

Επιδερμοειδείς Κύστεις της Στοματοπροσωπικής Χώρας. Κλινικοπαθολογική Μελέτη 11 Περιπτώσεων.

Σάσσαλος Κ.*¹, Τόσιος Κ.Ι.**², Σκλαβούνος Α.*³, Ιατρού Ι.Α.*⁴

Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (Διευθυντής καθ. Αγγ. Αγγελόπουλος) και το Εργαστήριο Στοματολογίας (Διευθυντής: Καθ. Στ. Παπανικολάου), Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιδερμοειδής ή επιδερμική κύστη είναι μία κύστη που επενδύεται από επιθήλιο το οποίο μοιάζει με την επιδερμίδα. Οι επιδερμοειδείς κύστεις είναι συχνές στην κεφαλή, τον τράχηλο και τον κορμό, ιδιαίτερα την πλάτη. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά των κύριων κλινικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών 11 περιπτώσεων επιδερμοειδών κύστεων της στοματοπροσωπικής περιοχής και η παρουσίαση της διαφορικής διάγνωσης, καθώς και των απόψεων για την παθογένεση των βλαβών αυτών.

Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν 11 περιπτώσεις ασθενών με επιδερμοειδείς κύστεις της στοματοπροσωπικής περιοχής που αφαιρέθηκαν χειρουργικά στη Γναθοχειρουργική Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά τη χρονική περίοδο 1988-2001. Η τελική διάγνωση σε όλες τις περιπτώσεις είχε τεθεί ιστολογικά.

Η ηλικία των ασθενών κυμαίνονταν από 16 ως 85 έτη, με μέσο όρο τα 39,8 έτη ($\pm 22,5$ έτη). Οκτώ ασθενείς ήταν άνδρες και τρεις γυναίκες. Έξι κύστεις εντοπιζόνταν στις παρειές, από τις οποίες μία προέβαλε ενδοστοματικά, από δύο στο αυτί και το κάτω βλέφαρο, και μία στο τριχωτό της κεφαλής. Η μέγιστη διάμετρος των κύστεων κυμαίνονταν από 0,5 ως 3 εκ., με μέσο όρο 1,48 εκ. ($\pm 0,9$ εκ.). Η συχνότερη αρχική διάγνωση ήταν σμηγματογόνος κύστη (τέσσερις περιπτώσεις), ενώ τρεις περιπτώσεις διαγνώθηκαν ως επιδερμοειδείς ή δερμοειδείς κύστεις, και από μία ως έκτοπος δακρυϊκός αδένας και λίπωμα ή μικτός όγκος, αντίστοιχα. Δέκα περιπτώσεις αφαιρέθηκαν με εξωστοματική προσπέλαση και μία με ενδοστοματική. Σε καμία περίπτωση δεν είχε αναφερθεί υποτροπή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιδερμοειδής ή επιδερμική κύστη είναι μία κύστη που επενδύεται από επιθήλιο το οποίο μοιάζει με την επιδερμίδα [Weinberg και Kryshtalsky (1995)]. Οι επιδερμοειδείς κύστεις είναι συχνές στις τριχοφόρες περιοχές του δέρματος που είναι ευεπί-

φορες στην ακμή, δηλαδή στην κεφαλή, τον τράχηλο και τον κορμό, ιδιαίτερα την πλάτη [Lever και Schaumburg-Lever (1990), Neville και συν. (1997)]. Εμφανίζονται κατά κανόνα σαν μονήρεις, ασυμπτωματικές και ζυμώδεις διογκώσεις που μεγεθύνονται αργά [Calderon και Kaplan (1993), Bataineh και Mansour (1995), Αγγελόπουλος και συν. (2000)]. Η διάμετρος τους κυμαίνεται από 1 ως 5 εκ. [Lever και Schaumburg-Lever (1990)].

Οι επιδερμοειδείς κύστεις του δέρματος της κεφαλής εντοπίζονται συχνότερα στο τριχωτό της κεφαλής, την περιοφθαλμική περιοχή και τα βλέφαρα, τα αυτιά και τη ρινική (Lever και Schaumburg-Lever (1990), McKee (1999)]. Εμφανίζονται συχνά σε νεαρά άτομα. Σε αντίθεση με τις επιδερμοειδείς

1. Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακός φοιτητής στην Παθολογία του Στόματος.

2. Ειδικός Επιστήμονας.

3. Επίκουρος Καθηγητής.

4. Αναπληρωτής Καθηγητής.

Λέξεις κλειδιά: Επιδερμική κύστη, Δερμοειδής κύστη, Νοσήματα στόματος.

κύστες της πλάτης που είναι συχνότερες σε ηλικιωμένους, και οι άνδρες προσβάλλονται δύο φορές συχνότερα από τις γυναίκες [Neville και συν. (1997)]. Όταν αναπτύσσονται σε περιοχές με λεπτό δέρμα, όπως ο λοβός του αυτιού, παρουσιάζονται σαν λευκές ή λευκοκίτρινες πλάκες [Neville και συν. (1997)].

Οι επιδερμοειδείς κύστες του στόματος, είναι συχνότερες στο έδαφος του στόματος, ιδιαίτερα στη μέση γραμμή ή κοντά σε αυτή, και σπανιότερα στα χείλη, τη γλώσσα και τις παρειές [Quinn (1960), Goldberg (1965), Rule (1976), Λέκκας και Ιωαννίδης (1979), Rapidis και συν. (1980), Mathur και Menon (1980), Rajayogeswaran και Eveson (1989), King και συν. (1994), Walstad και συν. (1988)]. Οι ενδοστοματικές κύστες εμφανίζονται συνήθως συγγενώς ή σε νεαρά άτομα, και μπορεί να προβάλουν ενδοστοματικά ή εξωστοματικά, ανάλογα με τη σχέση τους με τα ανατομικά στοιχεία της περιοχής, ιδιαίτερα τους μύες [Αγγελόπουλος και συν. (2000)]. Σπάνια, ενδοστοματικές επιδερμοειδείς κύστες μπορούν να πάρουν μεγάλες διαστάσεις και να προκαλέσουν ενοχλήματα, όπως δυσφαγία, δύσπνοια και δυσκολία στην ομιλία, ιδιαίτερα ως αποτέλεσμα δευτερογενούς επιμόλυνσης, π.χ. μετά από μερική βιοψία ή βιοψία με βελόνη [Cortezzi και De Albuquerque (1994)]. Οι επιδερμοειδείς κύστες του δέρματος και του στόματος διαφέρουν ως προς τον πιθανό παθογενετικό μηχανισμό και θεωρούνται διαφορετικές

οντότητες [Neville και συν. (1997)].

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά των κύριων κλινικών και ιστοπαθολογικών χαρακτηριστικών 11 περιπτώσεων επιδερμοειδών κύστεων της στοματοπροσωπικής χώρας και η παρουσίαση της διαφορικής διάγνωσης, καθώς και των απόψεων για την παθογένεση των βλαβών αυτών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν 11 περιπτώσεις ασθενών με επιδερμοειδείς κύστες της περιοχής κεφαλής-τραχήλου, που αφαιρέθηκαν χειρουργικά στη Γναθοχειρουργική Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά τη χρονική περίοδο 1988-2001. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν αφορούσαν την ηλικία, το φύλο, την εντόπιση, τη μέγιστη διάμετρο, την κλινική διάγνωση, και το είδος της χειρουργικής προσπέλασης ενδοστοματική ή εξωστοματική. Η τελική διάγνωση σε όλες τις περιπτώσεις είχε τεθεί ιστολογικά.

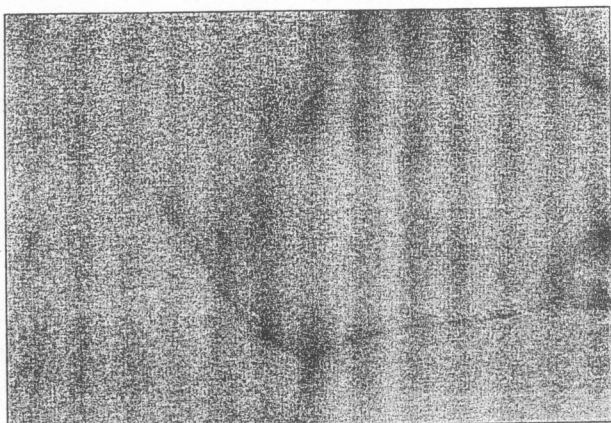
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά των 11 περιπτώσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Η ηλικία των ασθενών κυμαίνονταν από 16 ως 85 έτη, με μέσο όρο τα 39,8 έτη ($\pm 22,5$ έτη). Οκτώ ασθενείς ήταν άνδρες και τρεις γυναίκες. Έξι κύστες εντοπίζονταν στις

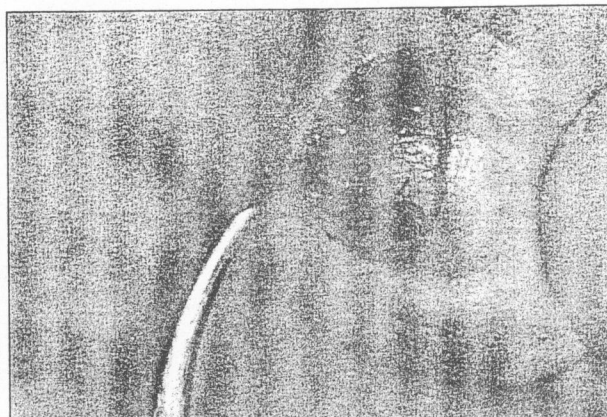
Πίνακας 1: Κύρια κλινικά χαρακτηριστικά 11 περιπτώσεων επιδερμοειδών κύστεων της στοματοπροσωπικής χώρας, της περιόδου 1988-2001.

α/α	ηλικία (έτη)	φύλο	εντόπιση	μέγιστη διάσταση (εκ.)	κλινική διάγνωση
1	29	A	παρειά (αριστερή)	3,0	σμηγματογόνος κύστη
2	50	A	παρειά	1,0	δ/α
3	30	A	παρειά (δεξιά)	3,0	σμηγματογόνος κύστη
4	δ/α	A	τριχωτό κεφαλής	1,3	σμηγματογόνος κύστη
5	34	A	αυτί	1,0	επιδερμοειδής κύστη
6	38	Θ	παρειά (δεξιά)	2,5	δ/α
7	85	Θ	κάτω βλέφαρο	0,6	έκτοπος δακρυϊκός αδένας
8	71	A	κάτω βλέφαρο (δεξιά)	0,5	σμηγματογόνος κύστη
9	26	Θ	παρειά (δεξιά)	1,5	λίπωμα ή μικτός όγκος
10	16	A	αυτί (δεξιά)	0,9	επιδερμοειδής κύστη
11	19	A	παρειά (δεξιά)	1,0	δερμοειδής κύστη

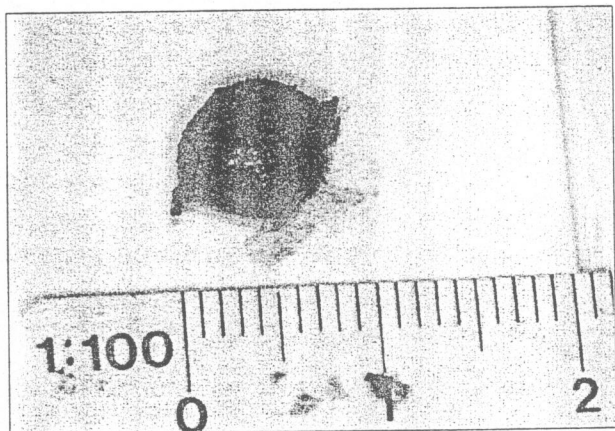
δ/α: δεν αναφέρεται



Εικ. 1: Επιδερμοειδής κύστη έσω επιφάνειας του λοβού του αυτιού.

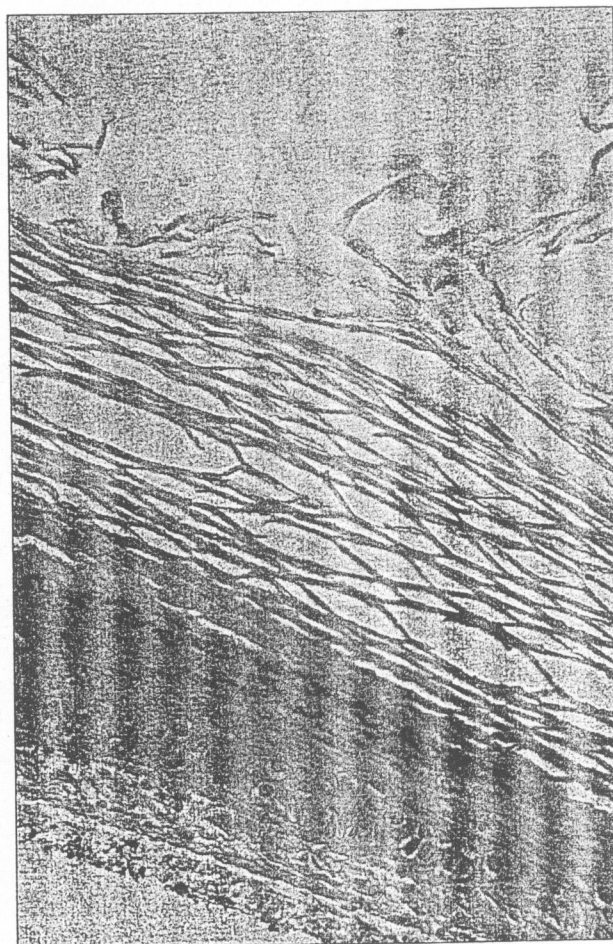


Εικ. 2: Διεγχειρητική εικόνα της κύστης της εικόνας 1.



Εικ. 3: Το χειρουργικό παρασκεύασμα μετά την αφαίρεση της κύστης της εικόνας 1.

παρείες, από τις οποίες μία προέβαλε ενδοστοματικά, από δύο στο αυτί (Εικ. 1) και το κάτω βλέφαρο, και μία στο τριχωτό της κεφαλής. Η μέγιστη διάμετρος των κύστεων κυμαίνονταν από 0,5 ως 3 εκ., με μέσο όρο 1,48 εκ. ($\pm 0,9$ εκ.). Η συχνότερη αρχική διάγνωση ήταν σμηγματογόνος κύστη (τέσσερις περιπτώσεις), ενώ τρεις περιπτώσεις διαγνώσθηκαν ως επιδερμοειδείς ή δερμοειδείς κύστεις, και από μία ως έκτοπος δακρυϊκός αδένας και λίπωμα ή μικτός όγκος, ανίσοιχα. Δέκα περιπτώσεις αφαιρέθηκαν με εξωστοματική προσπέλαση (Εικ. 2, 3) και μία με ενδοστοματική. Σε καμία περίπτωση δεν είχε αναφερθεί υποτροπή. Μικροσκοπικά, σε όλες τις βλάβες η κυστική κοιλότητα επενδυόταν από λεπτό κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, χωρίς καταδύσεις, το οποίο εμφάνιζε σαφή κοκκώδη και παχιά κερατίνη σιβάδα (Εικ. 4). Η κυστική κοιλότητα περιείχε κερατίνη από την παρατηρήθηκαν ενσβεστώσεις. Ο



Εικ. 4: Μικροσκοπική εικόνα του κυστικού τοιχώματος. Διακρίνεται το επενδυτικό πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που είναι λεπτό, υπερκερατινοποιημένο, χωρίς καταδύσεις (αιματοξυλίνη και πωσίνη, αρχική μεγέθυνση x 250).

συνδετικός ιστός του κυστικού τοιχώματος παρουσίαζε αραιές φλεμονώδεις διηθήσεις, κυρίως από λεμφο-

κύτταρα και πλασματοκύτταρα. Η ιστολογική εικόνα ήταν διαγνωστική επιδερμοειδούς κύστης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συχνότερη εμφάνιση των επιδερμοειδών κύστεων της περιοχής κεφαλής-τραχήλου στην παρεία και σε άνδρες συμφωνεί με τα περισσότερα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας [King και συν. (1994), Bataineh και Mansour (1995)]. Επίσης, η σπάνια εντόπιση των επιδερμοειδών κύστεων ενδοστοματικά (μία περίπτωση) αναφέρεται και από άλλους ερευνητές [Taylor και συν. (1966), Calderon και Kaplan (1993)].

Η διαφορική διάγνωση των επιδερμοειδών κύστεων του δέρματος γίνεται κυρίως από την κύστη τριχειλήματος ή σημηματογόνο κύστη (αναφέρεται, επίσης, ως θυλακιάδης κύστη, ή κύστη τρίχας) και από τα δερματικά κεγχρία (milia) [Rajayogeswaran και Eveson (1989), Lever και Schaumburg-Lever (1990), Gawkrödger (1997)]. Η κύστη τριχειλήματος δεν μπορεί να διακριθεί κλινικά από την επιδερμοειδή κύστη [Lever και Schaumburg-Lever (1990)]. Αν και είναι σπανιότερη από την επιδερμοειδή κύστη αναπτύσσεται συχνότερα στην περιοχή της κεφαλής. Τέσσερις από τις έξι περιπτώσεις της παρούσας μελέτης στις οποίες αναφερόταν η πιθανή διάγνωση, είχαν χαρακτηριστεί ως σημηματογόνες κύστεις. Η τελική διάγνωση τίθεται με την ιστολογική εξέταση [Lever και Schaumburg-Lever (1990), Bataineh και Mansour (1995), Neville και συν. (1997), Walstad και συν. (1998)]. Στην κύστη τριχειλήματος το επενδυτικό επιθήλιο εμφανίζει πασσαλοειδή διάταξη των κυττάρων της βασικής στιβάδας, έλλειψη κοκκώδους στιβάδας, ενώ τα επιφανειακά κύτταρα είναι διογκωμένα και ελαφροχρωματικά, χωρίς σαφή όρια, και σβήνουν στο ομοιογενές περιεχόμενο της κοιλότητας. Αντίθετα, η ιστολογική εικόνα των δερματικών κεγχρίων είναι πανομοιότυπη με αυτή της επιδερμοειδούς κύστης, αλλά κλινικά τα κεγχρία είναι πολύ μικρά (1-2 χιλ.) και συρρέοντα [Lever και Schaumburg-Lever (1990)]. Η διάγνωση των επιδερμοειδών κύστεων μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να υποβοηθηθεί με την αξονική ή τη μαγνητική τομογραφία [King και συν. (1994), Walstad και συν. (1998) και το υπερηχογράφημα [Thomas και συν. (1990), Calderon και Kaplan (1993)].

Επειδή οι επιδερμοειδείς κύστεις του δέρματος

αποτελούν ένα από τα σημεία του συνδρόμου Gardner χαρακτηριστικό του οποίου είναι ο αυξημένος κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής των αδενωμάτων πολυπόδων του παχέως εντέρου, η παρουσία πολλαπλών επιδερμοειδών κύστεων πρέπει να ακολουθείται από προσεκτικό έλεγχο για τα υπόλοιπα σημεία του συνδρόμου [Jones και Korzacak (1990)]. Ιδιαίτερο κλινικό στοιχείο των επιδερμοειδών κύστεων του συνδρόμου Gardner είναι η εμφάνισή τους πριν την εφηβεία [Neville και συν. (1997)]. Ιστολογικά, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στις περιπτώσεις ρήξης του τοιχώματος και ανάπτυξης φαγοκυτταρικής φλεγμονώδους αντίδρασης λόγω εξόδου της κερατίνης, καθώς μπορεί να αναπτυχθεί ψευδοεπιθηλιωματοειδής υπερπλασία που μοιάζει με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα [Lever και Schaumburg-Lever (1990)].

Οι επιδερμοειδείς κύστεις του δέρματος αποδίδονται παθογενετικά σε μη-νεοπλασματική βλάστηση του επιθηλίου της χοάνης του τριχοθυλακίου (κύστη τριχοθυλακίου) ή σε τραυματική εμφύτευση επιθηλίου (κύστη επιδερμικών εγκλείστων) [Lever και Schaumburg-Lever (1990)]. Οι κύστεις τριχοθυλακίου θεωρείται πως προέρχονται από το επιθήλιο του ανώτερου τμήματος του τριχοθυλακίου που εκτείνεται από το άνοιγμα μέχρι τις θέσεις εισόδου των πόρων των σημηματογόνων αδένων, κατά τις επούλωτικές διεργασίες που ακολουθούν τον τραυματισμό του τριχοθυλακίου [Lever και Schaumburg-Lever (1990)]. Η θεωρία αυτή ερμηνεύει τη συχνή εμφάνιση των επιδερμοειδών κύστεων στις τριχοφόρες περιοχές του δέρματος, ιδιαίτερα σε περιοχές ευεπίφορες στην ακμή. Οι κύστεις επιδερμικών εγκλείστων είναι σπανιότερες και εμφανίζονται και σε μη-τριχοφόρες περιοχές του δέρματος, καθώς και στη στοματική κοιλότητα [Lever και Schaumburg-Lever (1990), Neville και συν. (1997)].

Οι περισσότερες επιδερμοειδείς κύστεις της στοματικής κοιλότητας, ωστόσο, πιστεύεται ότι αποτελούν εκτρωτικές μορφές κυστικού τερατώματος [Neville και συν. (1997)]. Το αληθές τεράτωμα είναι ένας όγκος που αναπτύσσεται κατά τη διάπλαση και θεωρείται πως προέρχεται από αρχέγονα βλαστικά κύτταρα (germ cells) ή παντοδύναμα βλαστομερή με δυνατότητα παραγωγής όλων των βλαστικών δερμάτων. Αποτελείται από ιστούς προερχόμενους και από τα τρία βλαστικά δέρματα και στην πιο πολύπλοκη μορφή

του, το «σύνθετο» τεράτωμα που εμφανίζεται συνήθως στους όρχεις και τις ωοθήκες, διακρίνονται διάφοροι τύποι ιστών με ανώμαλη διάταξη. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν και τα τερατώματα των ωοθηκών που είναι γνωστά και σαν «δερμοειδή», και μπορεί να περιέχουν δόντια ή και γνάθους. Τα «σύνθετα τερατώματα» είναι εξαιρετικά σπάνια στο στόμα. Όταν εμφανίζονται ξεκινούν συνήθως από την περιοχή της υπόφυσης και μέσου του θυλάκου του Rathke και υπερωϊοσχιστίας προβάλλουν στη στοματική κοιλότητα. Η πιο συχνή μορφή τερατώματος είναι η τερατοειδής κύστη που περιέχει διάφορα παράγωγα των βλαστικών δερμάτων, όπως τριχοθυλάκια, σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες από το έξω βλαστικό δέρμα, μύες, αγγεία ή οστό από το μέσο βλαστικό δέρμα, ή και γαστρεντερικό βλεννογόνο από το έσω βλαστικό δέρμα. Τερατοειδείς κύστες με επένδυση από γαστρεντερικό βλεννογόνο έχουν περιγραφεί και στο στόμα σαν ετερότοπες γαστρεντερικές κύστες στόματος, εντεροκυστώματα, ή κύστες εντερικού διπλασιασμού. Συχνά περιγράφονται ως χωριστώματα, δηλαδή φυσιολογικοί ιστοί σε ανώμαλη εντόπιση, αν και στην πραγματικότητα είναι τερατώματα.

Τα πιο συχνά τερατώματα του στόματος είναι οι δερμοειδείς κύστες, οι οποίες περιέχουν μόνον στοιχεία από το έξω βλαστικό δέρμα, δηλαδή επιδερμίδα και προσαρτήματα, και θεωρούνται ως «απλά» τερατώματα [Neville και συν. (1997)]. Η ιστογένεση των κύστεων αυτών αποδίδεται κυρίως σε μη-βλαστικά εμβρυϊκά κύτταρα που εγκλείονται κατά μήκος των γραμμών σύγκλεισης αποφύσεων. Στην απλούστερη μορφή τους οι δερμοειδείς κύστες επενδύονται μόνον από επιθήλιο που μοιάζει με την επιδερμίδα και περιγράφονται σαν επιδερμοειδείς κύστες [Rapidis και συν. (1981), Rajayogeswaran και Eveson (1989), Worley και Laskin (1993), Bataineh και Mansour (1995), Neville και συν. (1997), Walstad και συν. (1998)]. Κύριο χαρακτηριστικό των κύστεων αυτών είναι η εντόπισή τους στη μέση γραμμή του εδάφους του στόματος ή κοντά στην περιοχή αυτή, αν και δεν αποκλείεται να αναπτυχθούν και έκτοπα σε άλλες περιοχές. Η διαφορετική παθογένεια της επιδερμοειδούς κύστης του στόματος έχει οδηγήσει στη χρήση ποικίλων ονομάτων, όπως δερμοειδής επιδερμοειδής κύστη [King και συν. (1994)],

και συν. (1981)], ή δυσσωνογενεϊκή επιδερμοειδής κύστη [Meyer (1955)], με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η συγκέντρωση των περιπτώσεων που έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία.

Η διάκριση των επιδερμοειδών κύστεων του στόματος σε κύστες επιθηλιακών εγκλείσεων και εκρωτικές μορφές τερατώματος έχει ακαδημαϊκό ενδιαφέρον και μπορεί να στηριχθεί σε κλινικά στοιχεία, όπως το ιστορικό τραυματισμού και η εντόπιση, αντίστοιχα.

Η βιολογική συμπεριφορά των επιδερμοειδών κύστεων είναι κατά κανόνα άριστη, αν και έχουν αναφερθεί εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις κακοήθους εξαλλαγής [Lever και Schaumburg-Lever (1990), Neville και συν. (1997)]. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται σε ολική χειρουργική εξαίρεση [Rapidis και συν. (1981), King και συν. (1994), Bataineh και Mansour (1995)]. Για τις επιδερμοειδείς κύστες του προσώπου, όπου η αισθητική αποτελεί έντονο πρόβλημα, η χειρουργική τομή θα πρέπει να ακολουθεί τις γραμμές της ελάχιστης τάσης του δέρματος, με παράλληλη κατεύθυνση και σε σκίαση έλλειψης [Gawkrödger (1997)]. Στις επιδερμοειδείς κύστες του στόματος θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό της τομής οι βασικοί κανόνες της ενδοστοματικής χειρουργικής, ώστε να αποφευχθούν τυχόν τραυματισμοί σε αγγεία, μύες και νεύρα. Ακολουθώντας τις παραπάνω βασικές αρχές, σε όλα τα περιστατικά της παρούσας μελέτης αποφεύχθηκε η εμφάνιση υποτροπών και οι ασθενείς παρουσίασαν καλή μετεγχειρητική πορεία.

Hellenic Arch Oral Maxillofac Surg 4(2): ?? - ??, 2003.

SUMMARY

Epidermoid Cysts of the Head and Neck. A Clinicopathological Study of 11 Cases.

Sassalos D.*¹, Tosios K.**², Sklavounos A.*³, Iatrou I.*⁴

Department of Oral and Maxillofacial Surgery (Head: Prof. A.P. Angelopoulos) and Department of Oral Pathology. (Head: Prof. S. Papanicolaou) Dental School, University of Athens.

lined by epithelium reminiscent to the epidermis. Epidermoid cysts are common in the head, neck, and trunk. The purpose of the present study was to present the main clinical and pathologic features of 11 cases of epidermoid cysts of the head and neck, and to discuss their differential diagnosis and current concepts on pathogenesis.

The material of the present study consisted of 11 cases of epidermoid cysts of the head and neck surgically treated in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Dental School, University of Athens, during a 14-year period (1988-2001). The diagnoses were confirmed microscopically.

The age of the patients ranged from 16 to 85 years, with an average of 39.8 years ($SD = 22.5$ years). Eight patients were male and three female. Six lesions were located in the buccal skin, two in the ear lobe, two in the lower eyelid, and one each in the buccal mucosa and the scalp. The maximum diameter ranged from 0.5 to 3 cm., with an average of 1.48 cm. ($SD = 0.9$ cm.). Most epidermoid cysts were clinically diagnosed as sebaceous (trichelimal) cysts. Ten lesions were excised through an extraoral and one through an intraoral procedure. No recurrence was noticed.

1. DDS.
2. DDS, Dr. Dent.
3. DDS, Dr. Dent.
4. DDS, MD, Dr. Dent.

Key words: Epidermal cyst, Dermoid cyst, Mouth diseases.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελόπουλος ΑΠ, Παπανικολάου Σ, Αγγελουπούλου Ε: Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Παθολογία, 3η έκδοση. Λίτσας 2000, σελ. 512-513.
- Bataineh AB, Mansour MJ: Extraoral epidermoid cysts. Br. J. Oral Maxillofac Surg. 35: 49-51, 1997.
- Calderon S, Kaplan L: Concomitant sublingual and submental epidermoid cysts: a case report. J Oral Maxillofac. Surg. 51: 790-792, 1993.
- Gawkrodger DJ: Dermatology: An illustrated colour text. 2nd ed. Churchill Livingstone 1997.
- Goldberg AF: Dermoid cyst of the tongue: report of a case. J. Oral Surg. 23: 649, 1965.
- Cortezzi W, De Albuquerque EB: Secundarily infected epidermoid cysts in the floor of the mouth causing a life-threatening situation: report of a case. J. Oral Maxillofac. Surg. 52: 762-764, 1994.
- Jones K, Korzszak P: The diagnostic significance and management of Gardner's syndrome. Br. J. Oral Surg. 28: 80-84, 1990.
- King RC, Smith BR, Burk JL: Dermoid cyst in the floor of the mouth. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 78: 567-576, 1994.
- Λέκκας Κ, Ιωαννίδης Χ: Μεγάλη δερμοειδής κύστη εδάφους στόματος: Αναφορά περίπτωσης. Ελλ. Στοματολ. Χρον. 23: 27-31, 1979.
- Lever WF, Schaumburg-Lever G: Histopathology of the skin. 7th edition. J.B. Lippincott Co. 1990, σελ. 535-539.
- Mathur SK, Menon PRN: Dermoid cyst of the tongue. Report of a case. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 50: 217-218, 1980.
- McKee P: Pathology of the skin with clinical correlations. 2nd ed. C.V. Mosby 1999.
- Meyer I: Dermoid cysts of the floor of the mouth. Oral. Pathol. 1149-1164, 1955.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral and Maxillofacial Pathology. 1st ed. W.B. Saunders Company 1995, pp. 29-31.
- Pensler JM, Bauer BS, Naidich JP: Craniofacial dermoids. Plast. Surg. 82: 953-958, 1988.
- Quinn JH: Congenital epidermoid cyst of anterior half of tongue. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 13: 1283-1287, 1960.
- Rajayogeswaran V, Eveson JW: Epidermoid cyst of the buccal mucosa. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 67: 181-184, 1989.
- Rapidis AD, Angelopoulos AP, Scouteris C: Dermoid cyst of the floor of the mouth. Report of a case. Br. J. Oral Surg. 19: 43-51, 1981.
- Rule DC: Dermoid cyst of the lower lip: A case report. Br. J. Oral Surg. 14: 116-119, 1976.
- Thomas MR, Nofal F, Cave AP: Dermoid cyst in the mouth: Value of ultrasound. J. Laryngol. Otol. 104: 141-142, 1990.
- Walstad WR, Solomon JM, Schow SR, Ochs MW: Medline cystic lesion of the floor of the mouth. J. Oral Maxillofac. Surg. 56: 70-74, 1998.
- Weinberg S, Kryshchalsky B: Epidermoid cyst in a temporomandibular joint dermal graft. J. Oral Maxillofac. Surg. 53: 330-332, 1995.
- Worley CMC, Laskin DM: Coincidental sublingual and submental epidermoid cysts. J. Oral Maxillofac. Surg. 51: 787-790, 1993.

Διεύθυνση για ανάπτυξη:

Αναπλ. Καθηγητής Ι.Α. Ιατρού
Ασκληπιοίου 40
11471 Αθήνα
Τηλ.: 210 3635034
Fax: 210 3628544