



Quiste epidérmico de inclusión en glándula mamaria masculina

RESUMEN

Las afecciones de las glándulas mamarias masculinas han sido muy poco estudiadas. El quiste de inclusión es muy raro; resulta de la proliferación e implantación de elementos epidérmicos entre un espacio circunscrito de la dermis. Puede ocurrir en cualquier otra parte del cuerpo y es más común en la cabeza, el cuello, el tronco y las extremidades. Los hombres pueden padecer lesiones dérmicas en las mamas, como los quistes de inclusión; existen pocos reportes en la bibliografía especializada mundial y ninguno en la nacional. Se presenta el caso de un paciente masculino de 38 años, con crecimiento importante de volumen en la región mamaria derecha, con 15 años de evolución y progresión lenta. Acudió asintomático; la ecografía reportó fibroadenoma gigante; la mastografía posterior identificó una imagen quística benigna. Se efectuó drenaje y resección de la lesión que por citopatología se identificó como quiste epidérmico de inclusión.

Palabras clave: quiste de inclusión, glándula mamaria masculina.

Vázquez-Flores J¹
Aguirre-Ochoa C²
Barajas-Echartea J³
Salmerón-Covarrubias O⁴
Vázquez-Flores AD⁵

¹ Residente de tercer año en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica del Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán.

² Jefa de Enseñanza del Centro Estatal de Atención Oncológica, Morelia, Michoacán.

³ Director del Centro Estatal de Atención Oncológica, Morelia, Michoacán.

⁴ Jefe de Servicio y profesor titular del servicio de Imagenología del Hospital General Dr. Miguel Silva Morelia, Michoacán.

⁵ Residente de cuarto año en Medicina interna de ISSEMYM, Hospital Regional Tlalnepantla.

Hospital General Dr. Miguel Silva
Isidro Huarte y Samuel Ramos s/n
58000, Morelia, Michoacán
Tel.: 4434101848.

Epidermal inclusion cyst in male mammary gland

ABSTRACT

Disorders of the male mammary glands are studied very little. Inclusion cysts are very rare, resulting from proliferation and implantation of epidermal elements in a circumscribed space in the dermis. They may occur in any other part of the body and are more common in the head, neck, torso, and limbs. Men may develop dermal lesions in the breasts, such as inclusion cysts; there are few reports of them in the international specialized literature and none in the Mexican specialized literature. We present the case of a male patient, 38 years of age, with significant growth of volume in the right mammary region, with 15 years of evolution and slow progression. Patient was asymptomatic at admission; an echogram was performed, which reported giant fibroadenoma; a subsequent mammogram identified a benign cystic image. Patient underwent draining and resection of the lesion, which was identified by cytopathology as an epidermal inclusion cyst.

Key words: inclusion cyst, male mammary gland.

Recibido: 26 de noviembre 2013

Aceptado: 5 de diciembre 2013

Correspondencia

Vázquez-Flores J
odrog10@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Vázquez-Flores J, Aguirre-Ochoa C, Barajas-Echartea J, Salmerón-Covarrubias O, Vázquez-Flores AD. Quiste epidérmico de inclusión en glándula mamaria masculina. Anales de Radiología México 2014;13:166-170.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 38 años de edad, sin antecedentes personales o familiares de importancia para el padecimiento, que acudió por primera vez a consulta al Hospital General Doctor Miguel Silva, en Morelia, Michoacán, por crecimiento importante de la glándula mamaria derecha. Su afección había provocado disconformidad estética y conyugal el último año. Con una evolución lenta y progresiva de 15 años, sin causa aparente, el paciente permanecía sin otros síntomas. A la exploración física encontramos neoformación ovoidea de 11 cm aproximadamente, de consistencia dura, bien delimitada, no móvil, que abarcaba en su totalidad la glándula; con piel eritematosa, no hipertérmica y sin secreción en el pezón.

Se solicitó ecografía mamaria que reportó lesión de predominio hipoeoico, heterogéneo, de pared delgada, bien delimitada, con medidas aproximadas de 11 × 8 cm en planos sagital y transversal. Concluimos que podría tratarse de un fibroadenoma gigante (figuras 1a-d) por lo que se le refirió al Centro Estatal de Atención Oncológica, al Departamento de clínica de mama; ahí fue nuevamente valorado y se solicitó una mastografía complementaria (figuras 2a-b y 3a-b) que evidenció masa en la mama derecha, adyacente a la piel, de morfología ovoidea, hiperdensa, bien delimitada, de pared delgada con zona central de mayor densidad que marcaba una interfase respecto al resto de la lesión; ocupaba prácticamente la totalidad de la mama, misma que se reportó como BIRADS II en la clasificación del Colegio Americano de Radiología por sus características mastográficas benignas. Se punzó y extrajo el contenido de la lesión, se drenó el quiste por completo y se obtuvieron, aproximadamente, 250 cm³ de líquido espeso, blanquecino, no fétido (figuras 4a-b). El líquido se envió al Departamento de anatomía patológica como probable líquido de galactoceles. Se citó al paciente para evaluación una semana después ya con el resultado cito-



Figura 1. **A)** Cortes ecográficos de glándula mamaria derecha de cuadrantes internos superior e inferior, en escala de grises, Doppler color y poder: lesión de predominio hipoeoico, heterogénea, en plano sagital con medida de 7.8 cm, pared bien delimitada, delgada. **B)** Misma lesión en plano ecográfico transversal, con imagen compuesta o dual de 11.3 cm en su diámetro mayor, con aplicación de modalidad Doppler color y dudosa presencia de vascularidad. **C)** Corte transversal de la misma lesión con modalidad Doppler poder y dudosa presencia de vascularidad en todo el contenido de forma central y periférica. **D)** Corte transversal de la misma lesión con modalidad Doppler poder y dudosa presencia de vascularidad en todo el contenido de forma central y periférica.

lógico donde se reportó material queratósico y escaso material hemático (citología de secreción mamaria derecha) (figura 5). El paciente manifestó nuevo aumento de volumen con enrojecimiento locorregional (figura 6) con lo que se logró integrar el diagnóstico clínico de quiste epidérmico.

Se le programó para la resección quirúrgica del quiste que se efectuó sin incidentes. Se obtuvo una pieza quirúrgica que por su tamaño, morfología clínica y descripción histopatológica, se integró en el diagnóstico definitivo de quiste gigante epidérmico de inclusión (figura 7). Un mes después de la cirugía el paciente evolucionaba clínica, fisiológica y estéticamente de manera satisfactoria y sin evidencia de recidivas.

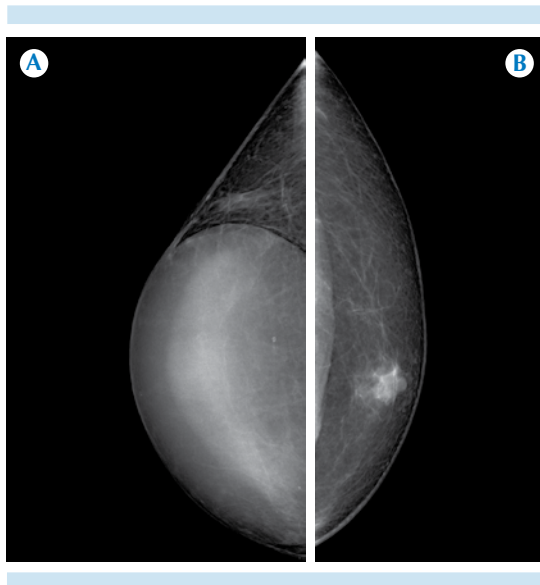


Figura 2. A) Mastografía digital en proyección craneuocaudal de la mama derecha con imagen ovoidea hiperdensa, con zona central de mayor densidad, bien delimitada; la pared delgada ocupa prácticamente la totalidad de la mama. B) Mastografía digital en proyección craneuocaudal de la mama izquierda.

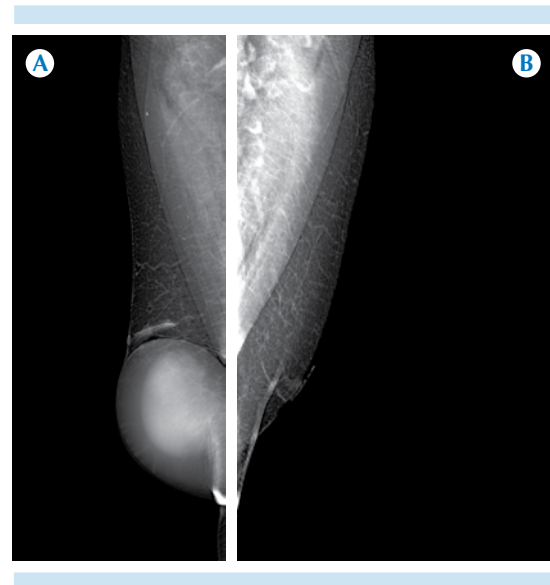


Figura 3. A) Mastografía digital bilateral, proyección medio-oblicua-lateral; en la mama derecha se identifica gran masa ovoidea, hiperdensa, con una zona central de mayor densidad, bien delimitada, de pared delgada que ocupa prácticamente la totalidad de la mama. B) Mastografía digital en proyección medio oblicua lateral de la mama izquierda.

DISCUSIÓN

El quiste epidérmico de inclusión es muy raro en la glándula mamaria masculina, donde se presenta como una masa periareolar, principalmente. Resulta de la proliferación e implantación de elementos epidérmicos en un espacio circunscrito de la dermis. Se han descrito menos de 40 casos en mama femenina en las publicaciones en inglés.¹ Los hombres también tienen lesiones mamarias dérmicas, como los quistes de inclusión, pero existen pocos reportes en la bibliografía especializada mundial y ninguno en la nacional.^{2,3}

El quiste epidérmico de inclusión es llamado también quiste infundibular, quiste epitelial, quiste epidérmico, quiste queratínico o quiste sebáceo;⁴ se trata de lesiones cutáneas o subcutáneas clínicamente comunes y surgen en zonas

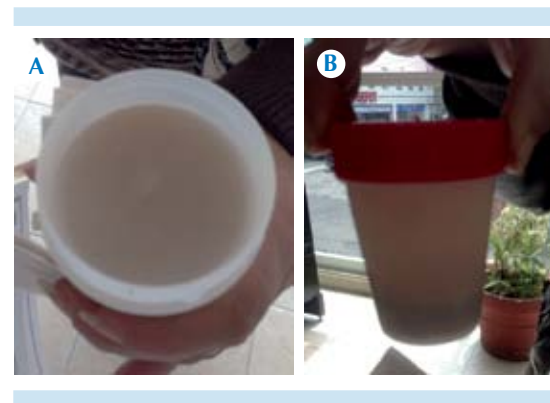


Figura 4. A) Fotografía del material blanquecino enviado a citología, con nivel líquido-líquido de predominio espeso. B) Fotografía del material blanquecino enviado a citología, con nivel líquido-líquido.

pilosas del cuerpo, como el cuero cabelludo, la cara, el cuello, el tronco y la espalda; menos de 10% ocurre en extremidades, mucho menos se

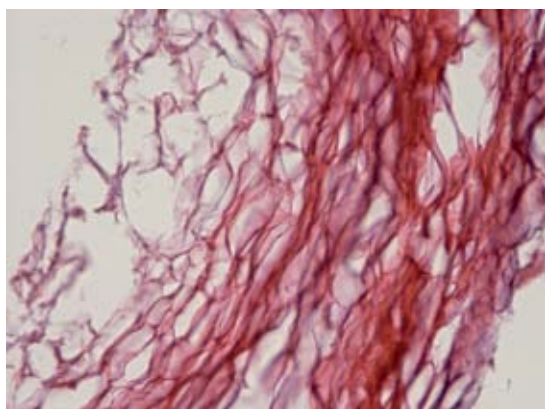


Figura 5. Fotomicrografía: el aspirado de la lesión muestra láminas de queratina en distintas disposiciones, la mayoría dispuestas de manera paralela.



Figura 6. Fotografía tomada 7 días después de la punción; nótese la asimetría por nuevo incremento de volumen y enrojecimiento.

observan en las palmas de las manos o las plantas de los pies y en muy raras ocasiones en las mamas.^{5,6} Se han propuesto muchas causas para esos quistes que incluyen factores congénitos, procesos metaplásicos, crecimiento inflamatorio por debajo de la epidermis por un poro o folículo piloso obstruido o la implantación traumática de fragmentos desgarrados de la epidermis en la dermis o el tejido subcutáneo.^{5,7-9}

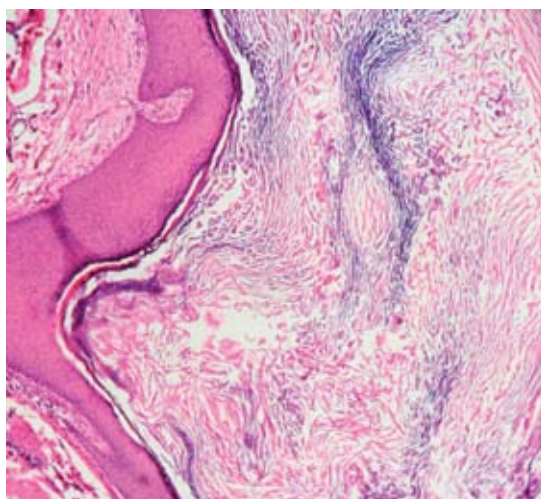


Figura 7. Fotomicrografía: se ilustra un quiste epidérmico de inclusión, con pared interna conformada por epitelio plano y estratificado; en su interior se puede observar queratina laminar.

Los hallazgos mamográficos en la mama femenina (del quiste de inclusión epidérmico) muestran comúnmente masas circunscritas redondas u ovaladas, isodensas o con alta densidad. La apariencia ecográfica se muestra como imagen circunscrita, hipoeoica, como una masa compleja o sólida. Ecográficamente lo más importante es su localización dérmica, inmediatamente se continúa el tejido subcutáneo mamario, lo que sugiere su origen cutáneo.^{5,10,11} Sin embargo, la ecotextura puede variar desde hipoeoica hasta heterogénea, dependiendo del contenido del quiste.¹¹

No debemos olvidar que la ginecomastia en la mayoría de los casos es bilateral y no es necesario enviar a estudio de imagen; sin embargo, cuando crece una masa unilateral esa es una razón común para referir a estudio de imagen. Las lesiones benignas, como abscesos, lipomas y quistes sebáceos, ocurren en la mama femenina y casi siempre se diagnostican clínicamente; sin embargo, los quistes son ex-

tremadamente raros en la mama masculina¹² y excepcionales en el tamaño presentado en este caso.

CONCLUSIÓN

El quiste epidérmico de inclusión es un tumor benigno frecuente en áreas con epitelio foliular piloso. Su diagnóstico es principalmente clínico pero la ecografía y la mastografía son herramientas de gran ayuda que ofrecen datos imagenológicos muy característicos de dicha neoformación. Se destaca la relevancia del estudio de imagen en el diagnóstico de asimetría en la glándula mamaria masculina. En este caso el tamaño, género y localización están fuera de lo reportado en la bibliografía.

REFERENCIAS

1. Singh M, Maheshwari B, Khurana N, Jain S. Epidermal inclusion cyst in breast: it is so rare. *Journal of Cytology* 2012;29(3):169-172.
2. Dajiram GM, Ashwini AS. Epidermal Inclusion Cyst Masquerading Breast Lump. *Indian J Surg* 2011;73(6):458-459.
3. Naruto T, Kenjiro A, Shozo O, Shigemitsu T, Susumu K, and Rieko N. Epidermal Inclusion Cyst of the Breast. *Breast Cancer* 2007;14(4):434-437.
4. López Zaragoza I, Jiménez Hernández F, Ramos Garibay JA. Quiste epidérmico gigante. *Dermatología Rev Mex* 2007;51(5):287-9.
5. Denison CM, Ward VL, Lester SC, DiPiro PJ, Smith DN, Meyer JE. Epidermal inclusion cysts of the breast: three lesions with calcifications. *Radiology* 1997;204(19):493-496.
6. Maxwell AJ, Mamtara H. Sonographic appearance of epidermal inclusion cyst of the testis. *J Clin Ultrasound* 1990;18:188-190.
7. Vincent LM, Parker LA, Mittelstaedt CA, Shibata T, Hatori M. Sonographic appearance of an epidermal inclusion cyst. *J Ultrasound Med* 1985;4:609-611.
8. Fajardo LL, Bessen SC. Epidermal inclusion cyst after reduction mammoplasty. *Radiology* 1993;186:103-106.
9. Hyeon SK, Eun SC, Hak HK, Jin YY. Spectrum of Sonographic Findings in Superficial Breast Masses. *J Ultrasound Med* 2005;24:663-680.
10. Lee HS, Joo KB, Song HT, Song HT, Kim YS, Park DW, et al. Relationship between sonographic and pathologic findings in epidermal inclusion cysts. *J Clin Ultrasound* 2001;29:374-383.
11. Giess CS, Raza S, Birdwell RL. Distinguishing Breast Skin Lesions from Superficial Breast Parenchymal Lesions: Diagnostic Criteria, Imaging Characteristics, and Pitfalls. *RadioGraphics* 2011;31:1959-1972.
12. Kopans BD. The male breast. En: Kopans DB. *Breast Imaging*. 3.ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. pp. 671-690.