

Reporte de caso clínico de un quiste dermoide sublingual gigante

Clinical case report of a giant sublingual dermoid cyst

Martha Guadalupe Terrazas Ortiz

lupitato1602@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6027-200X>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Pachuca – México

Martha Mendoza Rodríguez

martha_mendoza2138@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7887-7580>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Pachuca – México

Ricardo Vargas Vargas

ricardomaxilo28@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-7234-0262>

Instituto Mexicano del Seguro Social

Pachuca – México

Miriam Alejandra Veras Hernández

miriamalejandra_veras@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3678-5658>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Pachuca – México

Carlo Eduardo Medina Solís

cemedinas@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-1410-9491>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Pachuca – México

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i4.6215>

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i4.6215>

Reporte de caso clínico de un quiste dermoide sublingual gigante

Clinical case report of a giant sublingual dermoid cyst

Martha Guadalupe Terrazas Ortiz

lupitato1602@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6027-200X>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Pachuca – México

Martha Mendoza Rodríguez

martha_mendoza2138@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7887-7580>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Pachuca – México

Ricardo Vargas Vargas

ricardomaxilo28@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-7234-0262>

Instituto Mexicano del Seguro Social

Pachuca – México

Miriam Alejandra Veras Hernández

miriamalejandra_veras@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3678-5658>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Pachuca – México

Carlo Eduardo Medina Solís

cemedinas@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-1410-9491>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Pachuca – México

Artículo recibido: 06 de marzo de 2026. Aceptado para publicación: 17 de julio de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Los quistes dermoides son lesiones benignas infrecuentes en región maxilofacial, originadas por inclusión epitelial durante el desarrollo embrionario. Representan el 1.6% de quistes de piso de boca, su crecimiento lento pero progresivo puede causar disnea, disfagia y compromiso de vía aérea. El objetivo es presentar un caso clínico de un quiste dermoide sublingual gigante, analizando su diagnóstico, abordaje terapéutico y evolución, destacando la importancia de un manejo quirúrgico oportuno. Presentación del Caso: Paciente femenina de 16 años, sin antecedentes patológicos relevantes, acudió por dificultad progresiva para respirar, deglutir y episodios de apnea nocturna de 2 años de evolución. El examen clínico mostró un aumento de volumen en región submental y sublingual, desplazando la lengua hacia el paladar. La tomografía computarizada reveló una lesión quística, redondeada, hipodensa y delimitada, de 68 x 40 x 30 mm, que ocupaba el espacio sublingual y se extendía al submandibular, comprimiendo la vía aérea. El diagnóstico imagenológico inicial sugirió una ránula plunging. La aspiración con aguja fina fue negativa para células malignas, la biopsia incisional posterior confirmó el diagnóstico histopatológico de quiste dermoide. Se realizó una escisión quirúrgica completa mediante un abordaje extraoral submental, con evolución postoperatoria

favorable y resolución completa de la sintomatología. Conclusión: un diagnóstico diferencial preciso, apoyado en estudios de imagen e histopatología es necesario para identificar correctamente los quistes dermoides gigantes. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección, permitiendo la resolución de síntomas y previniendo complicaciones. El seguimiento clínico y por imagen es esencial para vigilar la recurrencia.

Palabras clave: quiste de inclusión epitelial, dermoide, sublingual, tomografía, enucleación

Abstract

Dermoid cysts are uncommon benign lesions in the maxillofacial region, originating from epithelial inclusion during embryonic development. They represent 1.6% of floor of the mouth cysts, their slow but progressive growth can cause dyspnea, dysphagia, and airway compromise. The objective is to present a clinical case of a giant sublingual dermoid cyst, analyzing its diagnosis, therapeutic approach, and evolution, highlighting the importance of timely surgical management. Case Presentation: A 16-year-old female patient, with no relevant pathological history, presented with progressive difficulty breathing, swallowing, and episodes of nocturnal apnea over a 2-year period. Clinical examination showed swelling in the submental and sublingual region, displacing the tongue towards the palate. Computed tomography (CT) revealed a rounded, hypodense, defined cystic lesion measuring 68 x 40 x 30 mm, which occupied the sublingual space and extended to the submandibular space, compressing the airway. The initial imaging diagnosis suggested a plunging ranula. Fine-needle aspiration was negative for malignant cells, but a subsequent incisional biopsy confirmed the histopathological diagnosis of a dermoid cyst. Complete surgical excision was performed via a submental extraoral approach, with a favorable postoperative course and complete resolution of symptoms. Conclusion: An accurate differential diagnosis, supported by imaging and histopathological studies, is necessary to correctly identify giant dermoid cysts. Complete surgical resection is the treatment of choice, allowing for the resolution of symptoms and preventing complications. Clinical and imaging follow-up is essential to monitor for recurrence.

Keywords: epithelial inclusion cyst, dermoid, sublingual, tomography, enucleation

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Terrazas Ortiz, M. G., Mendoza Rodríguez, M., Vargas Vargas, R., Veras Hernández, M. A., & Medina Solís, C. E. (2026). Reporte de caso clínico de un quiste dermoide sublingual gigante. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (4), 215 – 229.
<https://doi.org/10.56712/latam.v7i4.6215>

INTRODUCCIÓN

El término “quiste” deriva del griego kistis, que significa “vejiga”; se considera una cavidad de origen epitelial y conectivo que contiene una sustancia líquida o semilíquida. Los quistes se clasifican según su etiología en congénitos o adquiridos en la región de cabeza y cuello. Los congénitos derivan de alteraciones en el desarrollo embrionario, mientras que los adquiridos se deben a procesos infecciosos, inflamatorios o neoplásicos (Torrecilla-Venegas et al., 2022). Las masas quísticas congénitas del cuello se dividen en mediales y laterales; se consideran mediales los quistes del conducto tirogloso, dermoides y broncogénicos; laterales, como linfagiomias, quistes tímicos y de la hendidura branquial (Fanous et al., 2021).

Los quistes de inclusión epitelial o bien quistes dermoides QD se desarrollan a partir de tejidos ectodérmicos y mesodérmicos, contienen glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos. Su etiología aún se discute, existen dos principales teorías para explicar el desarrollo de los mismos. La teoría de inclusión congénita plantea que el quiste se desarrolla a partir de un accidente durante el desarrollo embrionario entre la tercera y cuarta semanas de gestación, en el cual se produce atrapamiento de células epiteliales durante la fusión del primer y segundo arco faríngeo en la línea media. Teoría de implantación adquirida: se originan tras la inserción traumática de células epiteliales en tejidos profundos o como resultado de la oclusión de glándulas sebáceas, después de un trauma o cirugía. (Safwan et al., 2024) (Basla et al., 2023) (Bargiel et al., 2024)

En 1937 New y Erich fueron los primeros en describir los quistes dermoides y epidermoides como lesiones cercanas a la región submental, submandibular y con frecuencia en el piso de la boca (Narváez-Ruiz et al., 2021) (Brigenti et al., 2025) Posteriormente, Meyer en 1955 los clasificó de acuerdo a los derivados embrionarios que contienen, los agrupó en: 1) quistes epidermoides, revestidos de epitelio escamoso, pero sin anexos dérmicos, 2) dermoides, revestidos por epitelio escamoso queratinizante y con anexos dérmicos, 3) teratoides, componentes derivados de las tres capas germinales, que contienen elementos epiteliales y no epiteliales como hueso, músculo, tejido respiratorio o gastrointestinal (González et al., 2021). Por otro lado, Colp los clasificó anatómicamente en tres localizaciones: submentonianos, que se localizan por debajo del músculo milohioideo; sublinguales, por encima del músculo milohioideo y submandibular/lateral, localizados lateralmente debajo de la lengua, por encima del músculo milohioideo en el espacio submandibular. (Dokania, 2023, p. 4)

La mayoría de los quistes dermoides se encuentran en ovarios y región sacra (80%), cerca del 6.9% se desarrollan en cabeza y cuello, el 1.6% comprometen el piso de la boca, reportando el 52% sublinguales, 26% submentonianos y 6% lateralmente en el espacio submandibular, sin predominio por sexo (Brigenti et al., 2025) (Wurgaft & Moreno, 2020)

Se presentan habitualmente como una hinchazón asintomática que puede permanecer estable indefinidamente o tener un crecimiento lento, poseen una consistencia blanda o pastosa con material queratinoso de color blanco amarillento, revestido por epitelio escamoso estratificado con folículos pilosos y glándulas sebáceas, la cavidad contiene queratina laminada y numerosos pelos vellosos con una orientación irregular, aparecen en la adolescencia, adultez temprana, posterior a una infección en amígdalas, adenoides o por un manejo inadecuado de las mismas. Cuando los QD se desarrollan en el piso de boca, provocan alteraciones estéticas y funcionales como disnea, disfagia, disfonía e incluso papada (Sejati et al., 2024) (Dwivedi et al., 2020). Su comportamiento clínico es variable; pueden infectarse o inflamarse, provocando la rotura de la pared del quiste, desencadenando una reacción de células gigantes a cuerpo extraño, causando dolor y evidenciando la lesión (Salem et al., 2022) (Fanous et al., 2021)

La sintomatología depende del tamaño y localización; varía de milímetros a centímetros, cuando supera los 5 cm, se denomina quiste dermoide gigante; puede alcanzar 12 cm, los que se desarrollan por encima del músculo milohioideo desplazan la lengua hacia el paladar, interfiriendo con el habla, masticación y en casos severos, la respiración, los que se desarrollan por debajo del músculo milohioideo presenta abultamientos submentonianos o submandibulares. (Malhotra et al., 2023)

El estudio de las masas cervicales se basa inicialmente en la historia clínica, las manifestaciones del paciente y la exclusión de signos y síntomas. Se detecta mediante un ultrasonido inicial, donde el quiste se observa como una formación ecolúcida bien delimitada. Los auxiliares de diagnóstico complementarios incluyen la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), que muestran la localización y extensión exacta de la lesión para planificar el abordaje quirúrgico. La RM ofrece mayor resolución para tejidos blandos y mejor capacidad para visualizar el contenido interno del quiste, se aprecian características típicas como la apariencia de "saco de canicas" o bandas lineales que se asemejan al cabello. Un examen citológico por aspiración con aguja fina (BAAF) es útil para diferenciar el quiste. Sin embargo, un estudio histopatológico definitivo de la lesión extirpada es esencial para confirmar el diagnóstico. (Alhusain et al., 2023) (Dokania, 2023, p. 4) (Quintana et al., 2019)

Una vez detectada la lesión, el tratamiento es quirúrgico, independientemente del tamaño del quiste, si bien estas lesiones son benignas, pueden presentar complicaciones si no se tratan oportunamente, como infecciones recurrentes o crecimiento que comprometa estructuras adyacentes. El tratamiento consiste en dos técnicas: enucleación y marsupialización. La enucleación consiste en la extirpación completa de la bolsa quística y la cicatrización de la herida. La marsupialización requiere la apertura del borde superior del quiste, vaciando el contenido y manteniendo la continuidad entre el quiste y las estructuras adyacentes y se utiliza para la extirpación de quistes grandes. (De Paulo et al., 2014) (Sejati et al., 2024)

Los QD se tratan mediante una escisión quirúrgica completa bajo anestesia general con un abordaje intraoral o extraoral, dependiendo del tamaño y la ubicación de la lesión, reforzando con infiltración de anestesia local. Cuando se encuentra por encima del músculo milohioideo, se retira mediante una incisión intraoral, cuando se encuentra en un plano inferior, se extirpan mediante cervicotomía. Su resección suele ser compleja por la adherencia y fibrosis con los tejidos adyacentes, requiriendo de una disección roma más precisa. Es importante preservar la cápsula del quiste para evitar recurrencias locales (Quintana et al., 2019). En caso de un quiste infectado, se trata primero el cuadro infeccioso, cuando el quiste está abscedado, se drena el absceso y se resecta la lesión una vez controlada la inflamación. El pronóstico suele ser favorable, con una tasa de recurrencias y transformación maligna en carcinoma de células escamosas en aproximadamente el 5% de los casos, continuando con un seguimiento clínico e imagenológico trimestral del paciente (Wurgaft & Moreno, 2020) (González et al., 2021)

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de un quiste dermoide sublingual gigante, analizando su diagnóstico, abordaje terapéutico y evolución, con el fin de destacar la importancia de un manejo quirúrgico oportuno.

Presentación de caso clínico

Paciente femenino (ELOG) de 16 años, originaria de Progreso, Hidalgo, estudiante, soltera, católica, no presenta adicciones. Sin antecedente de importancia para padecimiento actual.

Motivo de consulta: dificultad para respirar, deglutir, así como para dormir.

Inicia padecimiento actual hace 2 años tras presentar dificultad a la deglución, agregándose periodos de apnea nocturna, por lo que acude a consulta de valoración con médico general, quien diagnostica como probable absceso sin mencionar origen, iniciando tratamiento con antibiótico y AINE, sin conocer tipo, evolución tórpida, por lo que acude a consulta con otorrinolaringología, quien diagnostica posible apnea del sueño, solicitando estudio tomográfico de cabeza y cuello para su valoración, el cual mostró una lesión lobulada en piso de boca dependiente de glándulas sublinguales, remitiendo a consulta con el maxilofacial para valoración.

En la valoración clínica extraoral no presenta ningún hallazgo significativo, intraoral presenta oclusión habitual, órganos dentarios libres de caries, mucosas con adecuada coloración e hidratación, aumento de volumen en piso de boca desplazando lengua hacia el paladar, carúnculas salivales de Warthon permeables, orofaringe con dificultad para valoración, cuello cilíndrico, tráquea central, aumento de volumen en región submental +++, no hiperémico, no hipertérmico, no fluctuante, unida aparentemente a planos profundos, por arriba de hueso hioides, no se palpan adenomegalias, resto de la exploración sin alteraciones importantes. (Figuras 1 y 2)

Figura 1

Exploración clínica facial del paciente



Figura 2

Exploración clínica bucal del paciente



Descripción Tomográfica

Se observan músculos del suelo de la boca simétricos y desarrollados normalmente, espacio sublingual ocupado por lesión redondeada, de bordes definidos y paredes finas, hipodensa (coeficiente

de atenuación de 23 UH en fase simple), con dimensiones de 68 mm x 40 mm x 30 mm en sus ejes longitudinal por anteroposterior por transverso, respectivamente, volumen aproximado de 47 ml, la cual descendiendose inferiormente a través de los músculos milohioideos al espacio submandibular y que al paso del medio de contraste endovenoso no presenta realce. (Figuras 3 y 4)

Diagnóstico tomográfico: Lesión quística de características benignas concordante con ránula plugin

Figura 3

Corte coronal de lesión en piso de boca: se aprecia lesión lobulada bien delimitada hipodensa



Figura 4

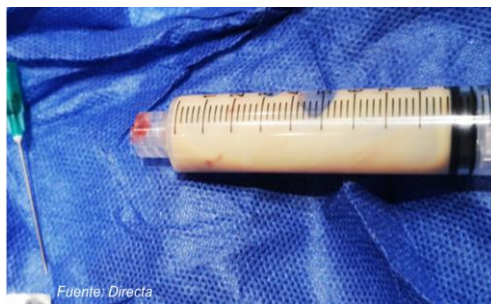
Corte sagital: Se observa lesión hipodensa bien delimitada, por arriba de hueso hioides y músculos milohioideos, por abajo de músculos genioglosos. Se observa obstrucción de vía aérea



De acuerdo con los hallazgos clínicos y tomográficos, se realizó biopsia por aspiración con aguja fina de la lesión; se obtuvo abundante líquido espeso, grumoso, amarillento, no fétido, el cual se envió a estudio citológico, pensando en un probable quiste linfopitelial cervical anterior (quiste branquial), sin embargo, el resultado para el citopatológico fue NEGATIVO (Figura 5). Como consecuencia, se programó para toma de biopsia incisional de lesión, bajo anestesia local en consultorio, se realizó asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles; se infiltraron 72 mg de lidocaína con epinefrina al 2% perilesional, se realizó incisión en región submental, obteniendo un fragmento de la lesión, se realizó plastia de herida con nylon 4 ceros, se indica tratamiento farmacológico: amoxicilina cápsulas 500 mg, una cada 8 horas por 7 días y paracetamol tabletas 500 mg, una cada 8 horas por 3 días.

Figura 5

Líquido obtenido en la BAAD, color cremoso, de consistencia grumosa, no fétida



El reporte histopatológico fue compatible con quiste de inclusión epitelial, pared del quiste formada por estroma de tejido conectivo, epitelio escamoso estratificado y queratina laminar, por lo que se explica a paciente y familiar la necesidad de tratamiento quirúrgico para enucleación de la lesión.

Se solicitaron estudios preoperatorios, reportando lo siguiente: Hb 13.0, Hto. 40.6, Plaquetas 280 000, Glucosa 88, Urea 26, Cr. 0.9, BUN 15, tp 13.1, tpt 24.7, INR 0.9, todos dentro de parámetros normales.

De acuerdo con edad, se realiza valoración preanestésica, ya que no cuenta con alguna comorbilidad para su padecimiento actual, la cual otorga un riesgo quirúrgico moderado (EIB), con una apertura orofaríngea de la vía aérea visualizando el paladar blando y úvula Mallampati de II, sin contraindicación alguna para procedimiento quirúrgico.

Técnica quirúrgica

Se colocó a la paciente en sala de quirófano en posición decúbito dorsal, orointubada, previa asepsia y antisepsia de la región, se realizó abordaje submental de 5 cm aproximadamente, disecando por planos con ayuda de tijera roma, entre los músculos milohioideos la cápsula de lesión quística, la cual se disecó de abajo hacia arriba y de afuera hacia adentro, realizando apertura de lesión para aspirar parte del contenido y disminuir el tamaño, logrando la enucleación completa. (Figuras 6, 7 y 8)

Figura 6

Imagen clínica intraoperatoria, abordaje submental localizando polo superior del quiste



Figura 7

Imagen intraoperatoria del quiste liberando cápsula de planos musculares



Figura 8

Imagen intraoperatoria del quiste completamente enucleado

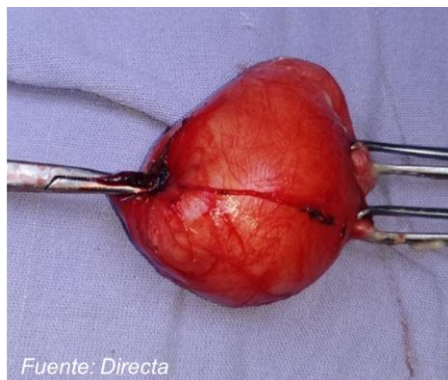


Se hizo lavado profuso con solución fisiológica de la región, comprobando hemostasia en el área, realizando plastia de herida quirúrgica por planos, vicryl 3 ceros para plano muscular y nylon 3 ceros para piel, se deja dren tipo Penrose o derivación, terminando procedimiento quirúrgico sin incidentes ni accidentes.

Se envió tejido quístico completo a estudio histopatológico para corroborar diagnóstico inicial (Figura 9). Egresó paciente del plano anestésico mediante lisis gradual de fármacos al área de recuperación y posterior a habitación una vez que los efectos anestésicos fueron eliminados en su totalidad. Como antibióticos, se prefirió clindamicina 600 mg IV cada 8 horas y como AINE, paracetamol 1 gr cada 12 horas, diclofenaco 75 mg IV cada 12 horas.

Figura 9

Pieza quirúrgica: el quiste fue extirpado en su totalidad



Fuente: Directa

Se mantuvo 2 días en hospitalización, sin presencia de sangrado activo, gasto mínimo serohemático a través de dren, una vez recuperada de la sedación, se inició dieta a base de líquidos claros, una vez tolerados, se evolucionó a dieta blanda, se envía a casa para continuar recuperación sin el dren, con cita a los 8 días para valorar evolución y retiro de sutura.

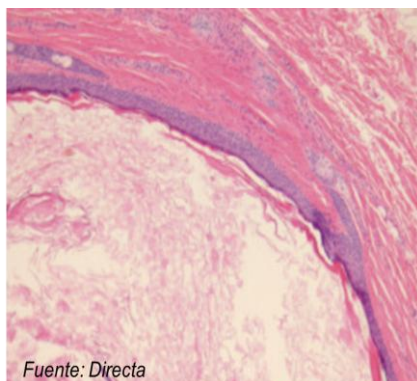
Resultado histopatológico final

Se recibió espécimen de 3.5 x 2.0 x 1.8 cm, café gris, lobulado, blando; al corte, mismas características. En el mismo frasco, por separado, otro fragmento de 5.0 x 4.2 x 4.5 cm, superficie clara, lisa y blanda; al corte, contenido amarillo grumoso. Se identificó revestimiento epitelial de tipo escamoso, con abundante descamación de queratina laminada madura hacia el lumen, componente celular con maduración, diferenciación y polaridad adecuada, sin evidencia de atipia ni actividad mitótica. (Figura 10)

Diagnóstico histopatológico: Quiste de inclusión epitelial de 5.0 cm de eje mayor.

Figura 10

Examen microscópico de la lesión quística



Fuente: Directa

RESULTADOS

Los resultados fueron favorables, durante la sesión quirúrgica no se presentó ninguna complicación, evolución hospitalaria buena, en la revisión a los 8 días la evolución fue adecuada, se realizó TAC simple con corte axial, coronal y sagital de control a los 3 meses del procedimiento, encontrando

músculos del piso de la boca en posición adecuada, liberación de vía aérea, lugar de lesión quística resecada completamente, sin datos tomográficos de presencia de algún tipo de solución o sustancia (Figuras 11, 12, 13 y 14).

Figura 11

Corte sagital postoperatorio, nótese liberación de vía aérea



Figura 12

Corte axial postoperatorio

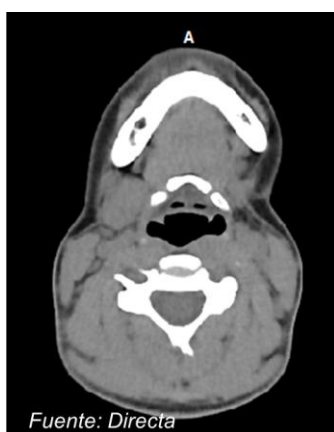
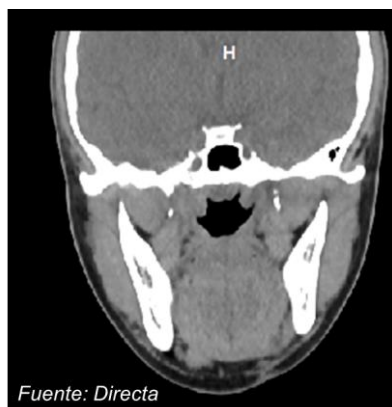


Figura 13

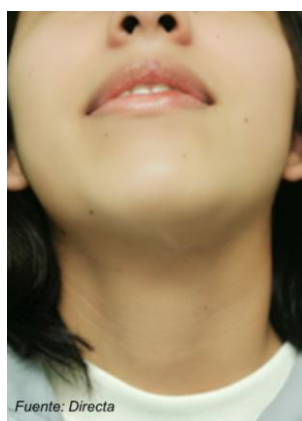
Corte coronal postoperatorio



Fuente: Directa

Figura 14

Fotografía postoperatoria de la paciente



Fuente: Directa

DISCUSIÓN

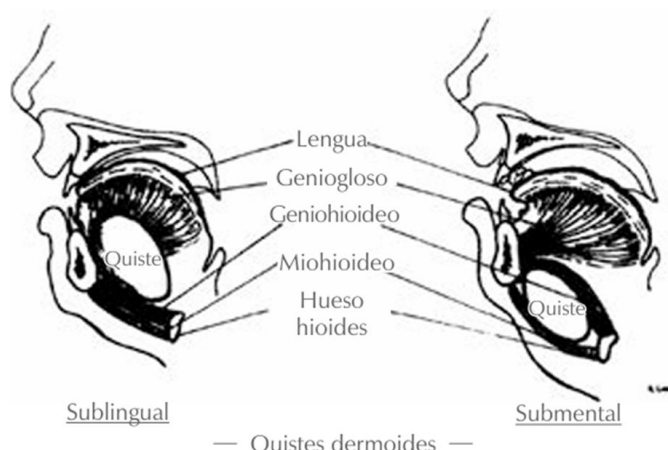
Los quistes dermoides representan el 6.9 % de los quistes en cabeza y cuello, de los cuales el 1.6 % se presentan en piso de boca, derivan del atrapamiento y crecimiento de células epiteliales durante la fusión de la línea media entre el primer y segundo arcos branquiales, se presentan como una masa asintomática (Oluleke et al., 2020). De acuerdo a Meyer, los quistes se clasifican histológicamente en tres tipos, los epidermoides revestidos por epitelio escamoso simple, los dermoides revestidos por epitelio escamoso queratinizado con anexos como glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas y folículos pilosos; por último, los teratomas o quistes complejos constituidos por los 3 derivados de la capa germinal (Hikasa et al., 2022) Este caso se diagnosticó como quiste dermoide por poseer un revestimiento epitelial escamoso y queratina laminar.

Anatómicamente, los QD del suelo de boca se pueden dividir en tres localizaciones: sublingual, submental y lateral (Figura 15), según la relación entre el quiste y los músculos adyacentes y de acuerdo a ello serán los signos y síntomas que presente el paciente (Klibngern & Pornchaisakuldee, 2020). En el reporte de Hamada et al. (2023) se describe un quiste dermoide sublingual en una niña de 2 años y 4 meses, nuestro caso comparte la característica de un crecimiento lento y asintomático inicial, manifestándose como una masa indolora en el piso de la boca mientras que en otros estudios

como la revisión de 14 casos de Oluleke et al. (2020), se observa que en muchos pacientes se presenta en edades más tardías (jóvenes adultos) y que la detección suele estar relacionada con molestias funcionales al hablar, comer, o respirar como lo fue en el presente caso clínico la paciente femenina adolescente con un quiste de gran tamaño en piso de boca y zona submental que ocasiona dificultad para respirar, deglutir y dormir lo cual fue el motivo de consulta médica.

Figura 15

Clasificación anatómica de los quistes dermoides



Según Hamada et al. (2023), uno de los principales retos diagnósticos radica en diferenciarlo de otras lesiones quísticas cervicales como quiste linfoepitelial, quiste tirogloso, ránula, higroma quístico, linfagioma y absceso de tejidos blandos. En este caso el diagnóstico presuncional inicial fue de ránula plugging, es decir, un pseudoquiste con secreciones salivales mucosas originado por la ruptura del conducto de una glándula salival sublingual extendiéndose al espacio submandibular (Hernández Peña et al., 2020) lo que derivó a la paciente con el maxilofacial. Posteriormente, se sospechó de un quiste linfoepitelial; sin embargo, con la obtención de líquido espeso y grumoso en la aspiración con aguja fina, junto con el hallazgo histopatológico de epitelio escamoso queratinizado de forma laminar en la biopsia de la lesión, se estableció la presencia de un quiste dermoide. Este patrón coincidió con lo descrito por Hamada et al. (2023) y Basla et al (2023), quienes resaltan la importancia de la correlación clínico-imagenológica, histológica y patológica para establecer un diagnóstico definitivo.

El diagnóstico suele apoyarse en técnicas de imagen como la tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y ultrasonido de la lesión, que permiten visualizar la localización, determinar con mayor exactitud el tamaño y daño a tejidos adyacentes, aportando la información necesaria en la planificación del abordaje quirúrgico. Habeeb y Mohammed (2025) no utilizaron ningún auxiliar de imagen para el diagnóstico únicamente con aspiración de la lesión quística con jeringa y la escisión completa determinaron que se trataba de un quiste dermoide sublingual por las características del contenido como cabello, sebo y otros tejidos. Sin embargo, en todos los reportes encontrados se utiliza al menos alguna de las modalidades de imagen para diagnosticar un quiste. En este caso, las imágenes de TC mostraron el espacio sublingual ocupado por una lesión hipodensa, redondeada de bordes definidos y paredes finas, vía área reducida, por arriba de hueso hioides y músculos milohioideos, por debajo de músculos genioglosos.

La citología por aspiración con aguja fina es útil para diferenciar el quiste, como el caso reportado por Klibngern y Pornchaisakuldee (2020) sin embargo en nuestro caso el resultado fue negativo, por lo que

se decidió realizar biopsia incisional que dio un diagnóstico diferencial de quiste dermoide, no obstante, es esencial un examen patológico definitivo para confirmarlo.

El tamaño del quiste en nuestra paciente (68 x 40 x 30 mm) lo clasifica como un quiste dermoide gigante, documentada en reportes recientes, Hikasa et al. (2022) y Safwan et al. (2024) describen casos similares de quistes sublinguales de gran volumen que ocasionaron el desplazamiento lingual y compromiso de la vía aérea, lo que refuerza la necesidad de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

En los reportes encontrados, el tratamiento estándar para un quiste dermoide en el suelo de la boca es la extirpación quirúrgica, se determina utilizar un abordaje intraoral, extraoral o mixto con base en la ubicación y tamaño de la lesión, en tamaño pequeño a moderado, se recomienda un abordaje intraoral y los de mayor tamaño, mediante abordaje extraoral según Le et al. (2021) para evitar un acceso inadecuado, riesgo de recurrencia y evitar la contaminación salival e infección. Para nuestro caso se decidió un abordaje extraoral debido al tamaño de la lesión y una aspiración parcial del contenido para poder realizar la enucleación completa. Sin embargo, Klibngern y Pornchaisakuldee (2020) eligieron un abordaje intraoral para evitar problemas estéticos con la posibilidad de convertirse en abordaje extraoral, a pesar de que el quiste en su caso era grande (6,5 cm) y se extendía detrás del milohioideo. De igual modo, Le et al. (2021) optó por un abordaje intraoral para un quiste de 7,4 cm con resultados cosméticos y funcionales.

Según Klibngern y Pornchaisakuldee (2020) la recurrencia quística es poco común después de la escisión completa, informando una tasa del 5% de transformación maligna de quistes dermoides a teratoides. En nuestra paciente, el seguimiento clínico y tomográfico a los tres meses mostró ausencia de recurrencia y restitución funcional completa, lo cual coincide con la evolución favorable descrita en la mayoría de los reportes.

Este caso resalta la importancia de un diagnóstico diferencial preciso y un abordaje quirúrgico oportuno, especialmente en lesiones de gran tamaño que comprometen la vía aérea.

CONCLUSIONES

Los quistes dermoides son lesiones poco frecuentes en la cavidad oral, por lo que una detección oportuna es esencial para disminuir complicaciones como comer, deglutir, respirar y hablar. Es importante tener en cuenta los diagnósticos diferenciales sobre las masas de tejido en el suelo de la boca con la confirmación histopatológica; el uso de auxiliares de diagnóstico tridimensionales (TC) nos dan la información necesaria para planificar el abordaje quirúrgico, tomando en cuenta el tamaño, ubicación y daño o desplazamiento de tejidos adyacentes. El seguimiento clínico de estos pacientes es sustancial para vigilar la posibilidad de recurrencia.

REFERENCIAS

Alhusain, Z. Z., Witczak, K., & Shabaik, A. (2023). Dermoid Cyst of the Parotid Gland: Case Report of a Rare Entity and Review of the Literature. *American Journal of Case Reports*, 24. <https://doi.org/10.12659/ajcr.939411>

Bargiel, J., Gontarz, M., Gąsiorowski, K., Marecik, T., Szczurowski, P., Zapala, J., & Wyszynska-Pawelec, G. (2024). Giant Sublingual, Submental, and Lingual Dermoid Cyst Restricting Tongue Movement Undiagnosed for Several Years. *Diseases*, 12(5), 91. <https://doi.org/10.3390/diseases12050091>

Basla, N., Sfondrini, D., Achilli, M. F., Catalano, M., Sanvito, F., Sala, M. G., Marelli, S., Benazzo, M., & Preda, L. (2023). Imaging features of epidermoid cyst located in the floor of the mouth: case report and narrative review of literature. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 43(1), 3-11. <https://doi.org/10.14639/0392-100x-n2193>

Brigenti, N., Bardelli, R., Paolino, G., Danese, E., Gisondi, P., Zerbinati, N., Girolomoni, G., & Carugno, A. (2025). Midline Anterior Neck Inclusion Cyst in a Pediatric Patient: A Case Report and Literature Review with a Dermatologic Perspective. *Medicina*, 61(1), 64. <https://doi.org/10.3390/medicina61010064>

De Paulo, L. F. B., Da Cruz Pérez, D. E., Rosa, R. R., Oliveira, M. T. F., & Durighetto, A. F., Junior. (2014). Giant facial dermoid cyst: A case treated by marsupialization. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 55(3), 167-170. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.08.004>

Dokania, V. (2023). A Giant Epidermoid Cyst in the Floor of Mouth Mimicking Ranula. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.43741>

Dwivedi, G., Saxena, P., Patnaik, U., Kumari, A., & Sood, A. (2020). Dermoid Cyst Floor of Mouth: A Diagnostic Conundrum. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 74(S2), 1961-1963. <https://doi.org/10.1007/s12070-020-01939-1>

Fanous, A., Morcrette, G., Fabre, M., Couloigner, V., & Galmiche-Rolland, L. (2021). Diagnostic Approach to Congenital Cystic Masses of the Neck from a Clinical and Pathological Perspective. *Dermatopathology*, 8(3), 342-358. <https://doi.org/10.3390/dermatopathology8030039>

González, M. G. R. Y., Munguía, A. M. N., Avilés, J. M. G., Araujo, J. L. D., & Pérez, E. H. (2021). Quiste dermoide en región lateral de cuello. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Odontología*, 14(1), 30. <https://doi.org/10.30972/rfo.1414940>

Hamada, M., Okawa, R., Masuda, K., Tojo, F., Suehiro, Y., Ogaya, Y., Kinosada, H., Uzawa, N., & Nakano, K. (2023). Sublingual Dermoid Cyst in Young Child. *Children*, 10(2), 254. <https://doi.org/10.3390/children10020254>

Hernández Peña, O., Hernández Montero, G., & Hernández Peña, B. (2020). Ránula, enfermedad infrecuente de las glándulas salivales. *Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 4(2). Recuperado a partir de <https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/146>

Hikasa, H., Sakata, K., Mizuno, T., Kato, T., Kitagawa, Y., & Sakakibara, N. (2022). A Case of a Giant Sublingual Epidermoid Cyst Removed by Content Reducing Surgery. *Oral*, 2(1), 126-136. <https://doi.org/10.3390/oral2010013>

Klibngern, H., & Pornchaisakuldee, C. (2020). A large sublingual epidermoid cyst with parapharyngeal space extension: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 72, 233-236. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.06.014>

Le, V., Byrne, H., Kearns, G., & Ekanayake, K. (2021). Management of a Large Sublingual Dermoid Cyst. *Archives Of Pediatric Surgery*, 5(1). <https://doi.org/10.36959/472/364>

Malhotra, R., Kumar, P., Urs, A., Augustine, J., & Mohanty, S. (2023). Epidermoid cysts of the orofacial region: A clinico-pathological study of 13 cases with review of literature. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*, 66(3), 568. https://doi.org/10.4103/ijpm.ijpm_1193_21

Narváez-Ruiz, R., Mellado-Torres, J. M., Ángeles-Velázquez, A., Chávez-Priego, T., & Nextle-Zurita, A. (2021). Quiste epidermoide. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 17(3), 147-155. <https://doi.org/10.35366/105394>

Oluleke, O., Akau, K., Godwin, A., Kene, A., & Sunday, A. (2020). Sublingual dermoid cyst: Review of 14 cases. *Annals Of Maxillofacial Surgery*, 10(1), 279. https://doi.org/10.4103/ams.ams_207_19

Quintana D., J., Villareal C., N., Quintana G., M., & Rodríguez R., D. (2019). Quiste dermoide cervical. Reporte de caso clínico. *Revista Electrónica Medimay*, 26(1), 99-104. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2019/cmh191j.pdf>

Safwan, M., Godbole, A. A., Médéus, A. J. R., García-González, O. Y., Sanker, V., Prashanth, P. S. S. S., & Dave, T. (2024). Unusual giant plunging sublingual epidermoid cyst: A case report and review of literature. *Clinical Case Reports*, 12(6). <https://doi.org/10.1002/ccr3.9067>

Salem, R., Ahmed, S., Gupta, P., Xiao, Y., Morris, M., & Tiesenga, F. (2022). Atypical Presentation of Epidermoid Inclusion Cyst in a 60-Year-Old Female: A Case Report. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.29749>

Sejati, B. P., Bandriananto, D. A. N., Hasan, C. Y., & Istadi, D. (2024). A decade of neglecting sublingual mass: A case report of epidermoid cyst. *International Journal of Surgery Case Reports*, 119, 109729. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.109729>

Torrecilla-Venegas, R., Castro-Gutiérrez, I., & Reséndiz-Pérez, D. (2022). Quistes no odontogénicos de maxilares: una revisión de la. *Revista Médica Electrónica*, 44(4), 1684-1824. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v44n4/1684-1824-rme-44-04-714.pdf>

Wurgaft, D. R., & Moreno, M. R. (2020). Quiste dermoide latero cervical. *Revista de Cirugía*, 72(5). <https://doi.org/10.35687/s2452-45492020005837>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 