



Quiste de inclusión epidérmico en el oído

Epidermal inclusion cyst in the ear.

César Castillo-Ramos,¹ José Antonio Almeyda-Farfán,² Arcelia Carolina Barrón-Campos²

Resumen

ANTECEDENTES: Los quistes epidermoides de inclusión son lesiones normalmente consideradas dérmicas, de tipo benigno, que pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo, como: cabeza (periauricular en su mayor parte), cuello, tronco y región genital.

CASOS CLÍNICOS: Se comunican tres casos clínicos con intervalos de edad de uno a 12 años con quistes epidermoides de inclusión.

CONCLUSIONES: El cuadro clínico del quiste epidermoide de inclusión suele ser fortuito a la exploración o ante proceso infeccioso inflamatorio del mismo.

PALABRAS CLAVE: Quiste epidermoide; oído.

Abstract

BACKGROUND: Epidermoid inclusion cysts are lesions normally considered dermal, of a benign type, that can be found in any part of the body, such as: head (mostly periauricular), neck, trunk and genital region.

CLINICAL CASES: Three clinical cases with age ranges of one to 12 years with epidermoid inclusion cysts are reported.

CONCLUSIONS: The clinical picture of the epidermoid inclusion cyst is usually fortuitous on exploration or in the face of an infectious-inflammatory process.

KEYWORDS: Epidermoid cyst; Ear.

¹ Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Práctica privada, Hospital de Jesús. Yahualica de González Gallo, Jalisco, México.

² Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, México.

Recibido: 6 de enero 2021

Aceptado: 9 de enero 2021

Correspondencia

Arcelia Carolina Barrón Campos
carobarronac@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Castillo-Ramos C, Almeyda-Farfán JA, Barrón-Campos AC. Quiste de inclusión epidérmico en el oído. An Orl Mex. 2021; 66 (1): 87-93. <https://doi.org/10.24245/aorl.v66i1.5145>

ANTECEDENTES

Existen diversas lesiones en el oído externo, tanto adquiridas como congénitas. Entre estas últimas en su mayor parte se encuentran malformaciones congénitas, como alteraciones en la formación del pabellón auricular, el conducto auditivo externo o ambos; pueden manifestarse otros tipos de lesiones, como nevos o quistes que pasan inadvertidos por ser asintomáticos, hasta que aumentan su tamaño y se vuelven más identificables.

Los quistes epidermoides de inclusión son lesiones normalmente consideradas dérmicas, de tipo benigno, que pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo, como: cabeza (periauricular en su mayor parte), cuello, tronco y región genital. Tienden a ser menores de 5 cm, de crecimiento lento, redondas, induradas que se encuentran a nivel intradérmico o subcutáneo, recubiertas de epitelio escamoso que conlleva a acumulación de queratina.¹ La causa más común es el desarrollo posterior a una intervención quirúrgica o un traumatismo accidental generando la implantación de tejido epitelial en niveles más profundos, como el tejido mesenquimal.² Asimismo, existe una segunda teoría que consiste en la existencia de tejido ectodérmico que migra erróneamente en la embriogénesis y queda atrapado generando un quiste de manera atraumática.¹

En este artículo se comunican tres casos de pacientes en edad pediátrica, con quistes epidermoides en el tercio externo del conducto auditivo externo. Ninguno tenía antecedentes quirúrgicos en la zona, todos estaban asintomáticos y la identificación fue circunstancial.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente masculino de un año, sin antecedentes familiares de importancia, producto de la primera

gestación, de término. Al interrogatorio de la madre, ésta refirió que el padecimiento inició desde el nacimiento, con neoformación en el tercio externo del conducto auditivo externo izquierdo en su pared anterior, de consistencia blanda, superficie lisa, cubierta de piel de aspecto normal, sin cambios de coloración o temperatura, no dolorosa a la palpación, con tamaño aproximado de 5 mm, de crecimiento lento hasta obstruir completamente la luz del conducto auditivo externo. Negó otorrea, otorragia y otalgia.

A la exploración física dirigida, se encontró el conducto auditivo izquierdo obstruido en su tercio externo por neoformación sésil en la pared anterior y piso del mismo, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de forma ovoide, consistencia blanda, cubierta de piel de aspecto normal, no dolorosa a la palpación, sin cambios de temperatura. **Figura 1**



Figura 1. Lesión obstructiva en el conducto auditivo izquierdo de características similares al resto de la piel del área.



La tomografía computada en cortes axiales y coronales evidenció una lesión ovoide de aproximadamente 1 x 1 cm, en el tercio externo del conducto auditivo externo y piso de éste que, en contraste, reforzó en la periferia con hipodensidad central. **Figura 2**

Se realiza escisión quirúrgica bajo anestesia general, observando lesión de características referidas con cápsula amarillenta, indurada, renitente, adherida a tejidos blandos anteroin-

ferior (**Figura 3**), que se resecó en su totalidad. Se envió a estudio histopatológico que reportó quiste epidérmico de inclusión totalmente extirpado. **Figura 4**

Caso 2

Paciente masculino de seis años, sin antecedentes de importancia, ni enfermedad o cirugía otológica previa, a quien, en visita a pediatra ante cuadro infeccioso de vías respiratorias, se

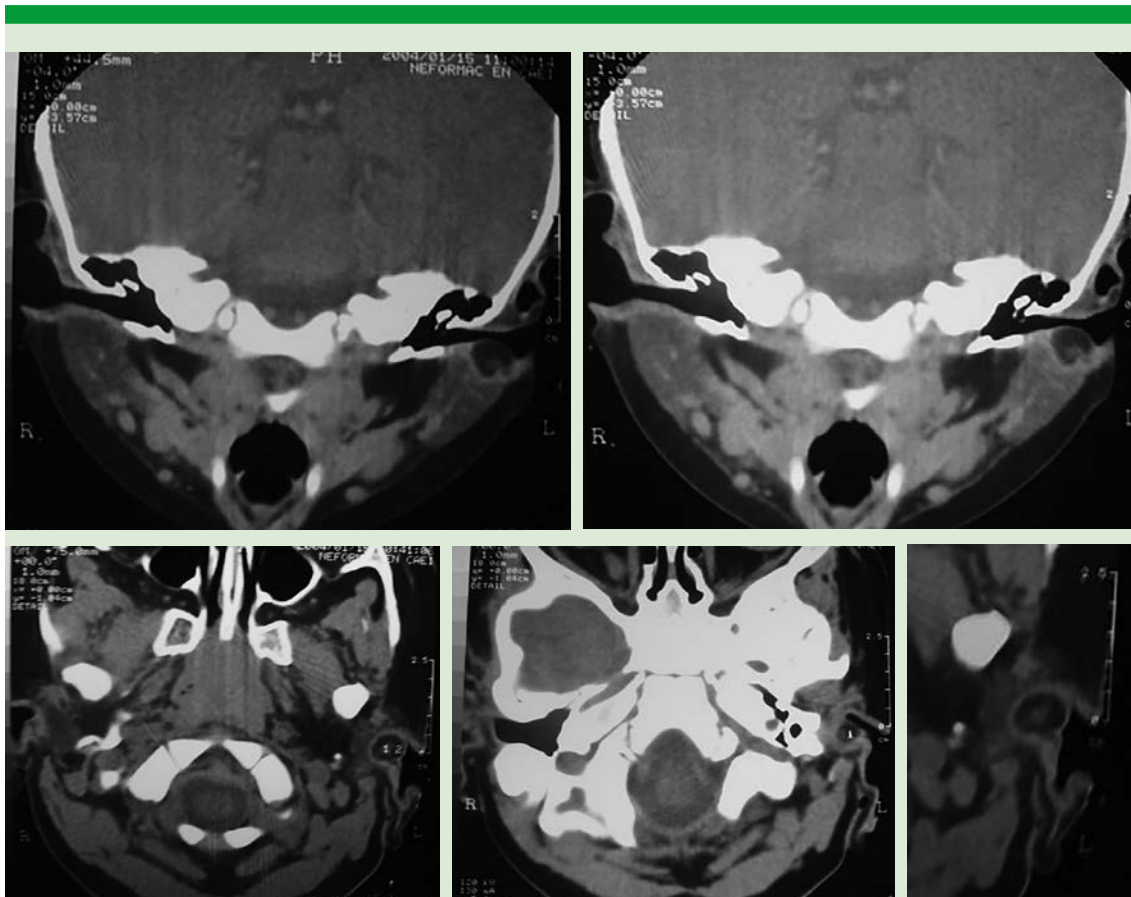


Figura 2. Tomografía computada de oído, corte axial y coronal con lesión isodensa en el oído externo izquierdo redondeada, al contraste se identifica área central isodensa con reforzamiento periférico.

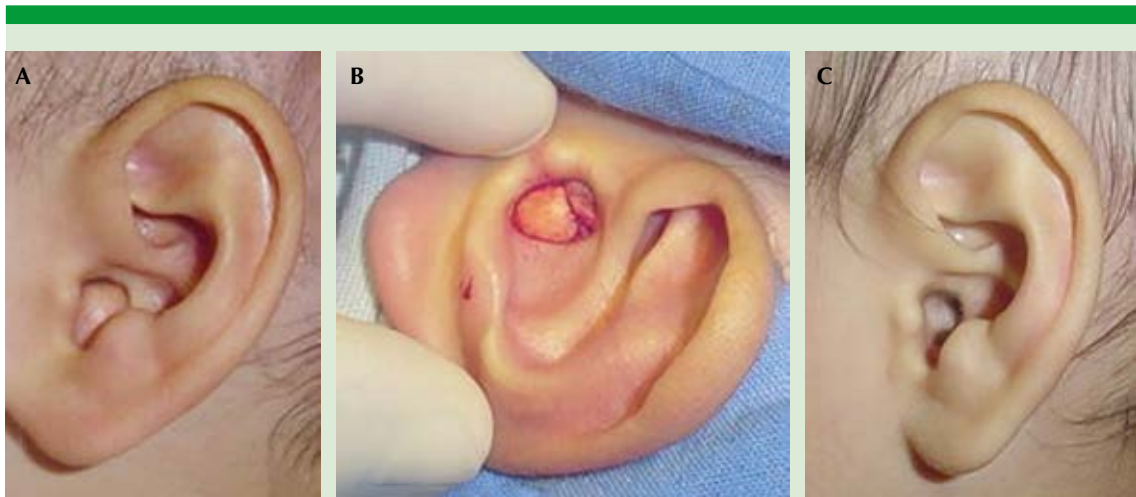


Figura 3. Aspecto macroscópico de la lesión previo a la cirugía (A), durante la cirugía (B) y evolución posquirúrgica (C).

identificó de manera fortuita a la otoscopia de oído izquierdo una lesión blanquecina redondeada en el tercio medio del conducto auditivo externo, de aproximadamente 4 mm, membrana timpánica de aspecto y características normales. Ante la poca colaboración del paciente a la exploración, se consideró la posibilidad de una perla de colesteatoma vs osteoma. Se procedió a resección, identificando lesión renitente en la pared posterior, firme, procedente de la capa interna epitelial con discreta lisis ósea del conducto. La lesión se envió a estudio histopatológico que refiere un diagnóstico de quiste epidermoide de inclusión, descartando los diagnósticos diferenciales mencionados. La evolución ha sido satisfactoria y asintomática.

Caso 3

Paciente femenina de 12 años, que acudió a evaluación por otalgia derecha de cuatro días de evolución, inicialmente cedía a paracetamol a dosis ponderal y luego el dolor fue constante. Negó antecedente otológico alguno. Al interrogatorio dirigido refirió haber identificado

de manera incidental aumento de volumen en el oído sin otro síntoma un año previo, al que no dio importancia pero que manipulaba con cierta regularidad. A la exploración física se identificó una lesión de aproximadamente 1 cm en el espesor de concha y tejidos blandos del área, móvil, dolorosa a la palpación, con cambios inflamatorios dérmicos, calor, rubor, sin secreción. Inició tratamiento con dicloxacilina y diclofenaco durante 7 días y calor local, con lo que cedió la infección. En revaloración se observó la lesión referida, renitente, móvil, no dolorosa y se decidió su resección. Se envió a estudio histopatología que informó diagnóstico de quiste epidermoide de inclusión.

DISCUSIÓN

Para la formación de los quistes epidermoides de inclusión se requiere que haya alguna lesión que le dé origen, es decir, que la causa de este padecimiento radica principalmente en la existencia de un traumatismo sobre la dermis, además de la implantación de tejido epitelial sobre la zona. De esta forma, el tejido epitelial

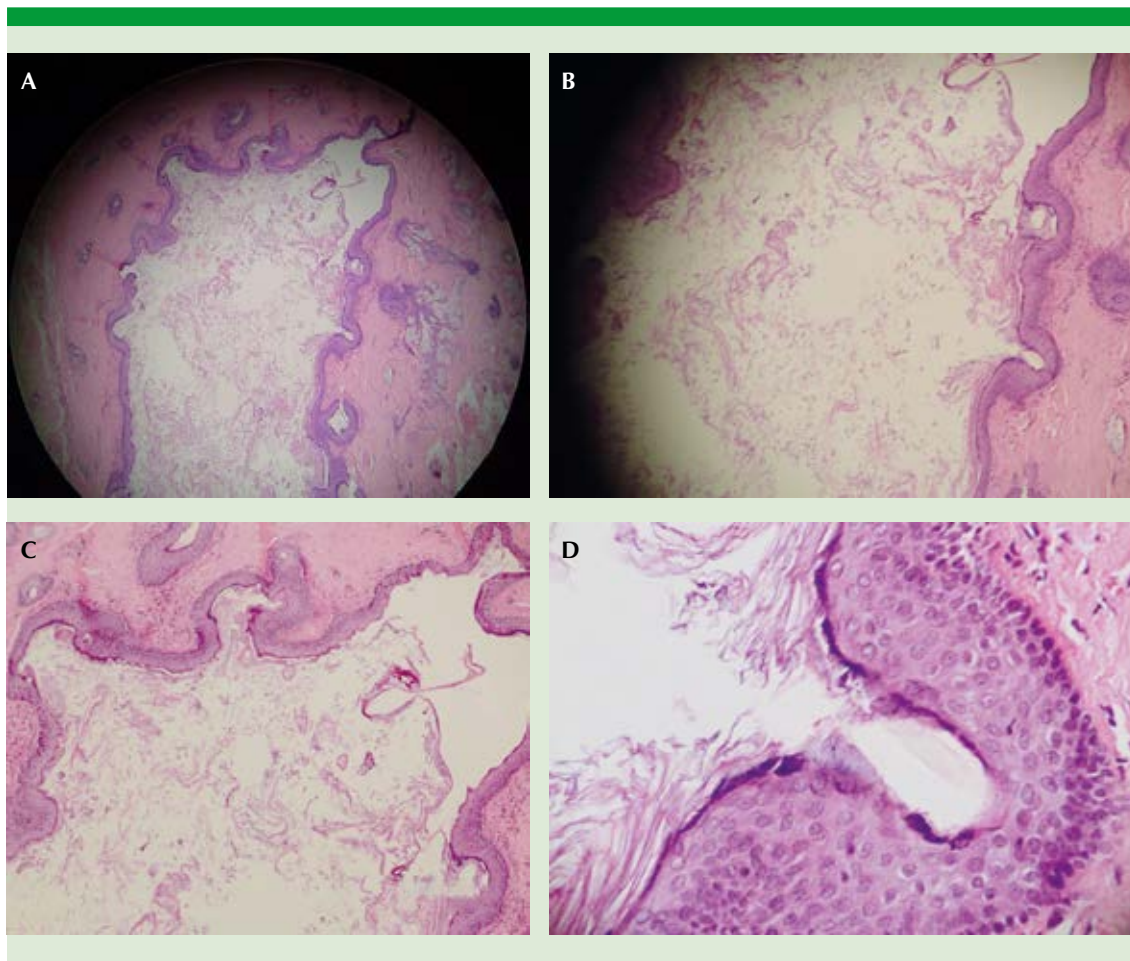


Figura 4. Cortes histopatológicos que muestran: **A.** Lesión quística ocupada en la cavidad por queratina. **B.** Hacia el radio de las tres y cuatro por debajo del epitelio, hay anexos cutáneos. **C.** A mayor acercamiento, el quiste muestra revestimiento por epitelio escamoso queratinizante. En la cavidad se observa con mayor detalle la queratina. **D.** El epitelio que reviste la cavidad no muestra atipias nucleares.

comienza a expandirse en la nueva región e inicia la producción de queratina, lo que da lugar a estas neoformaciones.³

La edad de aparición de estas lesiones no está definida, debido a que pueden encontrarse en pacientes desde 15 días de nacimiento hasta 93 años; un estudio reveló que el 44.6% de los pacientes incluidos estaban entre la tercera y cuarta décadas de la vida, solo un 9% de los pa-

cientes eran menores de 10 años. Nosotros solo los hemos identificado en población pediátrica. Asimismo, se demostró una relación de 1.3:1 con respecto al género, siendo más prevalente en hombres que en mujeres, aspecto que se encuentra en los casos comunicados.⁴

Este tipo de quistes es frecuente en zonas donde hubo un procedimiento quirúrgico previo, porque estos interrumpen la integridad de la epidermis,

permitiendo que células epiteliales lleguen a la zona y comiencen a proliferar; sin embargo, no es la única manera en la que sobrevienen, también pueden tener su origen a partir de alteraciones embriológicas, como es el caso de nuestros pacientes, en los que no había antecedente de traumatismo o cirugía, diagnosticando su existencia de manera fortuita o, como en el caso del primer paciente, fue identificado al nacer.⁵

El diagnóstico no siempre es fácil de establecer porque con frecuencia este tipo de lesiones condicionan síntomas diversos según la región afectada o, incluso, los pacientes permanecen asintomáticos durante las fases iniciales. Los quistes epiteliales de inclusión pueden permanecer indetectables si su tamaño es pequeño, pero a medida que progresa la enfermedad pueden causar síntomas variados. Se comunica el caso de un paciente con quiste epidermoide de inclusión localizado en la faringe que manifestó disnea, disfagia y alteraciones de la fonación.²

En cuanto al canal auditivo, un estudio reportó cinco casos en los que había el antecedente de algún procedimiento quirúrgico otológico, manifestándose como masas de diferentes tamaños, cada una de ellas causando diferentes síntomas, desde otalgia y otorragia, hasta mareos por la dehiscencia de canal semicircular debido a la lesión.³ Cuando la enfermedad progresa sin tratamiento médico, este tipo de quistes tienden a ulcerarse e infectarse y en muy raras ocasiones pueden ser las lesiones precursoras de carcinomas.⁵

El estudio realizado por Handa en una muestra de 157 pacientes encontró que la mayoría de los pacientes tenían las lesiones en la cabeza y cuello (96), la región dorsal (12), la región torácica y glútea (11) y las extremidades (8). Asimismo, encontró lesiones en las manos, el abdomen, la región sacra e inguinal.⁴ Sin embargo, hay varios reportes de casos en la región genital secundaria

a la circuncisión en varones o mutilación de genitales femeninos.

Para llegar a un diagnóstico de certeza es necesario realizar un abordaje completo con estudios de imagen e histopatológicos. En la tomografía computada estas lesiones suelen observarse como masas homogéneas hipodensas; mediante la resonancia magnética pueden sospecharse estos quistes ante una intensidad de baja a intermedia en T1 e hiperintensidad en T2; es importante recordar que en ninguna de las técnicas hay realce de la lesión con contraste. A pesar de que no es complicado de realizar el estudio citológico e histopatológico, siempre debe tenerse en mente el diagnóstico diferencial que incluye; quistes pilosebáceos, quiste braquial, quiste tirogloso e incluso carcinoma escamoso bien diferenciado. En el estudio de 157 pacientes en el que se realizaron 162 aspirados de lesiones, se encontró que las características más frecuentes identificadas fueron secreción purulenta o hemática del aspirado; citológicamente se encontró que los frotis mostraban escamas anucleadas y células epiteliales escamosas, además de infiltración de células inflamatorias, como neutrófilos, linfocitos y células multinucleadas y, en algunos casos, se reportó la existencia de queratina.⁴

En la mayoría de los casos, el tratamiento de este tipo de lesiones es quirúrgico;⁶ se recomienda la escisión completa del quiste junto con sus paredes porque, de no realizarse de esta manera, existe riesgo de recidiva de la lesión. El tratamiento debe ser especialmente agresivo en pacientes cuya lesión alcanza gran tamaño rápidamente, se ulcera, se fistuliza o muestra recurrencias, porque estas características son frecuentes en lesiones malignas.⁷

CONCLUSIONES

El cuadro clínico del quiste epidermoide de inclusión suele ser fortuito a la exploración o, ante



proceso infeccioso inflamatorio del mismo, debe estar presente entre los diagnósticos diferenciales de lesiones en el oído y existe la posibilidad de malignización.

Agradecimiento

Agradecemos al Dr. Jorge Pérez Castro su apoyo y aportación en el presente artículo.

REFERENCIAS

1. Paparella T, Fallat L. A rare presentation of a giant epidermoid inclusion cyst mimicking malignancy. *J Foot Ankle Surg* 2018; 57 (2): 421-426. doi. 10.1053/j.jfas.2017.09.005.
2. Yilmaz M, Hacıyev Y, Mamanov M, Cansiz H, et al. Epidermal inclusion cyst of the larynx. *J Craniofac Surg* 2011; 22 (6): e1-e2. doi. 10.1097/SCS.0b013e31822ec818.
3. Benfatto N, Corredor M, Ricardo M, Orfila D, et al. Quiste epidermoide de inclusión: Una complicación tardía de la cirugía otológica. *FASO* 2019; 26 (3): 6-10.
4. Handa U, Chhabra S, Mohan H. Epidermal inclusion cyst: Cytomorphological features and differential diagnosis. *Diagn Cytopathol* 2008; 36 (12): 861-863. doi. 10.1002/dc.20923.
5. Alimoglu Y, Mercan H, Karaman E, Oz B. Epidermal inclusion cyst of external auditory canal. *J Craniofac Surg* 2010; 21 (4): 1290-1291. doi. 10.1097/SCS.0b013e3181e57212.
6. Díaz-Fernández JM, Agüero-Díaz AF, Fonseca-Labaut M, Puig-González CJ, Díaz-Cardero AL. Tratamiento quirúrgico de pacientes con quistes de inclusión epidérmica. *MEDISAN* 2014; 18 (6): 806-813.
7. Antón-Badiola I, San Miguel-Fraile P, Peteiro-Cancelo A, Ortiz-Rey J. Carcinoma epidermoide desarrollado sobre quiste de inclusión epidérmica cutáneo. Presentación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Actas Dermo-Sifiliogr* 2010; 101 (4): 349-353.