

¿Cuál es su diagnóstico?

JOSÉ L. CUERVO*

Respuesta de la página 34

La respuesta correcta es:

a) Mamelón o apéndice preauricular.

Palabras claves: apéndice auricular, apéndice preauricular, mamelón preauricular.

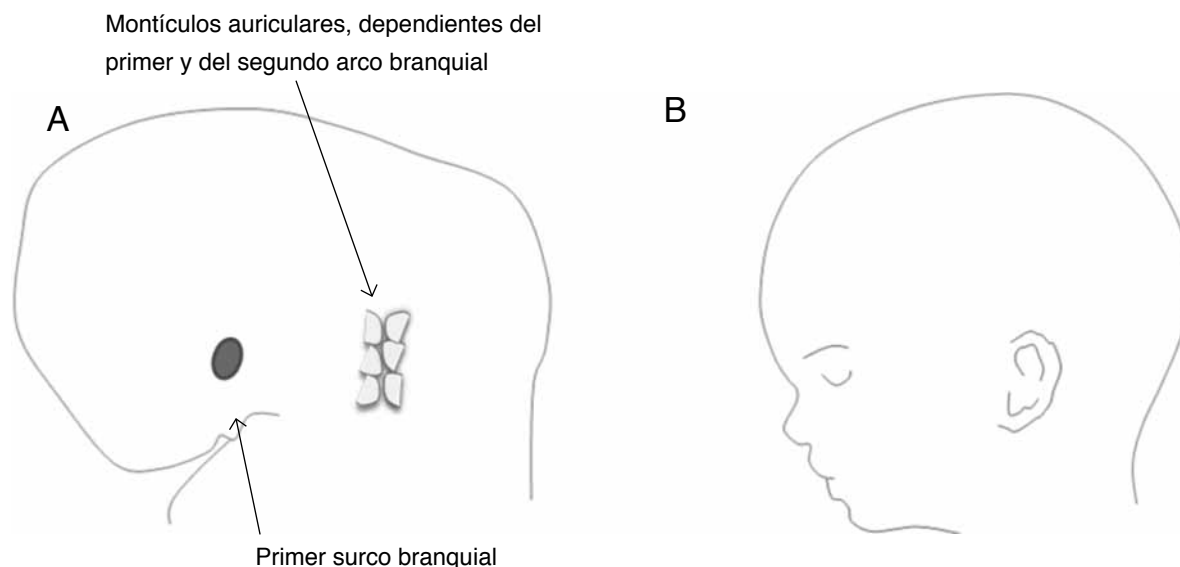
Los apéndices o mamelones preauriculares son anomalías congénitas del desarrollo del pabellón auricular (oreja) y resultan de la aparición de montículos auriculares accesorios.¹

La oreja se desarrolla a partir de seis tumefacciones mesenquimatosas, tres depen-

dientes del primer arco branquial y las tres restantes dependientes del segundo arco branquial (*Figura 2*). Estas prominencias o montículos auriculares rodean los bordes del primer surco branquial y dan origen a la oreja definitiva (*Figura 2*). Los apéndices auriculares resultan del desarrollo de montículos auriculares accesorios (*Figura 3*).

Son relativamente frecuentes (entre 3 y 5,3/1000 recién nacidos vivos),²⁻⁴ y suelen presentarse adelante de la oreja, de ahí también su denominación de mamelones preauriculares, pero en ocasiones también pueden

Figura 2. Desarrollo de la oreja.



A. Seis semanas de gestación: presencia de seis montículos auriculares (tres dependientes del primer arco branquial, y los tres restantes dependientes del segundo arco branquial, separados por el primer surco branquial).

B. 32 semanas de gestación: a medida que se desarrollan la mandíbula y los dientes, las orejas ascienden del cuello hacia la región lateral de la cabeza y adquieren su conformación definitiva.

* Médico de planta. Departamento de Cirugía.
Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".
Buenos Aires, Argentina.

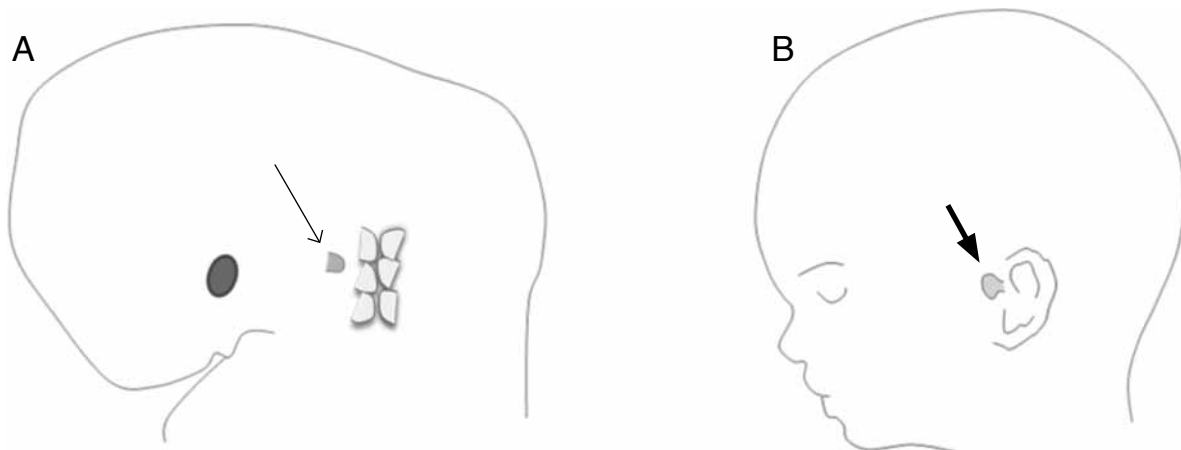
emerger del propio pabellón auricular (*Figura 4*), o incluso en la mejilla, alejados del pabellón auricular (*Figura 5*).

En general son únicos, pero en ocasiones puede existir más de un mamelón preauricular (*Figura 6*).

Pueden ser unilaterales (más frecuentes) o bilaterales (*Figura 7*), y en ocasiones siguen un patrón hereditario.

Los mismos están constituidas por piel, tejido celular subcutáneo, y muchas veces por un eje cartilaginoso (*Figura 8*).

Figura 3. Desarrollo de un mamelón preauricular.



A. Formación de un montículo auricular accesario (flecha fina); **B.** Mamelón preauricular (flecha gruesa).

Figura 4. Mamelón auricular emergiendo del lóbulo de la oreja.



Figura 5. Mamelón emergiendo de la mejilla derecha.



En general se presentan como malformaciones aisladas, pero a veces pueden ser parte de un síndrome, por lo que su presencia debe alertar al médico tratante, en la pesquisa clínica de otras malformaciones, incluyendo asimetría facial, coloboma de párpado, iris, y retina, atresia de coanas, hipoplasia

maxilar, quistes o senos branquiales, soplos cardíacos, anomalías de miembros y malformaciones ano-rectales.

Los cuadros clínicos dismórficos más frecuentes, que incluyen la presencia de mamelones preauriculares, son el síndrome branquio-oto-renal,⁵ el síndrome del ojo de

Figura 6. Mamelones preauriculares múltiples.



Presencia de dos mamelones preauriculares del lado izquierdo.

Figura 8. Fotografía intraoperatoria; la flecha indica el eje de tejido cartilaginoso.

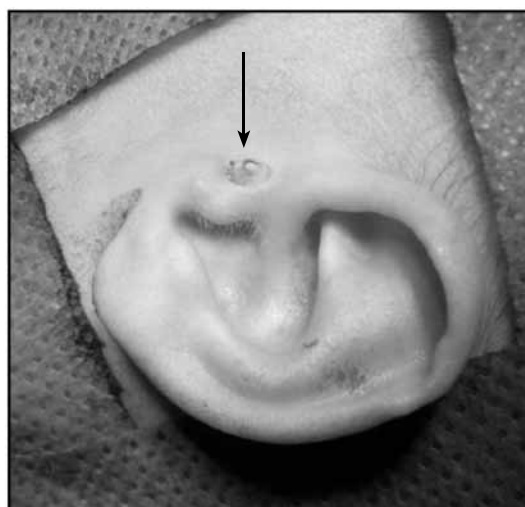


Figura 7. Mamelones preauriculares bilaterales.



A. mamelón preauricular en el lado derecho; **B.** mamelones preauriculares en el lado izquierdo.

gato,⁶ el síndrome de Johnson-McMillin,⁷ el síndrome de Wolf-Hirschhorn,⁸ el síndrome de Di George,⁹ el síndrome de Townes-Brocks,¹⁰ la microsomía hemifacial o displasia oculo-auriculo-vertebral o síndrome de Goldenhar,¹¹ y el síndrome CHARGE.¹²

Si bien existen estudios que revelan una mayor incidencia de anomalías urológicas en pacientes con apéndices preauriculares y senos preauriculares aislados,^{2,4,14} otros estudios, la mayoría más recientes¹⁴⁻¹⁹ ponen en duda esta aseveración. Sin embargo, todos estos estudios adolecen de fallas, ya sea que las muestras son pequeñas, o no se acompañan de muestras controles, o las ecografías urológicas están realizadas a diferentes edades. Por lo tanto, hasta el momento actual, no existe suficiente evidencia clínica para aseverar que los niños con mamelón o seno preauricular presenten mayor incidencia de anomalías urinarias asociadas, pero sí existe consenso en que se deberán descartar malformaciones urológicas mediante ecografía, en niños con malformaciones auriculares groseras, o cuando el mamelón o seno preauricular se encuentre acompañado de otros rasgos dismórficos, o de historia materna de diabetes gestacional (porque el mamelón puede ser parte de la embriopatía diabética) o de historia familiar de anomalías urológicas.

Por otra parte, existen artículos que asocian mamelón o seno preauricular aislado con trastornos auditivos,^{3,20} y otros que no encuentran ninguna asociación.^{15,18,19} Caben los mismos comentarios efectuados en el párrafo anterior.

El tratamiento del mamelón preauricular es quirúrgico y con fines estéticos, motivo muy importante dada la ubicación de esta anomalía (*Figura 9*).

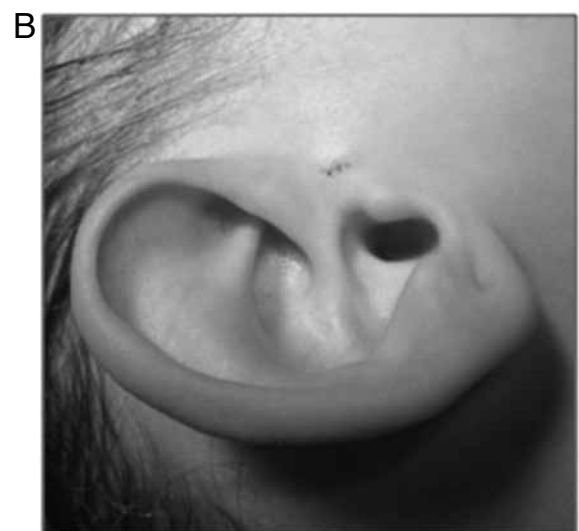
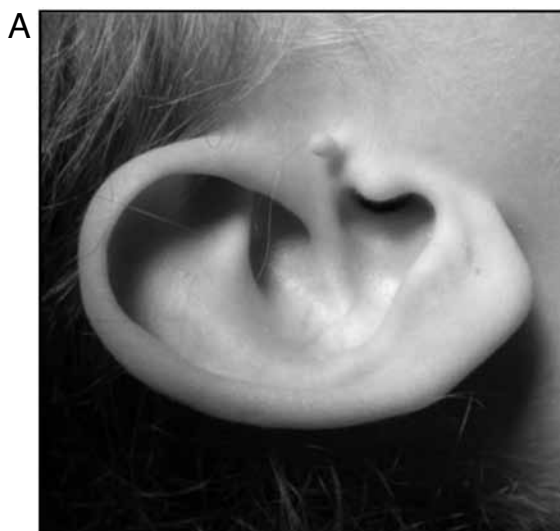
No existe una edad pre-establecida, pero teniendo en cuenta lo antiestético de esta malformación y sus consiguientes implicancias emocionales sobre la salud del niño, es prudente encarar su corrección a edad temprana, idealmente antes que el niño comience a socializar con otros niños. La excepción a esta regla la constituyen los mamelones auriculares que se fusionan con el pabellón auricular (*Figura 7, A*), siendo aconsejable diferir la operación hasta que se complete el crecimiento del cartílago, alrededor de los cuatro años.

En los niños mayores, su corrección puede tener un destacado efecto beneficioso sobre su propia autoestima e imagen personal.

El **seno preauricular**, descrito por primera vez en el año 1864,²¹ es una malformación congénita de observación frecuente en la práctica clínica pediátrica.

Su incidencia oscila entre 0,9%-1,5% en personas de raza blanca²²⁻²⁴ a 5,2% en personas de raza negra.²³ Suele ser esporádico, pero en casi un tercio de los casos es familiar²⁵ y existe una serie²⁶ en la cual seis generaciones en una familia presentaron esta malformación, lo que sugiere un patrón autosómico dominante con penetración incompleta. A menudo es bilateral (25-50%),^{25,27} y existe un discreto predominio en el sexo femenino y en el lado derecho.^{23,25,28}

Figura 9. A. Fotografía preoperatoria inmediata; B. fotografía postoperatoria inmediata.



Su aparición está íntimamente relacionada con la embriología de la oreja. Se piensa que los senos preauriculares se forman por atrapamiento de ectodermo, en el espesor del mesodermo, durante el desarrollo del pabellón auricular. De esta manera, a pesar de su proximidad anatómica, estos senos no dependen directamente de un desarrollo anormal o de persistencia de elementos branquiales, y por lo tanto no constituyen verdaderas anomalías branquiales.²⁹⁻³¹

Su anatomía es variable. El orificio cutáneo está siempre presente desde el nacimiento y se continúa con un fino trayecto que puede terminar en forma ciega o dividirse en un ramillete de pequeños quistes, que están en íntimo contacto con el pericondrio de los cartílagos auriculares. Es posible que estas pequeñas dilataciones quísticas resulten de acumulación de material secretado por el epitelio de los senos.

En el 90% de los casos el orificio cutáneo se encuentra en el borde anterior de la rama ascendente del helix (*Figura 10*), pero también puede ubicarse en la región crural, lobular o retroauricular.^{23,25,27}

Estos senos nunca tienen comunicación con el conducto auditivo externo ni con la trompa de Eustaquio.

Como se mencionó anteriormente, a pesar que existe cierta tendencia a asociar seno preauricular con anomalía renal, éste rara-

mente se asocia con problemas renales, o con sordera u otras anomalías o síndromes.²⁷ En la serie más larga publicada de 58.000 niños con defectos auriculares,¹⁸ hubo 446 senos preauriculares y ninguno se asoció con anomalía renal, y sólo 15 estuvieron asociados con algún síndrome. Por lo tanto las indicaciones de ecografía renal y de estudios auditivos son similares a las comentadas en mamelón preauricular.

Los senos y quistes presentan un epitelio de tipo escamoso estratificado con áreas de hiperqueratosis y paraqueratosis, y en su interior pueden contener un material caseoso tipo esmegma.²⁷ En caso de infección, el epitelio puede ser reemplazado por tejido de granulación.

Desde el punto de vista clínico, los senos preauriculares siempre están presentes desde el nacimiento y en general permanecen asintomáticos, pero pueden eliminar un material caseoso (aspecto de queso seco) o complicarse con infección, más comúnmente por estafilococos, pero también por proteus, estreptococo y peptococos.³²

Son signos de infección la presencia de edema, eritema, dolor y descarga de material purulento (*Figuras 11 y 12*).

El diagnóstico diferencial deberá realizarse con anomalías del primer arco branquial, quiste dermoide y forúnculo.

No existe una posición uniforme sobre

Figura 10. Abertura del seno a través de un pequeño orificio inmediatamente por delante de la rama ascendente del helix (flecha).



Figura 11. Infección de seno preauricular.



Enrojecimiento, aumento de volumen, aumento de temperatura local, dolor, y a veces salida de material purulento.

cuándo se debe operar un niño con un seno preauricular.

Algunos limitan la cirugía a pacientes con episodio infeccioso previo, dado que una vez que el seno sufrió infección, raramente permanece asintomático, siendo la regla la reiteración de estos episodios.^{25,33-35} Otros extienden la indicación a aquellos senos que secretan material caseoso,^{36,37} ya que consideran que tienen mayor tendencia a sufrir infección, lo que dificulta su remoción futura, obliga a cirugías más amplias y aumenta el porcentaje de recidiva. Finalmente, otros indican cirugía aún en los pacientes asintomáticos,^{27,32,38-40} dado lo incierto de su comportamiento y la posibilidad de infección futura.

En caso de infección será necesario el uso de un antibiótico de amplio espectro por vía oral (en general una cefalosporina de tercera generación), analgésicos-antiinflamatorios, fomentos calientes para acelerar la curación del proceso inflamatorio y alguna crema tópica local dirigida contra el estafilococo (en general mupirocina o ácido fúcido). Con estas medidas puede ocurrir que la inflamación ceda y desaparezca, o que evolucione hacia la abscedación con apertura y drenaje espontáneo, o con necesidad de drenaje quirúrgico. Este proceso altera la arquitectura local y por lo tanto dificulta una

exéresis completa a futuro, predisponiendo a recidiva. Un método novedoso para disminuir esta posibilidad es drenar el absceso mediante la introducción de un fino estilete a través del orificio cutáneo.⁴¹ En estos casos, la cirugía definitiva se realizará una vez que hayan desaparecido los signos de inflamación aguda, con el fin de obtener mejor visualización de las finas estructuras involucradas y un mayor porcentaje de curación.

Decidido el tratamiento quirúrgico, la exéresis amplia y completa del seno y de los quistes es la técnica de elección. Dado lo delicado de estas estructuras y la posibilidad de ramificaciones, es importante trabajar con muy buena iluminación, lentes de magnificación e instrumental delicado, para minimizar la posibilidad de exéresis incompleta y recurrencia. También es muy útil la tinción preoperatoria del o de los trayectos, mediante inyección a través del orificio fistuloso de azul de metileno o verde brillante de malaquita.

La cirugía clásica comienza con una incisión en losange o en L invertida abarcando el orificio del seno en su extremo superior, continúa mediante disección del o de los trayectos hasta su terminación ciega o en uno o varios quistes y finaliza con su exéresis completa.²⁹ (Figura 4)

Es frecuente que alguna de estas ramificaciones se encuentre en íntimo contacto o se introduzca en el cartílago auricular adyacente, lo que exigirá la exéresis contigua de una pequeña zona de dicho cartílago.

En caso que haya surgido infección e inflamación, será necesaria una incisión más amplia y la exéresis en bloque de la malformación y del tejido inflamatorio circundante.

Con buena técnica es posible obtener curación del proceso y excelentes resultados estéticos en la gran mayoría de los casos. El índice de recurrencia oscila entre 3,7% y 42%.^{19,25,31,35,39,42}

Según un trabajo sobre 165 senos preauriculares³⁵ los factores que aumentaron claramente el índice de recurrencia fueron: infección previa, cirugía en etapa de infección aguda, necesidad de drenaje quirúrgico, no eliminación de cartílago contiguo y no tinción del trayecto.

Según otro trabajo sobre 159 pacientes³¹ los factores que disminuyeron el índice de recurrencia fueron: disección minuciosa del seno por un cirujano experimentado y bajo anestesia general, uso de una incisión preauricular amplia, disección hasta la fascia tem-

Figura 12. Infección de seno preauricular: orificio cutáneo preauricular (flecha gruesa) y por delante del mismo pequeña formación inflamatoria (flecha fina).



poral para asegurar remoción de todas las ramificaciones epiteliales, evitar la ruptura del seno y cierre del espacio muerto.

Los senos que se abren en la porción crural del helix, suelen invadir el cartílago crural y terminar en forma ciega o multiquística en la región retroauricular.⁴³ Mucho más raramente los senos y quistes preauriculares muestran tal comportamiento. Si sufren infección, la inflamación suele manifestarse en la región retroauricular, pudiendo ser confundidas con quistes epidermoides o dermoides (*Figura 14*). Su curación exige exéresis del orificio cutáneo,

del seno que lo continua en el espesor de la porción crural del cartílago y de su terminación quística en la región retroauricular.⁴³

El quiste dermoide es un quiste congénito, que se origina durante el período intrauterino, por secuestro de sectores de piel con sus elementos constitutivos, a lo largo de las líneas de fusión embriológica normales.⁴⁴⁻⁴⁸

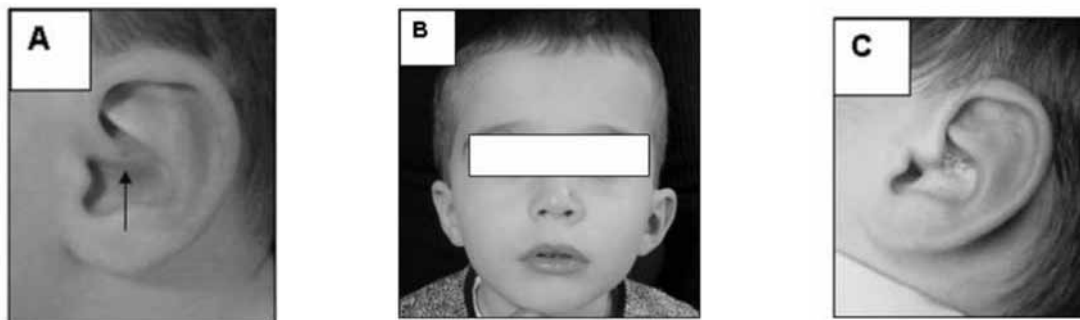
Este secuestro de elementos ectodérmicos hacia capas más profundas, puede ser por inclusión errónea de los mismos o por haber quedado anclados al tubo neural durante el período de gestación.

Figura 13. Cirugía del seno preauricular.



Previa confección de una jareta alrededor de la apertura del seno, se introduce suavemente una pequeña cantidad de colorante mediante catéter fino, se retira el catéter y se anuda la jareta, manteniendo reparadas ambas suturas, que servirán para tracción. Se aísla el seno, sus ramificaciones y los pequeños quistes y se reseca en bloque, con una pequeña zona de cartílago auricular adyacente.

Figura 14. Seno de región crural.



A. Orificio del seno abriéndose en el cartílago crural (flecha); **B.** Obsérvese como la infección del seno se extiende a la zona retroauricular y la inflamación inclina el pabellón auricular izquierdo hacia delante; **C.** Luego de resecado el seno, se reconstruye la región crural.

A pesar de su origen congénito, el quiste dermoide raramente se manifiesta desde el nacimiento (*Figura 15*), ya que requiere cierto tiempo, para ir acumulando material sebáceo en su interior y hacerse evidente.

Se trata de la lesión quística más frecuente en edad pediátrica.

Son más frecuentes en cabeza y cuello, pero pueden aparecer en otros sitios de la línea media, como región sacra, rafe perineal, escroto, área pre-esternal y ombligo.

En la cabeza, las localizaciones más frecuentes son región periorbitaria (princi-

palmente el sector palpebral lateral, donde recibe el nombre de quiste de cola de ceja), línea media nasal, línea media del paladar (asociado a paladar hendido) y sectores pre y retroauricular (*Figura 16*); pero puede aparecer en otros sitios de fusión embrionaria, como las fontanelas anterior y posterior o la sutura lambdoidea.

Típicamente se presenta como una lesión redondeada, bien circunscrita, indolora, de consistencia blanda, móvil, de 1 a 2 centímetros de diámetro, localizada en el tejido celular subcutáneo (*Figura 17*).

Figura 15. Quiste dermoide retroauricular congénito.

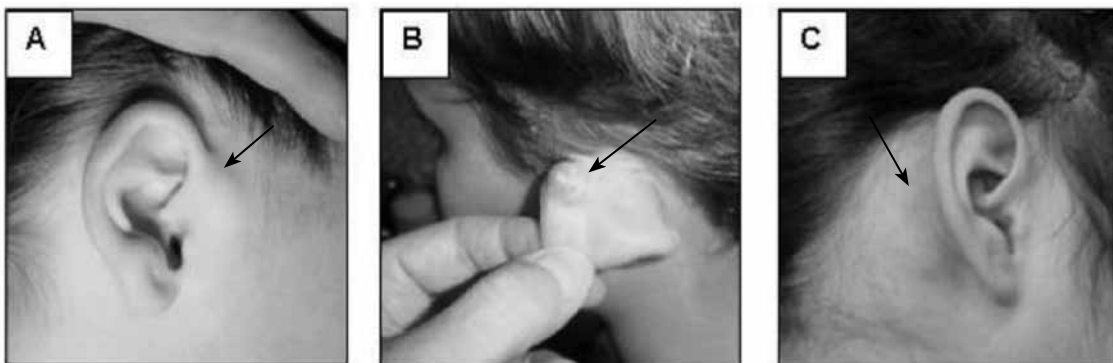


Figura 16. Quiste dermoide en la zona del trago de aspecto atípico.



Dada la presencia de cartílago duro por detrás del quiste, este se expande hacia adelante afinando la piel y permitiendo ver sus características.

Figura 17. Quiste dermoide en sector auricular.



Variantes topográficas: **A.** preauricular; **B.** auricular; **C.** retroauricular (flechas).

Si ha ocurrido infección o inflamación es posible que esté adherido a la piel.

Cuando se sospecha quiste dermoide y éste se encuentra en línea media craneal o línea media facial, es imprescindible descartar compromiso intracraneal asociado, antes de la cirugía, mediante tomografía axial computada o resonancia magnética nuclear, y si las imágenes fueran sugestivas, se deberá consultar con un neurocirujano.

La misma consideración cabe para los quistes localizados fuera de la línea media de cuero cabelludo y cara, que se encuentran firmemente adheridos a planos profundos.

Histológicamente es un quiste verdadero, constituido por una delgada pared epitelial que contiene glándulas sebáceas, folículos pilosos, tejido conectivo, papilas y haces de músculo liso, y en su interior alberga material sebáceo.

La indicación quirúrgica surge del aspecto antiestético de la lesión, la posibilidad que sufra infección y abscedación (resultando luego en incisiones más largas y mayor incidencia de recurrencia) y la posibilidad que en un futuro sufra transformación maligna.^{49,50}

La exéresis completa del quiste es curativa en todos los casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Moore K, Persaud T. Embriología clínica. 6ta edición. Editorial Mc Graw-Hill: Interamericana. México 1999. Págs.536-8.
- Kohelet D, Arbel E. A prospective search for urinary tract abnormalities in Infants with isolated preauricular tags. *Pediatrics* 2000;105:e6.
- Kugelman A, Hadad B, Ben-David J, et al. Preauricular tags and pits in the newborn: the role of hearing tests. *Acta Paediatr* 1997;86(2):170-2.
- Mishra D, Archana, Gupta VK. Are isolated preauricular tags a marker of urinary tract anomalies. *Indian Pediatrics* 2003;40:796-7.
- Fraser FC, Ling D, Clogg D, et al. Genetic aspects of the BOR syndrome-branchial fistulas, ear pits, hearing loss, and renal anomalies. *Am J Med Genet* 1978;2(3):241-52.
- Rosa RF, Mombach R, Zen PR, et al. Clinical characteristics of a sample of patients with cat eye syndrome. *Rev Assoc Med Bras* 2010;56(4):462-5.
- Cushman LJ, Torres-Martinez W, Weaver DD. Johnson-McMillin syndrome: report of a new case with novel features. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2005;73(9):638-41.
- Wieczorek D, Krause M, Majewski F, et al. Effect of the size of the deletion and clinical manifestation in Wolf-Hirschhorn syndrome: analysis of 13 patients with a de novo deletion. *Eur J Hum Genet* 2000;8(7):519-26.
- Bassett AS, McDonald-McGinn DM, Devriendt K, et al. Practical guidelines for managing patients with 22q11.2 deletion syndrome. *J Pediatr* 2011;159(2):332-9.e1. Epub 2011 May.
- Kohlhase J. SALL1 mutations in Townes-Brocks syndrome and related disorders. *Hum Mutat* 2000;16(6):460-6.
- Werler MM, Starr JR, Cloonan YK, et al. Hemifacial microsomia: from gestation to childhood. *J Craniofac Surg* 2009;20(Suppl 1):664-9.
- Klingenberg C, Andersen WH. The CHARGE syndrome. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008;128(12):1401-5.
- Leung AK, Robson WL. Association of preauricular sinuses and renal anomalies. *Urology* 1992;40(3):259-61.
- Kugelman A, Tubi A, Bader D, et al. Pre-auricular tags and pits in the newborn: the role of renal ultrasonography. *J Pediatr* 2002;141(3):388-91.
- Firat Y, Sireci S, Yakinci C, et al. Isolated preauricular pits and tags: is it necessary to investigate renal abnormalities and hearing impairment? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008;265(9):1057-60. Epub 2008 Feb 6.
- Deshpande SA, Watson H. Renal ultrasonography not required in babies with isolated minor ear anomalies. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2006;91(1):F29-30. Epub 2005 Oct 13.
- Hudgins L, Tuvalé MK, Stephensen L. Isolated anomalies of the external ear are not associated with renal malformations. *Proc Greenwood Genet Ctr* 1992;11:95.
- Melnick M, Myrianthopoulos NC. External ear malformations: epidemiology, genetics and natural history. New York: Alan R. Liss; 1979.
- Prasad S, Grundfast K, Milmo G. Management of congenital preauricular pit and sinus tract in children. *Laryngoscope* 1990;100:320-1.
- Roth DA, Hildesheimer M, Bardenstein S, et al. Preauricular skin tags and ear pits are associated with permanent hearing impairment in newborns. *Pediatrics* 2008;122(4):e884-90.
- Heusinger HK. Hals-Kiemen-Filsten von noch nicht beobachteter form. *Virchows Arch Pathol Anat Physiol* 1864;29:358-80.
- Onodi L. Ueber Kongenitale ohrfisteln. *Arch F Ohrenh* 1918;102:128-36.
- Selkirk TK. Fistula auris congenital. *Am J Dis Chile* 1935;49:431-47.
- Ewing MR. Congenital sinuses of the external ear. *J Laryngol Otol* 1946; 61:18-23.
- Tsuchiya H, Nagashima K. Congenital aural sinuses: clinical study and application of microsurgery. *J Ped Surg* 1998;33:722-4.
- Connon FE. The inheritance of ear pits in six generations of a family. *J Hereditary* 1941;32:413-4.
- Scheinfeld NS, Silverberg NB, Weinberg JM, et al. The preauricular sinus: A review of its clinical presentation, treatment, and associations. *Pediatric Dermatology* 2004;21(3):191-6.
- Paulozzi LJ, Lary JM. Laterality patterns in infants with external birth defects. *Teratology* 1999;60:265-71.
- Singer R. A new technique for extirpation of preauricular cysts. *Am J Surg* 1966;111:291-5.

30. Burge D, Middleton A. Persistent pharyngeal pouch derivatives in the neonate. *J Pediatr Surg* 1983;18:230-4.
31. Currie AR, King WW, Vlantis AC, et al. Pitfalls in the management of preauricular sinuses. *Br J Surg* 1996;83:1722-4.
32. Ellies M, Laskawi R, Arglebe C, Altrogge C. Clinical evaluation and surgical management of congenital preauricular fistulas. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:827-31.
33. Filston HC. Head and neck-sinuses and masses. En: Holder TM, Ashcraft KW (eds): *Pediatric Surgery*. Philadelphia, WB Saunders; 1980. Págs.1062-1079.
34. Soper R, Pringle K. Cysts and sinuses of the neck. En: Welch K, et al (eds): *Pediatric Surgery* (4th ed). Chicago, Year Book Medical; 1986. Págs.539-51.
35. Gur E, Yeung A, Al-Azzawi M, et al. The excised preauricular sinus in 14 years of experience: is there a problem? *Plast Reconstr Surg* 1998;102:1405-8.
36. O'Mara W, Guarisco L. Management of the preauricular sinus. *J La State Med Soc* 1999;151(9):447-50.
37. Waldhausen JH, Tapper D. Head and neck sinuses and masses. En: Ashcraft K, et al (eds): *Pediatric Surgery* (3rd ed). WB Saunders Company; 2000. Págs.987-99.
38. Chami RG, Apesos J. Treatment of asymptomatic preauricular sinuses: Challenging conventional wisdom. *Ann Plast Surg* 1989;23:406-11.
39. Joseph VT, Jacobsen AS. Single stage excision of preauricular sinus. *Aust N Z J Surg* 1995;65(4):254-6.
40. Ewing MR. Congenital sinuses of the external ear. *J Laryngol Otol* 1946;61:18-23.
41. Coatesworth AP, Patmore H, Jose J. Management of an infected preauricular sinus, using a lacrimal probe. *J Laryngol Otol* 2003;117(12):983.
42. Lam HC, Soo G, Wormald PJ, et al. Excision of the preauricular sinus: a comparison of two surgical techniques. *Laryngoscope* 2001;11(2):317-9.
43. Chang PH, Wu CM: An insidious preauricular sinus presenting as an infected postauricular cyst. *Int J Clin Pract* 2005;59(3):370-2.
44. Hashimoto K, Lever W. Tumores de los apéndices de la piel. En: Fitzpatrick T, Eisen A, Wolff K, Freedberg I, Austen K: *Dermatología en medicina general*. Segunda edición. Editorial Panamericana; 1980. Págs.547-66.
45. Filston H. Cabeza y cuello-Senos y masas. En: Holder T, Ashcraft K: *Cirugía Pediátrica*. Primera edición. Traducida al castellano. Ed. WB Saunders; 1983. Págs.1158-76.
46. Lindsay W. En: Welch K, Randolph J, Ravitch M, O'Neill J, Rowe M (eds): *Pediatric Surgery*, 4th ed. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc; 1986. Págs.1479-99.
47. Bauer B, Pensler J. Lesions of the skin. En: Swenson's *Pediatric Surgery*, fifth edition. Edited by John Raffensperger. Appleton & Lange; 1990. Págs.203-9.
48. Laberge J, Nguyen L, Shaw K. Teratomas, dermoids, and other soft tissue tumors. En: Ashcraft K, Murphy J, Sharp R, Sigalet D and Snyder Ch (eds): *Pediatric Surgery*; 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000. Págs.905-26.
49. Chakravorty R, Schatzki P. Lateral sublingual dermoid. *Oral Surg* 1975;39:862-6.
50. Mc Avoy J, Zuckerbraun L. Dermoid cysts of the head and neck in children. *Arch Otolaryngol* 1976;102:529-31.