

Localización inusual de un quiste dermoide verdadero en región retroauricular.

REPORTE DE UN CASO

Unusual location of a true dermoid cyst in the retroauricular region. A case report

POR

ALFREDO VARGAS ¹

ALEXANDRA PERALES ²

MARÍA ESCALANTE ³

MARIANA VILLARROEL-DORREGO ⁴

1. Especialista en Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial. Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, Venezuela.

 orcid.org/0009-0006-4704-757X

2. Residente de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial del Hospital José Gregorio Hernández, Caracas, Venezuela.

 orcid.org/0009-0001-6391-8439

3. Odontólogo. Universidad Central de Venezuela.

 orcid.org/0009-0008-3214-8364

4. PhD Patología Bucal y Maxilofacial. Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "Dr. Domingo Luciani", Caracas, Venezuela.

 orcid.org/0000-0002-0596-1527

Autor de correspondencia: Alfredo Vargas odalfredovargas@gmail.com

Cómo citar: Vargas A; Perales A; Escalante M; Villarroel-Dorrego M. Localización inusual de un quiste dermoide verdadero en región retroauricular. Reporte de un caso. ReVeCiBu. 2026; 2: 40-45.

RESUMEN

Los quistes dermoides son lesiones del desarrollo poco frecuentes en la región de cabeza y cuello, comprendiendo aproximadamente el 7% de las patologías quísticas de esta zona. Generalmente, se localizan en la línea media debido al atrapamiento de células ectodérmicas y mesodérmicas durante el cierre de los arcos branquiales. Su aparición en la región retroauricular es extremadamente inusual. El objetivo de este artículo es documentar el caso de una paciente femenina de 22 años que acudió al servicio de cirugía maxilofacial de Hospital Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, Venezuela, con un aumento de volumen en la región retroauricular derecha presente desde el nacimiento. A diferencia de la presentación clásica asintomática, la paciente refería dolor asociado a la lesión. Tras la evaluación imagenológica y la biopsia excisional mediante abordaje de ritidectomía modificada, el estudio histopatológico reveló una cavidad quística revestida por epitelio con presencia de anexos cutáneos (glándulas sebáceas), confirmando el diagnóstico de quiste dermoide verdadero. Se discute la importancia del diagnóstico diferencial y la correlación clínica-histológica en ubicaciones atípicas.

PALABRAS CLAVE: Quiste Dermoide, Región Retroauricular, Histopatología, Diagnóstico Diferencial, Cabeza y Cuello.

ABSTRACT

Dermoid cysts are rare developmental lesions of the head and neck region, comprising approximately 7% of cystic pathologies in this area. They are generally located in the midline due to the entrapment of ectodermal and mesodermal cells during the closure of the branchial arches. Their occurrence in the retroauricular region is extremely unusual. The aim of this article is to document the case of a 22-year-old female patient who presented to the maxillofacial surgery department of Hospital "Antonio Patricio de Alcalá", Cumaná, Venezuela, with a swelling in the right retroauricular region, present since birth. Unlike the classic asymptomatic presentation, the patient reported pain associated with the lesion. After imaging evaluation and excisional biopsy via a modified rhytidectomy approach, the histopathological study revealed a cystic cavity lined by epithelium with the presence of skin appendages (sebaceous glands), confirming the diagnosis of a true dermoid cyst. The importance of differential diagnosis and clinicopathological correlation in atypical locations is discussed.

KEYWORDS: Dermoid Cyst, Retroauricular Region, Histopathology, Differential Diagnosis, Head and Neck.

▸ INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides son malformaciones quísticas del desarrollo clasificadas dentro del espectro de los teratomas. Histogenéticamente, surgen del atrapamiento de epitelio germinal durante el cierre de las líneas de fusión embrionaria¹. A diferencia de los quistes epidermoides, que solo contienen epitelio escamoso estratificado, los quistes dermoides verdaderos se caracterizan histológicamente por presentar estructuras anexas en su pared, tales como glándulas sebáceas, folículos pilosos o glándulas sudoríparas, derivando tanto del ectodermo como del mesodermo².

Epidemiológicamente, los quistes dermoides pueden presentarse a cualquier edad, pero se identifican con mayor frecuencia al nacer o durante la primera infancia (típicamente antes de los 5 años). Sin embargo, un porcentaje significativo permanece asintomático y es diagnosticado entre la segunda y tercera década de la vida, a menudo coincidiendo con un periodo de crecimiento quístico acelerado atribuido a la hiperactividad de las glándulas sebáceas por el estímulo hormonal de la pubertad. En cuanto al sexo, la literatura sugiere una incidencia equitativa. Aunque estas lesiones pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo, la localización en cabeza y cuello es relativamente rara, constituyendo entre el 1.6% y el 6.9% de todos los quistes dermoides corporales³. La mayoría se ubica en la región periorbitaria o en el suelo de boca (submental o sublingual). La presentación en la región retroauricular es excepcionalmente infrecuente en la literatura científica, lo que a menudo conduce a diagnósticos erróneos iniciales confundirse con adenopatías, lipomas o quistes branquiales⁴.

El propósito de este trabajo es reportar un caso clínico inusual de un quiste dermoide retroauricular en una paciente adulta joven, destacando la sintomatología dolorosa atípica y el manejo quirúrgico estético, así como realizar una revisión crítica de la literatura actual sobre esta entidad.

▸ REPORTE DE CASO

Una paciente femenina de 22 años es referida a la consulta del Servicio de Cirugía Maxilofacial des Hospital Antonio Patricio de Alcala por presentar un aumento de volumen en la región retroauricular derecha desde su nacimiento, de crecimiento lento y progresivo con sintomatología do-

lorosa intermitente en la zona, exacerbada a la palpación y con los movimientos del cuello, lo cual difiere del curso asintomático previo.

Al examen clínico se observa asimetría facial a expensas de un aumento de volumen en la región retroauricular derecha, normocrómico y normotérmico, blanda, móvil y dolorosa a la palpación. Sin evidencia de adenopatías cervicales asociadas.

Se indica Tomografía Computarizada (TC) de macizo facial donde se aprecia una imagen isodensa, circunscrita de bordes definidos, de forma ovoide, de 2,6 cm diámetro mayor en sentido anteroposterior. Localizada en el tejido blando retroauricular derecho, subyacente al piso del conducto auditivo externo y en íntima relación con el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, sin evidencia de erosión ósea de la mastoides ni de trayectos fistulosos (**Figuras 1 y 2**).

Bajo sedación consciente intravenosa, se realizó una biopsia escisional de la lesión, preservando el nervio facial (**Figura 3**). Después de las medidas antisépticas y asépticas, se hicieron marcas para el abordaje de ritidectomía modificada (tipo S). Se infiltró anestesia local (lidocaína al 2% y epinefrina 1:100.000), luego se hizo una incisión con un bisturí número 15 en el plano cutáneo y subcutáneo, y se hizo una disección roma hasta localización de la lesión se localizó y se enucleó (**Figuras 3A y B**). Se realizó control de la hemostasia y la síntesis de tejidos por planos, culminando el acto quirúrgico sin complicaciones.

La muestra fue enviada a estudio histopatológico, donde al examen macroscópico se apreció una lesión quística de superficie lisa. Al corte, se observó contenido de material queratinoso y sebáceo (**Figura 4**). El análisis microscópico (tinción Hematoxilina & Eosina) reveló una cavidad quística revestida por un delgado epitelio plano estratificado ortoqueratinizado. En la pared de tejido conectivo fibroso subyacente, se identificó la presencia inequívoca de abundantes glándulas sebáceas de morfología conservada y folículos pilosos. No se observaron atipias celulares ni evidencia de malignidad. Reportando como diagnóstico definitivo un Quiste Dermoide (**Figura 5**).

La paciente evolucionó satisfactoriamente. En el control postoperatorio a los 10 meses, se observa una adecuada cicatrización, ausencia de dolor y sin signos clínicos de recidiva de la lesión.



FIG. 1. TC en corte axial donde se observa imagen isodensa correspondiente a lesión tumoral en región retroauricular derecha.



FIG. 2. TC en corte coronal donde se observa imagen isodensa correspondiente a lesión tumoral en región retroauricular derecha.



A



B

FIG. 3. Fotografías clínicas de la lesión situada en planos profundos de la región retroauricular, localizada a través de un abordaje de ritidectomía tipo s modificado.

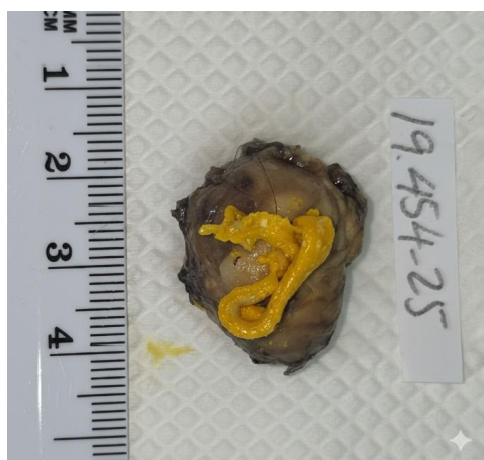


FIG. 4. Fotografía de lesión de $2,7 \times 2,0 \times 2,0$ cm de tamaño, forma oval, color pardo, y consistencia firme con presencia de contenido cremoso amarillo mostaza.

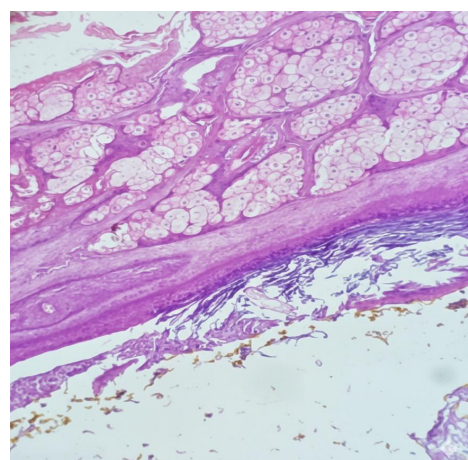


FIG. 5. Microfotografía de corte histológico (H&E) 4X donde se observa quiste delineado por un epitelio plano estratificado, pared de tejido conectivo fina, debajo del epitelio quístico, presencia de abundantes glándulas sebáceas en pared quística.

▸ DISCUSIÓN

El hallazgo de un quiste dermoide en la región retroauricular representa una rareza clínica significativa. Según la clasificación de lesiones quísticas de cabeza y cuello, la mayoría de las masas en esta zona en adultos jóvenes corresponden a quistes epidermoides (sebáceos comunes), lipomas o adenopatías inflamatorias⁵⁻¹¹. La confirmación histológica de un “quiste dermoide verdadero” requiere estrictamente la presencia de anexos cutáneos (glándulas sebáceas, folículos pilosos) en la pared quística, tal como se evidenció en nuestro caso. Si la pared solo presentara epitelio, se clasificaría como epidermoide^{6,7,9,11}.

Un aspecto clínico relevante de este caso es la presencia de dolor. La literatura describe al quiste dermoide como una masa indolora, de crecimiento lento y consistencia blanda⁷. Sin embargo, nuestra paciente manifestó dolor. Esto puede explicarse por dos mecanismos fisiopatológicos descritos por Pryor *et al.*⁸: primero, la infección secundaria del contenido quístico, que genera presión interna e inflamación; o segundo, la compresión mecánica de ramas nerviosas sensitivas debido a la expansión del quiste en un espacio anatómico confinado, siendo este caso el nervio auricular mayor entre el pabellón auricular y la mastoides.

Un hallazgo crítico fue la relación de la cápsula quística con las ramas del nervio auricular mayor (NAM). La literatura indica que el dolor en estos quistes suele derivar de la compresión mecánica de ramas nerviosas sensitivas en espacios anatómicos confinados^{11,12}. En nuestro caso la disección roma permitió la preservación del NAM, resolviendo la sintomatología dolorosa sin secuelas neurológicas.

La ubicación retroauricular plantea un desafío diagnóstico diferencial con el quiste de la primera hendidura branquial. Sin embargo, los quistes branquiales suelen tener un tracto fistuloso hacia el conducto auditivo externo, lo cual no se apreció en el presente caso. Asimismo, histopatológicamente el quiste de la primera hendidura braquial presenta un abundante tejido linfoide asociado⁹⁻¹¹, a diferencia de nuestro caso donde se observó una cavidad quística delineada por un epitelio plano estratificado y una pared de tejido conectivo fina, con presencia de abundantes glándulas sebáceas.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa. La tasa de recidiva es muy baja y suele asociarse a la remoción incompleta del epitelio quístico. En este reporte, destacamos la utilidad del abordaje vía ritidec-tomía modificada, el cual, a diferencia de las incisiones directas sobre la lesión, permite ocultar la cicatriz en el pliegue retroauricular y la línea del cabello, ofreciendo un resultado estético fundamental para la calidad de vida de la paciente joven¹⁰⁻¹².

▸ CONCLUSIÓN

Aunque infrecuente, el quiste dermoide debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumores retroauriculares, incluso si se presentan con sintomatología dolorosa. El dolor no excluye el diagnóstico de patología benigna del desarrollo y puede estar asociado a compresión o inflamación. El diagnóstico definitivo es estrictamente histopatológico, diferenciándolo del quiste epidermoide por la presencia de anexos cutáneos. La resección quirúrgica completa mediante abordajes estéticos garantiza su resolución sin recidivas y con secuelas mínimas.

▸ REFERENCIAS

1. Reissis D, Pfeleiderer AG. The epidermoid cyst: a common pathology in an un-common location. *J Laryngol Otol*. 2018;132(6):560-562.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th ed. St. Louis: Elsevier; 2016. p. 33-35.
3. Taranath A, Herwadkar A. Dermoid and epidermoid cysts of the head and neck: A spectrum of imaging findings. *Eur J Radiol Open*. 2022;9:100407.
4. Woo JK, Jang JY, Jang YJ. A rare case of retroauricular dermoid cyst misdiagnosed as lymphadenitis. *J Craniofac Surg*. 2015;26(8):e706-e707.
5. Gaddikeri S, Vattoth S. Imaging of the retroauricular region: A systematic approach. *Neuroradiol J*. 2018;31(1):28-37.
6. Gordon-Nunez MA, de Oliveira M, Galvao HC. Dermoid cyst of the floor of the mouth: case report and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019;24(2):e198-e201.
7. Patel H, Mayl JJ, Woolley AL. Dermoid cyst of the postauricular region: A case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016;83:142-144.
8. Pryor SG, Lewis JE, Weaver AL, Orvidas LJ. Pediatric dermoid cysts of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;132(6):938-942.

9. Dural S, Selcuk OT, Ozcan I. Dermoid cyst of the parotid gland: A rare case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2021;25(3):553.
10. Chen X, et al. Comparison of various surgical incisions in parotidectomy: A systematic review and network meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2022.
11. Jeon Y, Kim S. Treatment of great auricular neuralgia with real-time ultrasound-guided great auricular nerve block. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(11):e6331.
12. Trescot AM, Rawner E. Auriculotemporal Nerve Entrapment. En: *Peripheral Nerve Entrapments.* Springer; 2016. p. 55-63.
13. Sun Y, Liu L, Han Y, et al. The role of great auricular-facial nerve neurolysis in facial nerve damage. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8(1):101-105.
14. Santos HB, Rolim LS, Barros CC. Dermoid cyst of the lateral neck: An unusual presentation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020;129(4):e120.