

2. Siva C, Brasington R, Totty W, Sotelo A, Atkinson J. Synovial lipomatosis (lipoma arborescens) affecting multiple joints in a patient with congenital short bowel syndrome. *J Rheumatol*. 2002;29:1088–92.
  3. Huang GS, Lee HS, Hsu YC, Kao HW, Lee HH, Chen CY. Tenosynovial lipoma arborescens of the ankle in a child. *Skeletal Radiol*. 2006;35:244–7.
  4. Iovane A, Sorrentino F, Pace L, Galia M, Nicosia A, Midiri M, et al. MR findings in lipoma arborescens of the knee: our experience. *Radiol Med (Torino)*. 2005;109:540–6.
  5. Ramsey SE, Cairns RA, Cabral DA, Malleson PN, Bray HJ, Petty RE. Knee magnetic resonance imaging in childhood chronic monoarthritis. *J Rheumatol*. 1999;26:2238–43.
  6. Franco M, Puch JM, Carayon MJ, Bortolotti D, Albano L, Lallemand A. Lipoma arborescens of the knee: report of a case managed by arthroscopic synovectomy. *Joint Bone Spine*. 2004;71:73–5.
  7. Erselcan T, Bulut O, Bulut S, Dogan D, Turgut B, Ozdemir S, et al. Lipoma arborescens; successfully treated by yttrium-90 radio-synovectomy. *Ann Nucl Med*. 2003;17:593–6.
  8. Nisolle JF, Boutsens Y, Legaye J, Bodart E, Parmentier JM, Esselinckx W. Monoarticular chronic synovitis in a child. *Br J Rheumatol*. 1998;37:1243–6.
- J.P. García Paños<sup>a,\*</sup>, C. Salcedo Cánovas<sup>a</sup>, A. Lisón Almagro<sup>a</sup> y A. Alarcón Zamora<sup>b</sup>
- <sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España  
<sup>b</sup>Hospital Vega del Río Segura, Cieza, Murcia, España
- \*Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: juameboss@gmail.com (J.P. García Paños).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.05.006

## Quiste dermoide del suelo de la boca Floor of the mouth dermoid cyst

*Sr. Editor:*

La presencia de una tumoración en el cuello o en la región mandibular alarma mucho a los padres y en ocasiones crea al pediatra dificultades de diagnóstico y tratamiento. Los quistes dermoides con localización en el suelo de la boca son excepcionales. Su lento crecimiento hace que los problemas surjan entre la segunda y tercera década de la vida siendo excepcional verlos en la edad pediátrica<sup>1–3</sup>.

Presentamos una adolescente de 12 años que consultó ambulatoriamente por presentar una tumoración submandibular derecha no dolorosa que había ido en aumento los últimos 15 días. Historiada de nuevo recordaba notar un bulto en dicha zona desde hacía tiempo. Durante la ingesta alimentaria tenía la sensación de que aumentaba de tamaño no mostrando problemas para la deglución, respiración, fonación etc. Menarquia a los 11 años.

En la exploración, destacaba a nivel submandibular derecho, una tumoración gomosa de 5 cm × 3 cm de borde definidos, móvil, no dolorosa a la palpación y sin signos inflamatorios. Asimetría del suelo de la boca con leve abombamiento en el lado derecho. Resto de la exploración física sin datos relevantes.

Hemograma, bioquímica sanguínea, TGO y TGP, amilase-mia, triglicéridos y colesterol con valores normales.

En la *ecografía* se apreció en la zona anatómica de la glándula submaxilar derecha, una tumoración quística de bordes bien definidos de 4,5 × 2,5 cm con innumerables imágenes esféricas ecogénicas de entre 5–10 mm de diámetro. No se observaron calcificaciones (*fig. 1A*). En la *resonancia magnética* de la zona se observó una imagen ovoidea de 4,2 cm

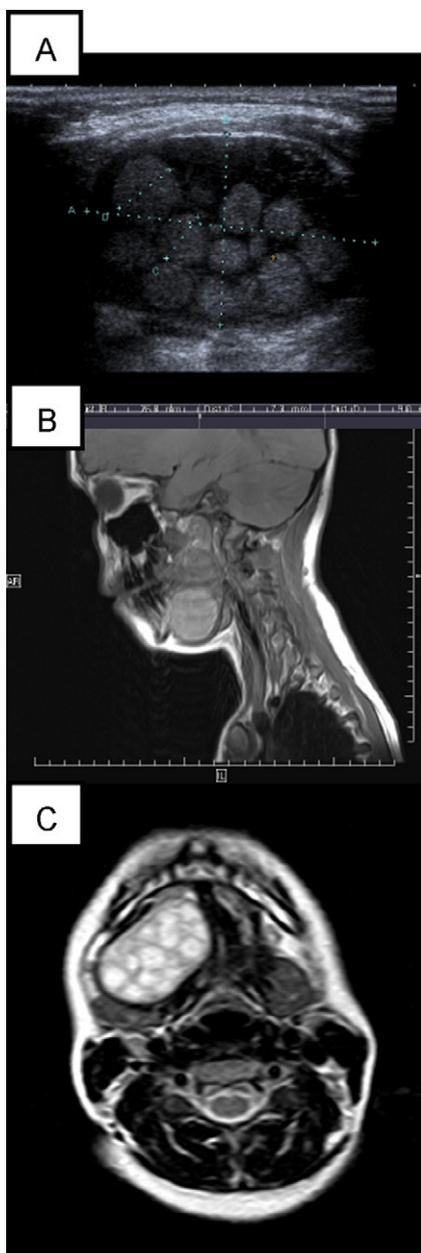
de eje mayor, de contornos bien definidos, en región lateral derecha del suelo de la boca (*fig. 1B y C*).

Se realizó punción aspiración con aguja fina (PAAF) obteniéndose 15 ml de líquido con abundantes histiocitos y escamas queratósicas siendo el estudio negativo para malignidad. Se procedió a su extirpación quirúrgica, mediante abordaje cervical, con retirada completa de la masa. El estudio histológico de la pieza de 4 × 2 cm mostró una cavidad quística tapizada por epitelio de tipo escamoso con zonas de queratinización, y glándulas sebáceas e infiltrado de células histiocitarias, compatible con el diagnóstico de quiste dermoide (*fig. 2*). La paciente presentó buena evolución y actualmente pasados varios meses de la intervención se encuentra asintomática.

El término quiste dermoide se ha usado para describir masas que contienen epitelios y otras capas celulares en zonas donde habitualmente no se detectan. Se localizan especialmente en región perianal y ovárica siendo excepcional su localización en cabeza, cuello o en la cavidad oral. La clínica es poco aparente hasta que por su tamaño compromete la deglución, fonación o la respiración. En algunos casos complicaciones como la infección pueden dificultar su diagnóstico<sup>3–5</sup>.

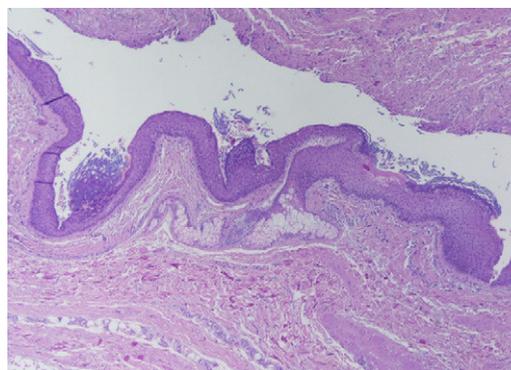
La valoración de una tumoración submandibular en un paciente pediátrico obliga a un amplio diagnóstico diferencial (*tabla 1*)<sup>6,7</sup>.

La ecografía es la técnica de elección para la aproximación al diagnóstico de partes blandas y problemas que atañen a las glándulas salivares como sialolitiasis, sialoadenitis, abscesos, tumores etc. Se pueden valorar así mismo lesiones multiloculares como sarcoidosis, linfoma metastático o cistoadenolinfomas; quistes de la ránula etc. La resonancia magnética ha logrado ampliar las posibilidades de alcanzar un diagnóstico exacto y de valorar el grado de afectación de las estructuras que rodean la tumoración<sup>2</sup>. La aspiración de material tumoral mediante PAAF, es eficaz para excluir el diagnóstico de malignidad y planificación de la cirugía especialmente para neoplasmas malignos del



**Figura 1** A) Ecografía: objetiva lesión heterogénea, de aspecto quístico, con múltiples estructuras redondeadas y ecogénicas en el interior. B) RM potenciada en T1. Plano parasagital derecho. Lesión en suelo de la boca, desplazando inferiormente el vientre anterior del músculo digástrico. C) RM potenciada en T2. Plano axial a nivel del suelo de la boca. Muestra lesión ovoidea, heterogénea, con múltiples áreas redondeadas en el interior hiperintensas. Desplaza medialmente el vientre muscular del geniogloso y comprime la glándula submandibular ipsilateral, situada posteriormente.

adulto. El cuadro histológico con presencia de un epitelio de tipo epidérmico y de glándulas sebáceas es el habitual de los quistes dermoides. El crecimiento lento de estos tumores hace que en la edad pediátrica pasen desapercibidos o sean considerados como inespecíficos. Se ha sugerido



**Figura 2** Cavity central parcialmente colapsada, tapizada en su parte inferior por epitelio («color azul») que se pierde en la parte superior debido a la ulceración. En el centro de la imagen se aprecia una glándula sebácea en el conjuntivo subyacente al epitelio.

**Tabla 1** Diagnóstico diferencial de una masa en región submandibular

1. *Alteraciones congénitas:* Ránula, teratoma, quiste dermoide, quiste del conducto tireogloso
2. *Tumores:* Lipomas, neurofibromas, hemangiomas y linfangiomas. Linfomas
3. *Alteraciones de las glándulas salivares:* Infecciones, obstrucciones, granuloma, neoplasias, adenoma pleomórfico. Mucocele
4. *Infecciones:* Linfadenopatías reactivas (síndrome monucleósico), adenoflemón (tuberculosis, toxoplasma, turalemia, brucelosis, enfermedad por arañazo de gato)

que los sobre crecimientos sean secundarios al estímulo hormonal propio de la pubertad<sup>1-3</sup>. El tratamiento del quiste dermoide es la exéresis quirúrgica siendo las recidivas excepcionales.

## Bibliografía

1. Vargas Fernández JL, Lorenzo Rojas J, Aneiros Fernández J, Sainz Quevedo M. Quiste dermoide del suelo de la boca. Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58:31-3.
2. Ostrosky A, Luberti R, Mareso E, Klurfan Federico J. Presentación de un caso de quiste dermoide con ubicación poco frecuente. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2005;27:37-42.
3. García Callejo FJ, Roselló Millat P, Alpera Lacruz P, Platero Zamarreño A, Jubert A. Doble quiste dermoide verdadero de la lengua. Acta Otorrinolaring Esp. 2001;52: 623-32.
4. Gimeno Peribañez MJ, Pina Leita JL, Lasierra Díaz R, Carro Alonso B. Quiste dermoide de fontanela anterior. An Pediatr (Barc). 2008;68:632-3.
5. Seah TE, Suffran W, Singh B. Case report of a dermoid cyst at the floor of the mouth. Ann Acad Med Singapore. 2004;33(Suppl): 775-9.

6. García Puga JM, Ramos Ramos MV, Muwaqued Rodriguez F, Santos Perez JL, Vega Pérez JL. Tumoración submandibular. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:503–4.
7. González V, Alonso A. Adenopatía Cervical. *An Pediatr Contin*. 2009;7:187–95.

S. Montoro Chavarria<sup>a</sup>, M.L. Sanz Calvo<sup>a</sup>, S. Rado Peralta<sup>a</sup>, J. Montoya Bordón<sup>b</sup>, A. Alonso Torres<sup>b</sup> y R. Escorihuela Esteban<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Pediatría, Fundación Jiménez Díaz-Capio Sanidad, Madrid, España*

<sup>b</sup>*Servicio de Radiodiagnóstico, Fundación Jiménez Díaz-Capio Sanidad, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* rescorihuela@fjd.es  
(R. Escorihuela Esteban).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.04.014