

# Quiste Epidermoide de Úvula Palatina: Presentación de un Caso. Revisión de la Literatura

Epidermoid Cyst of Uvula: Presentation of Case. Review of the Literature

Blás Medina<sup>1</sup>; Oscar Ruíz Díaz<sup>2</sup>; Oscar Gómez<sup>2</sup>; Laura Franco<sup>2</sup>;  
Ingrid Rodríguez<sup>3</sup> & Nicolás Ernesto Ottone<sup>4,5</sup>

---

**MEDINA, B.; RUÍZ, D. O.; GÓMEZ, O.; FRANCO, L.; RODRIGUEZ, I. & OTTONE, N. E.** Quiste epidermoide de úvula palatina: Presentación de un caso. Revisión de la literatura. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 4(1):1101-1107, 2017.

**RESUMEN:** El quiste epidermoide es una entidad dermatológica frecuente, siendo muy rara su ubicación en la cavidad oral, con una mayor prevalencia a nivel de la cavidad oral. Es considerada de etiología congénita, aunque se presenta predominantemente en adulto jóvenes. Generalmente son masas bien circunscritas, de crecimiento lento y asintomáticos, aunque los ubicados en la cavidad oral y orofaringe pueden provocar trastornos fonatorios, deglutorios y respiratorios. El diagnóstico es clínico, siendo el diagnóstico diferencial con los quistes dermoides y teratoides solo posible con el estudio histopatológico. El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico favorable sin recidivas. Se presenta un caso de quiste epidermoide localizado en la úvula palatina, en un varón de 6 meses de vida, tratado quirúrgicamente, con la excéresis del tumor por un abordaje trasoral.

**PALABRAS CLAVE:** Quiste epidermoide; Úvula palatina; Diagnóstico; Tratamiento.

---

## INTRODUCCIÓN

El quiste epidermoide fue descrito por primera vez en 1807 por Pinzon (Venegas *et al.*, 2011). En 1829 Cruveilhier los denominó quistes o tumores perlados (Fuster *et al.*, 2007).

Los quistes epidermoides son lesiones dermatológicas comunes, teniendo una prevalencia de aproximadamente el 7 % en el área de la cabeza y el cuello, siendo los más frecuentes aquellos localizados en la región periorbitaria (3,5 %). Otras localizaciones menos comunes son a lo largo de la línea media (1 %), ocurriendo en la región nasal en el 0,9 % (Marrugo-Pardo & Torres-Pazmiño, 2010; Hernández Paz *et al.*, 2011). Si bien las lesiones de la cavidad oral y orofaringe son raras, representando el 0,01 % de todos los tumores quísticos de la región, las localizadas en el piso

de la cavidad oral tienen una prevalencia relativamente alta (1,6 %). Los otros subsitios, tales como la lengua, pared lateral de la orofaringe y el velo del paladar incluyendo la úvula palatina también son asientos de estos quistes. Mucho menos frecuentemente ocurren a nivel de la bóveda palatina (Caylakli *et al.*, 2005; Esquivel Pedraza *et al.*, 2007; Suga *et al.*, 2010; Montebugnoli *et al.*, 2011; Tsai *et al.*, 2013).

Pueden clasificarse en congénitos y adquiridos, no habiendo diferencias clínicas ni histológicas entre ellos (Uppala *et al.*, 2015). Los congénitos se producen como resultado del atrapamiento de tejido ectodérmico en la línea media al momento del cierre del primer y segundo arcos branquiales. Meyer, (1955), los clasificó en tres categorías: dermoide, epidermoide

<sup>1</sup> Médico de Staff, Cirugía de Cabeza y Cuello, Servicio de ORL del Hospital Central-IPS, Asunción, Paraguay.

<sup>2</sup> Médico de Staff, Servicio de ORL, Hospital Central-IPS, Asunción, Paraguay.

<sup>3</sup> Jefe del Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Central-IPS, Asunción, Paraguay.

<sup>4</sup> CICO - Centro de Investigación en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

<sup>5</sup> Programa de Doctorado en Ciencias Morfológicas, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

y teratoide. El quiste dermoide tiene una capa de epitelio con queratinización y apéndices cutáneos rudimentarios, como glándulas sebáceas, sudoríparas, folículos pilosos, músculo erector del pelo en su pared, además de material sebáceo, pelo y queratina; estando su cápsula formada de tejido conectivo. El quiste epidermoide, es una cavidad cubierta de una capa de epitelio escamoso simple con una pared de tejido conectivo fibroso que no contiene apéndices cutáneos, únicamente queratina. La tercera variante es el quiste teratoide, que tiene derivados de las tres capas germinales, conteniendo además de epitelio escamoso simple y apéndices cutáneos derivados de tejido conectivo, como cartílago, hueso, vasos sanguíneos, músculo y hasta tejido semejante al respiratorio (ciliado) y gastrointestinal, siendo esta la única con capacidad de transformación maligna (Hernández Paz *et al.*; Zurita Orrego *et al.*, 2011; Baliga *et al.*, 2014).

El quiste epidermoideo de úvula palatina aparece como una masa indolora, bien circunscrito y unilocular. A la palpación son firmes, esféricos, de contorno liso y no dolorosos, pudiendo ser desplazados libremente sobre las estructuras adyacentes. Pueden ubicarse en las caras o bordes de la úvula palatina, pudiendo también localizarse por debajo de la misma y unido a ella por un filamento mucoso. Su tamaño varía de unos milímetros a algunos centímetros. Generalmente son asintomáticos, pero en ocasiones y generalmente asociada al tamaño, pueden provocar alteraciones deglutorias, respiratorias, sobre todo respiración sonora y trastornos fonatorios, incluso se ha descrito la asociación con el reflejo tusígeno. La aparición de dolor generalmente está asociada a infección (Quesada *et al.*, 1978; Hernández Paz *et al.*).

El diagnóstico es clínico y si bien la punción aspirativa con aguja fina puede contribuir al diagnóstico preoperatorio no está exenta de complicaciones, sobre todo infecciosas. Los estudios complementarios por imágenes no son necesarios en los quistes localizados en la úvula palatina (Hernández Paz *et al.*).

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la resección del tumor por vía oral (Caylakli *et al.*; Esquivel Pedraza *et al.*; Suga *et al.*; Hernández Paz *et al.*; Tsai *et al.*)

## REPORTE DE CASO

Paciente de sexo masculino de 6 meses de edad, asintomático, que es traído a la consulta por la madre quien se percata de una tumoración blanquecina, en la cavidad oral. A la inspección se constata un tumor a nivel de la úvula palatina, blanquecino de 1 cm, ovalado, de superficie lisa y consistencia renitente, no friable ni sangrante (Fig. 1).

Los análisis de laboratorio fueron normales. Ante la sospecha diagnóstica de un tumor quístico de úvula palatina se decidió la resección quirúrgica sin la realización de biopsia previa ni de estudios por imágenes.

Bajo anestesia general se realizó la excéresis quirúrgica por vía oral, realizándose un pinzamiento a nivel del extremo libre de la úvula palatina y sección a ese nivel, pudiendo ser resecado la totalidad del tumor (Fig. 2).



Fig. 1. Tumor blanquecino localizado a nivel de la úvula.

La pieza operatoria, reseca íntegramente, sin ruptura capsular, medía 1 cm en su diámetro mayor, fue enviada a Anatomía Patológica para su estudio histológico (Fig. 4).



Fig. 2. Tras la resección el sangrado del lecho fue escaso pudiendo ser controlado con electrocauterio.



Fig. 3. Lecho quirúrgico, sin sangrado

No se presentaron complicaciones intra ni postoperatorias

El informe de Anatomía patológica determinó el diagnóstico de quiste epidermoide (Fig. 5).



Fig. 4. Pieza operatoria obtenida luego del acto quirúrgico.

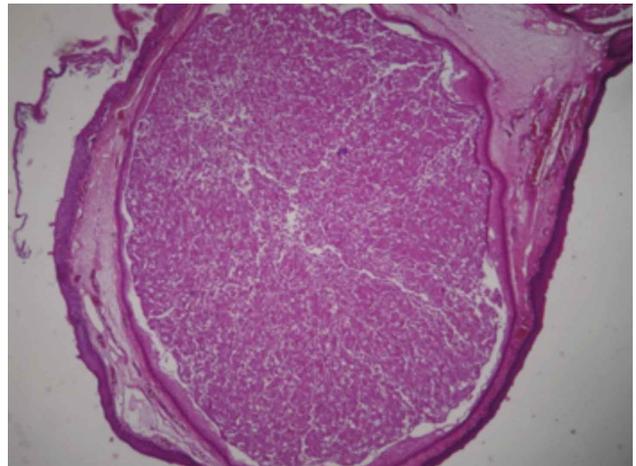


Fig. 5. Quiste epidermoide. Se observa la cápsula de tejido conectivo fibroso conteniendo epitelio escamoso estratificado y queratina. Hay ausencia de anexos cutáneos tales como folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas.

## DISCUSIÓN

Los quistes epidermoides son malformaciones benignas del desarrollo que surgen de constituyentes epiteliales anormales del tejido ectodérmico formado durante el período fetal. Estas lesiones se pueden observar en cualquier parte del cuerpo, con una prevalencia de aproxi-

madamente el 7 % en la región de la cabeza y el cuello (Venegas *et al.*), representando los casos localizados en la cavidad oral el 1,6 % de los casos totales, constituyendo de ese modo el 0,01 % o menos de todas las lesiones quísticas de la cavidad oral. Estas lesiones quísticas de la cavidad oral pueden ser odontogénicas o no odontogénicas. La mayoría de estos últimos corresponden a quistes dermoides que se localizan preferentemente en la línea media, involucrando en un 25 % de ellos el piso de la cavidad oral y en raras ocasiones la lengua, labios, maxilar y mandíbula. Los quistes epidermoides de la cavidad oral, en adultos, se ven sobre todo en el suelo de la cavidad oral y en otros subsitios, incluyendo la labial, la tonsila palatina y en el paladar blando. En los lactantes la incidencia es más alta en el suelo de la cavidad oral y menor en el paladar blando (Esquivel Pedraza *et al.*; Dogan & Bucak, 2014; Uppala *et al.*). El caso presentado corresponde a un lactante de 6 meses de edad, con un tumor quístico localizado en la úvula palatina.

Etiológicamente podemos dividir estas lesiones en primarias o congénitas, que son las descritas y que están relacionadas con la implantación del ectodermo en el momento del cierre de la cresta neural o de otras líneas epiteliales, pudiendo asociarse a otras anomalías del desarrollo, como el paladar hendido (Uppala *et al.*). El otro grupo y que corresponde al menor porcentaje de los casos, es el secundario o adquirido, que es causado por inclusiones postraumáticas de la superficie epitelial dentro de los tejidos profundos debido a procedimientos quirúrgicos, traumas u oclusión del conducto glandular sebáceo. En estos procesos durante la cicatrización las células epiteliales se comportarían como un injerto cutáneo. En definitiva, no debe descartarse categóricamente que estas fricciones sobre la mucosa, pudieran ser un factor agresivo que induzca al desarrollo de estos quistes, aún en aquellas de origen congénito. Los distintos subsectores de la cavidad oral y orofaringe están expuestos a traumatismos leves pero constantes durante la masticación y deglución (Navas Aparicio *et al.*, 2012).

La mayoría de los autores consideran que son quistes de origen congénito, sin embargo, no suelen manifestarse durante los primeros

años de vida, sino que suelen observarse en adultos jóvenes, alrededor de la segunda o tercera décadas de la vida. Son excepcionales en niños, habiendo sido descrito no solo en lactantes sino también en recién nacidos incluso intrauterino, durante la gestación. No existe predominio por ningún sexo. El tamaño de los quistes es variable, presentando un diámetro mayor que varía desde unos pocos milímetros a 12 cm (Sanjuán Rodríguez *et al.*, 2003; Park *et al.*, 2013). En nuestro caso se trata de un tumor de 1 cm diagnosticado en un lactante varón de 6 meses de edad.

Son lesiones benignas, tras su excéresis la recurrencia no es frecuente, sin embargo se han reportado casos aislados de premalignidad y malignidad (enfermedad de Bowen y carcinoma espinocelular) encontrados en las paredes de los quistes cutáneos, no habiéndose descrito esta transformación en los de localización bucal (Esquivel Pedraza *et al.*; Venegas *et al.*).

Clínicamente se caracterizan por ser tumores firmes, esféricos, de superficie lisa, no ulcerados, generalmente únicos, con libre desplazamiento sobre las estructuras adyacentes, de crecimiento lento y usualmente asintomáticos. Aquellos quistes epidermoides de paladar blando y úvula palatina, de cierto tamaño, pueden provocar insuficiencia funcional del velo del paladar ocasionando trastornos respiratorios, fonatorios y deglutorios, pudiendo llevar a una pérdida de peso en los lactantes afectados (Esquivel Pedraza *et al.*; Suga *et al.*; Tsai *et al.*).

El diagnóstico es clínico para los de ubicación a nivel de la úvula palatina, no requiriéndose en general estudios complementarios. Sin embargo en aquellos quistes del piso de la cavidad oral u otros subsitios de la cavidad oral u orofaringe pueden requerirse estudios por imágenes. La ecografía permite demostrar su carácter quístico, que muestra un contenido hipoecogénico, sobre todo en los ubicados en el piso de cavidad oral (Blumenthal, 2011; Zurita Orrego *et al.*). Este estudio puede mostrar la presencia de quistes en cavidad oral en fetos llegando así al diagnóstico prenatal y de esta manera estar preparados para una traqueostomía de urgencia en caso que provoquen dificultad respiratoria

(Park *et al.*). La tomografía computada y a resonancia nuclear magnética, en cortes axiales, coronales y sagitales, permiten estudiar su relación con distintos planos musculares del piso de la cavidad oral y de la lengua, así como la afectación de las estructuras adyacentes, descartando diagnósticos diferenciales. Para los quistes del piso de la cavidad oral a veces resulta útil la realización de una gammagrafía tiroidea para descartar tiroides ectópica. Aunque la biopsia escisional es la conducta en los quistes localizados en la úvula palatina, en aquellos localizados en otros subsitios de la cavidad oral y orofaringe pueden ser pasibles de punción con aguja fina o biopsia escisional para llegar a este diagnóstico diferencial, debiendo considerarse que presentan riesgo de infección (Acree *et al.*, 1999; Sanjuán Rodríguez *et al.*; Alarcón Arratia *et al.*, 2008).

Clínicamente se asemejan a los quistes dermoides y teratoides, que como se dijo se diferencian entre sí solo histológicamente (Yilmaz *et al.* 2012). En los niños, sobre todo en lactantes, como es el caso presentado en este trabajo, serían estos los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta. En vista de que la mayor prevalencia de la patología ocurre en adultos jóvenes, otros diagnósticos diferenciales a tener en cuenta en este grupo etario son: mucocele, tumores benignos de glándulas salivales menores; adenoma pleomórfico, mioepitelioma, lesión lipomatosa de glándulas salivales (sialolipoma), lipoma, malformaciones linfáticas; linfangioma o higroma quístico, quiste epitelial oral, neoplasia neurales benignas; neurofibroma, schwannoma, hemangioma (Mehabir *et al.*, 2000; Carvalho *et al.*, 2011; Daryani *et al.*, 2011; Navas Aparicio *et al.*; Kapetanakis *et al.*, 2012; Rahpeyma *et al.*, 2012; Sahoo *et al.*, 2013; Li *et al.*, 2014; Basak *et al.*, 2014; Hmidi *et al.*, 2015; Kumar *et al.*, 2015; Guruprasad & Chauhan, 2015). Los tumores malignos, si bien generalmente se presentan ulcerados en sus primeros estadios pueden no serlo y constituirse en un diagnóstico diferencial, en estos casos la biopsia es importante y debido a la función fonatoria, respiratoria y deglutoria del velo del paladar y la úvula palatina, el tratamiento de elección es quirúrgico solo en los estadios iniciales, siendo la radioterapia la opción para los estadios más avanzados (Amar *et al.*, 2004).

El tratamiento de los quistes epidermoides de úvula palatina es la resección quirúrgica. Es preferible la utilización de anestesia general, especialmente en pacientes pediátricos. El abordaje es transoral. Generalmente no presentan complicaciones quirúrgicas o postquirúrgicas (Caylakli *et al.*; Esquivel Pedraza *et al.*; Suga *et al.*; Hernández Paz *et al.*; Tsai *et al.*).

El pronóstico de este padecimiento es bueno y la tasa de recidiva es baja. Sin embargo, se reportan casos aislados de transformación maligna a carcinoma de células escamosas, aunque no fue encontrada en la revisión bibliográfica realizada ningún caso de esta transformación en los quistes de cavidad oral y menos en aquellos localizados en la úvula palatina (Licéaga Reyes *et al.*, 2005).

El estudio histopatológico de la pieza operatoria confirma el diagnóstico, al hallar una pared de tejido conectivo fibroso que recubre una delgada capa de epitelio escamoso estratificado, a veces queratinizado, que en su luz contiene una cantidad variable de queratina. Se diferencian de los quistes dermoides en que en la pared de la cápsula no se encuentran anexos de la piel, como: glándulas sebáceas, folículos pilosos o glándulas sudoríparas (Hernández Paz *et al.*; Zurita Orrego *et al.*; Baliga *et al.*). En este caso la biopsia definitiva de la lesión confirmó el diagnóstico de quiste epidérmico.

## CONCLUSIONES

Los quistes epidermoides ubicados en la cavidad oral y orofaringe son infrecuentes, siendo prevalentes en el piso de la cavidad oral. Los ubicados en la úvula palatina son muy raros. Los de pequeño tamaño son asintomáticos, pudiendo aquellos mayores provocar disfunción del velo del paladar, dificultando la fonación, la deglución y la respiración. En la población pediátrica el diagnóstico es clínico, presentándose como una masa firme, no ulcerada, móvil. No se requieren métodos complementarios de diagnóstico ni biopsia preoperatoria. El tratamiento es quirúrgico bajo anestesia general, siendo el abordaje el trasoral. El pronóstico es favorable siendo la recidiva postexcéresis completa nula.

**MEDINA, B.; RUÍZ, D. O.; GÓMEZ, O.; FRANCO, L.; RODRIGUEZ, I. & OTTONE, N. E.** Epidermoid cyst of Uvula: Presentation of case. Review of the literature. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 4(1):1101-1107, 2017.

**SUMMARY:** The epidermoid cyst is a frequent dermatological entity, being very rare its location in the oral cavity, with a higher prevalence at the level of the floor of the oral cavity. It is considered of congenital etiology, although it occurs predominantly in young adults. They are generally well circumscribed, slow growing and asymptomatic masses, although those located in the oral cavity and oropharynx can cause phonatory, swallowing and respiratory disorders. The diagnosis is clinical, being the differential diagnosis with the dermoid and teratoid cysts only possible with the histopathological study. The treatment is surgical and the prognosis is favorable without relapses. We present a case of epidermoid cyst located in uvula, in a male of 6 months of life, treated surgically, with the tumor excision by a transoral approach.

**KEY WORDS: Epidermoid cyst; Uvula; Diagnosis; Treatment.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acree, T.; Abreo, F.; Smith, B. R.; Bagby, J. & Heard, J. S. Diagnosis of dermoid cyst of the floor of the mouth by fine-needle aspiration cytology: a case report. *Diagn. Cytopathol.*, 20(2):78-81, 1999.
- Alarcón Arratia, A.; González Rocabado, A. & Pantoja Parada, R. Quiste dermoide del piso de de la boca Reporte de un caso clínico. *Rev. Dent. Chile*, 99(2):23-6, 2008.
- Amar, A.; Curioni, O. A.; Franzi, S. A.; Sobrinho, J. A. & Rapoport, A. Treatment of squamous cell carcinoma of the soft palate. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, 70(6):761-4, 2004.
- Baliga, M.; Shenoy, N.; Poojary, D.; Mohan, R. & Naik, R. Epidermoid cyst of the floor of the mouth. *Natl. J. Maxillofac. Surg.*, 5(1):79-83, 2014.
- Basak, K.; Kayipmaz, S. & Karadayi, N. Sialolipoma of minor salivary gland in uvula. *J. Oral Hyg. Health*, 2:159, 2014.
- Blumenthal, L. Tumores de partes blandas. Aporte del ultrasonido para su diagnóstico. *Rev. Hosp. Niños B. Aires*, 53(241):78-83, 2011.
- Carvalho, B.; Ballin, A. C.; Karam, A.; dos Santos, R.; Ballin, C. H.; Ballin, C. R. & Mocellin, M. Apresentação atípica de Técnicas em Otorrinolaringologia adenoma pleomórfico. *Acta ORL Tec. Otorrinolaringol.*, 29(1):20-2, 2011.
- Caylakli, F.; Yavuz, H.; Bolat, F.; Ozer, F. & Ozgirgin, N. Epithelial cyst of the soft palate. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 69(4):545-7, 2005.
- Daryani, D.; Gopakumar, R. & Ajila, V. Pleomorphic adenoma of the soft palate: myoepithelial cell predominant. *Indian J. Dent. Res.*, 22(6):853-6, 2012.
- Dogan, F. & Bucak, I. H. Congenital epidermoid cyst results in muscle fusion defect in the upper lip. *Case Rep. Otolaryngol.*, 2014:540910, 2014.
- Esquivel Pedraza, L.; Fernández-Cuevas, L.; Saeb-Lima, M.; Figueroa Román, O. & Fernández-Cuevas, R. Quiste epidermoide de la cavidad bucal. Descripción de dos casos. *Rev. A. D. M.*, 64(3):116-20, 2007.
- Fuster, C.; Ferreira, M.; Condomi Alcorta, S.; Mormandi, R.; Cervio, A. & Salvat, J. Quistes dermoides y epidermoides intracraneales. *Rev. Argent. Neurocir.*, 21(3):108-10, 2007.
- Guruprasad, Y. & Chauhan, D. S. Myoepithelioma of soft palate: Radiologic-pathologic correlation. *West Afr. J. Radiol.*, 22(2):97-100, 2015.
- Hernández Paz, S. H.; García Guzmán, C. M. & Morales Ayala, L. L. Quiste epidermoide en la úvula. *Rev. Esp. Med. Quir.*, 16(3):182-7, 2011.
- Hmidi, M.; Aatifi, H.; Boukhari, A.; Zalagh, M. & Messary, A. Pleomorphic adenoma of the soft palate: major tumor in a minor gland. *Pan Afr. Med. J.*, 22:281, 2015.
- Kapetanakis, S.; Vasileiadis, I.; Petousis, A.; Fiska, A. & Stavrianaki, A. Plexiform (multinodular) schwannoma of soft palate. Report of a case. *Folia Med. (Plovdiv)*, 54(3):62-4, 2012.
- Kumar, M. V.; Panga, A.; Mohammed, M.; Jabri, O. B. A. & Abdullah, S. K. Pleomorphic Adenoma of Soft Palate - A rare presentation. *Int. J. Biomed. Res.*, 6(6):439-41, 2015.

- Li, X. M.; Yu, J. Q. & Xu, G. H. Solitary fibrous tumor of the soft palate: A report of two cases. *Oncol. Lett.*, 7(6):1975-7, 2014.
- Licéaga, R. R.; Licéaga, E. C. & Mosqueda, T. A. Quiste dermoide: presentación de un caso y revisión bibliográfica. *Dermatol. Rev. Mex.*, 49(3):130-3, 2005.
- Marrugo-Pardo, G. E. & Torres-Pazmiño, J. C. Masa nasal congénita: quiste epidermoide. *Rev. Fac. Med.*, 58(4):348-52, 2010.
- Montebugnoli, L.; Tiberio, C. & Venturi, M. A rare case of congenital epidermoid cyst of the hard palate. *B. M. J. Case Rep.*, 2011:p11-bcr0720114485, 2011.
- Navas Aparicio, M. C.; Rojas Madrigal, A. & Cubero Brenes, E. Quiste epidermoide de piso de boca. Reporte de un caso y revisión de literatura. *Rev. ORL*, 3:32-47, 2012.
- Park, S. W.; Lee, J. J.; Chae, S. A.; Yoo, B. H.; Kim, G. J. & Lee, S. Y. Congenital epidermoid cyst of the oral cavity: prenatal diagnosis by sonography. *Clin. Exp. Otorhinolaryngol.*, 6(3):191-3, 2013.
- Quesada, H. N.; Escalante, J. P. & Muller, A. J. Quiste congénito de la úvula: Estudio de un caso. *Rev. Med. Costa Rica*, 45(463):79-80, 1978.
- Rahpeyma, A.; Jafarian, A. H.; Khajeh Ahmadi, S. & Sarabadani, J. A schwannoma of the soft palate in a child: histological and immunohistochemical features and surgical method. *Iran. J. Otorhinolaryngol.*, 24(67):95-9, 2012.
- Sahoo, N. K.; Rangan, M. N. & Gadad, R. D. Pleomorphic adenoma palate: Major tumor in a minor gland. *Ann. Maxillofac. Surg.*, 3(2):195-7, 2013.
- Sanjuán Rodríguez, S.; Morán Penco, J. M.; Ruiz Orpez, A.; Santamaria Ossorio, J. I. & Berchi García, F. J. Quiste epidermoide en el suelo de la boca. *Cir. Pediatr.*, 16:146-8, 2003.
- Suga, K.; Muramatsu, K.; Uchiyama, T.; Takano, N. & Shibahara, T. Congenital epidermoid cyst arising in soft palate near uvula: a case report. *Bull. Tokyo Dent. Coll.*, 51(4):207-11, 2011.
- Tsai, W. C.; Kuo, C. Y. & Wang, C. H. Epidermal inclusion cyst of the soft palate and uvula in an infant. *Eur. J. Pediatr.*, 172(11):1563-4, 2013.
- Uppala, D.; Majumdar, S.; Rao, K. & Reddy, S. Epidermoid cyst of the soft palate in an infant. *J. Oral Maxillofac. Pathol.*, 19(3):409, 2015.
- Venegas, R. O.; Martínez, R. B.; Olivos, B. B.; Vallejos, M. C. & Zambra, R. M. Quiste epidermoide en la región preauricular: Reporte de un caso. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 71(2):167-70, 2011.
- Yadav, A. K.; Nadarajah, J.; Chandrashekhara, S. H.; Tambade, V. D. & Acharya, S. Myoepithelioma of the soft palate: a case report. *Case Rep. Otolaryngol.*, 2013:642806, 2013.
- Yilmaz, M.; Ibrahimov, M.; Ozturk, O.; Karaman, E. & Aslan, M. Congenital hairy polyp of the soft palate. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 76(1):5-8, 2012.
- Zurita Orrego, H.; Horra Alvarez, S. & López Araujo, E. Quiste epidermoide del piso de la boca: Revisión de caso clínico. *Rev. Ac. Ec. ORL*, 7(1):51-4, 2011.

Dirección para correspondencia:  
Blás Medina  
Médico de Staff, Cirugía de Cabeza y Cuello  
Servicio de ORL del Hospital Central-IPS  
PARAGUAY

Email: bamci@hotmail.com

Recibido : 12-11-2016  
Aceptado: 23-12-2016