹II Cátedra de Patología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina;

²Consultorio particular

Persona que presenta: Liendo A, agusliendo9@gmail.com

Abstract:

The dermoid cyst (DC) originates from epithelial cells trapped during the closure of the embryonic processes that form the floor of the mouth. They are classified medial and lateral, which can affect one or both sides. It is observed especially in the 2nd and 3rd decades of life. Unlike DCs seen elsewhere, those of the floor of the mouth occur sporadically at birth. Clinically it presents as a fluctuating mobile mass on palpation. The growth is slow and painless. Because they are located in soft tissues, conventional radiographic examination is not very demonstrative. Pathological anatomy is fundamental in the diagnosis. The treatment is surgical and, once extirpated, it does not recur with some exceptions.

Case report: an 8-year-old girl presenting with pain and swelling under the tongue, difficulty in swallowing and speech. Intraoral examination showed a medial tumefaction in the anterior third of the floor of the mouth, with a soft consistency and a size of 25 mm in diameter. The presumptive diagnoses were dermoid cyst and ranula. The lesion was removed. Macroscopy: cyst of 25 mm. in diameter fixed in formaldehyde. The cut showed an elastic wall of 1 mm. thick and light yellowish pasty content. It presents smooth internal surface, with no evidence of papillae or solid areas. The microscopic study showed skin with hyperkeratosis, sebaceous glands, sweat glands and hair follicles. No immature tissues or malignancy criteria were observed. The differential diagnosis should be made mainly with: ranula, mucocele, obstruction of Wharton's duct, congenital malformations located in the floor of the mouth such as hemangiomas, lymphangiomas, thyroglossal duct cysts, gill cysts and ectopic thyroids. In cyst rupture there are histiocytes, multinucleated giant cells, foreign body granulomas and an inflammatory component. The reason for the present communication is to report a case of DC, due to its infrequent in the oral cavity but with a correct clinical evaluation, even if the preoperative diagnosis although the precise pre-surgical diagnosis, in some cases, is difficult. That is why surgical treatment avoids not only the risk of an infectious and possible malignant, but also makes it possible to reach a definitive diagnosis by histopathological study.

Keywords: cyst dermoid mouth child ranula