

Quiste epidérmico de localización poco frecuente. Reporte de un caso

Dra. MA Cueva Sánchez,* Dra. ME Morales Barrera,** Dr. A Ramos-Garibay***

RESUMEN

El quiste epidérmico es el “tumor benigno” más frecuente, su localización generalmente es en áreas seborreicas y poco frecuentes en las extremidades. Se comunica el caso de una paciente de 92 años de edad con una neoformación en el dorso de la mano derecha de larga evolución, asintomática y que histológicamente correspondió a un quiste infundibular.

Palabras clave: Quiste epidérmico, quiste infundibular.

ABSTRACT

The epidermoid cyst is the most common “benign tumor”, it's generally localization in sebaceous areas and least common in the extremities. We report a case of a female patient of 92 years old, with a neoformation in the right hand's dorsum, without symptoms and large evolution and that histological was a epidermoid cyst.

Key words: Epidermoid cyst, keratinous cyst.

INTRODUCCIÓN

Los quistes se definen como neoformaciones que tienen una pared y un contenido. Podemos clasificar a los quistes en queratinosos y en sebáceos. Los primeros porque su contenido es precisamente queratina y se dividen a su vez en: a) Epidérmicos ya que su pared permite identificar la estratificación de la epidermis y b) Piloceráceos o triquilémicos donde la estructura histológica de la pared semeja al folículo piloso, específicamente al triquelema. Otro quiste queratinoso es el de millium pero éste se considera un quiste epidérmico en miniatura. Los quistes sebáceos son aquéllos en los cuales el contenido es grasa o sebo como serían los esteatocistomas múltiples.¹ En el caso presente mostramos un quiste epidérmico cuya topografía puede incluir como diagnósticos diferenciales al quiste sinovial y al neurofibroma traumatizado.

CASO CLÍNICO:

Paciente del sexo femenino de 92 años de edad, viuda, dedicada al hogar, originaria de Guanajuato y residente del Distrito Federal. Presenta una dermatosis localizada a extremidad superior derecha de la que afecta la mano en su dorso, sobre la articulación radio-cubital distal. La dermatosis es de aspecto monoformo constituida por una neoformación semiesférica, bien limitada de aproximadamente 1.5 cm de diámetro de consistencia dura y no fija a planos profundos, de superficie lisa de color eritemato-violáceo. Con una evolución crónica y asintomática (*Figuras 1 y 2*).

En el resto de piel y anexos: Cicatriz quirúrgica antigua en tórax anterior izquierdo.

Al interrogatorio refirió una evolución de largo tiempo sin especificar los años, inició con una “manchita rojita” que fue creciendo paulatinamente y no había sido tratada.

En sus antecedentes personales patológicos destacaba haber sido sometida a una mastectomía radical por una Ca de mama hace 30 ó 40 años, actualmente se encontraba asintomática y sin tratamiento. Se realiza el diagnóstico presuntivo de tumor de anexos a descartar un tumor mixoide. La biopsia escisional

* Residente de 4to. año Dermatología, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatólogo, CDP.

*** Dermatopatólogo, CDP.



Figura 1. Quiste epidérmico en dorso de mano.

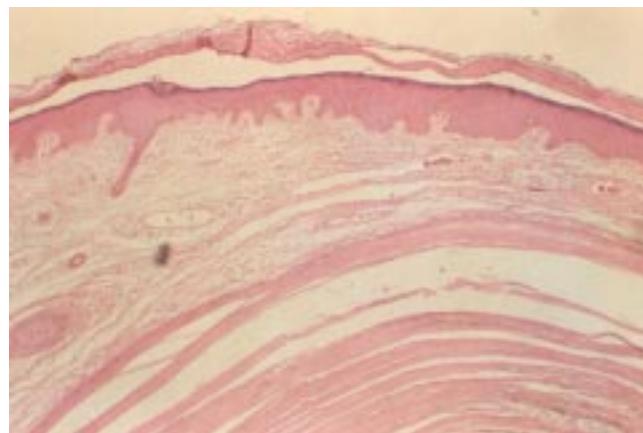


Figura 3. Histología: Epidermis de espesor prácticamente normal. La dermis reticular con una gran cavidad quística con pared epitelial y contenido de queratina laminar (H-E 4x).



Figura 2.
Acercamiento
del quiste, que
muestra sus
características
clínicas.



Figura 4.
Aspecto clínico
postratamiento.

reveló un quiste infundibular (*Figura 3*) el cual se extirpó completamente y la evolución posquirúrgica fue satisfactoria (*Figura 4*).

COMENTARIOS

El quiste epidérmico, se conoce también como quiste infundibular o epidermoide.

Son quistes queratinosos, generalmente superficiales, asintomáticos aunque en ocasiones pueden llegar a doler si se encuentran inflamados o infectados, cuando se llegan a romper expelen un olor característico muy

fétido. Se considera como el más frecuente de los "tumores benignos" y dentro de los quistes, es el más frecuente junto con el triquilemico, con una presentación del 80-90% de todos los quistes. Se presenta en edades medias (adolescencia), y se describe como raro en niños,^{1,2} afecta ambos sexos y se cree que su origen es el folículo piloso.

Las áreas seborreicas como cara, cuello y tórax, son las más afectadas y en mucho menor proporción extremidades y es raro en piel cabelluda. Pueden ser lesio-

nes únicas o múltiples, en este último caso se describe el síndrome de Gardner con una herencia autosómica dominante¹ que consiste en quistes epidérmicos múltiples en cabeza y cara, asociados a poliposis colo-rectal, en otras ocasiones se describen en lugar de quistes epidérmicos, fibromas cutáneos, lipomas, fibromas u osteomas.

Las lesiones son superficiales, bien limitadas y semiesféricas de 1 a 5 cm de diámetro, con superficie reñiente, del color de la piel o ligeramente rosados. Se describen quistes pigmentados con mayor frecuencia en raza negra y la etiología postulada supone que pudiera deberse al aumento de pigmento que queda capturado dentro del quiste, otros autores no están de acuerdo con esto.⁴ Se puede observar en la mayoría de los casos en la superficie del quiste un orificio central queratinizado, su contenido es espeso y fétido. La probabilidad de malignidad es nula y en ocasiones pueden calcificarse.^{2,3,5}

Histológicamente se encuentran intraepidérmicos o subcutáneos firmes. La pared está constituida por una epidermis verdadera que semeja al infundíbulo del pelo. El contenido es de queratina laminar. Si el quiste llegase a romperse, se puede formar un granuloma de cuerpo extraño, que simula un carcinoma de células escamosas o también denominado proliferación pseudocarcinomatosa.^{1,2,5,6}

En cuanto al tratamiento, la elección es la extirpación quirúrgica dependiendo del caso con bisturí o electrocauterio,⁷ en ocasiones se puede aplicar dexametasona intralesional con el propósito de disminuir el tamaño del quiste y facilitar su extracción.

CONCLUSIONES

Creemos importante comunicar este caso porque el quiste epidérmico en extremidades se ve con poca frecuencia y sobre todo por el sitio donde nuestra paciente lo presentaba ya que se pueden considerar otros diagnósticos diferenciales como los que realizamos clínicamente. Hemos de decir que no consideramos al quiste epidérmico como un diagnóstico inicial y que éste fue hecho por el estudio histológico, por lo que consideramos que ante una neoformación con estas características el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rook A Wilkinson. *Engling. Textbook of Dermatology*, 5ta. Ed. Blackwell Scientific Publication USA. 1992; 3: 1474-1475.
2. Vicente J, Vázquez-Doval FC. Proliferations of the epidermoid cyst wall. *Review Int J Dermatol* 1998; 37: 181-185.
3. Arenas. *Quistes epiteliales en Dermatología Atlas Diagnóstico y tratamiento*. 2da. Edición McGraw-Hill Interamericana, México. 1996: 489.
4. Akasaka Toshihide, Imamura Yuko, Kon Saiichi. Pigmented Epidermal Cyst. *J Dermatol* 1997; 21: 175-178.
5. Penneys NS. Quality Assessment of Skin Biopsy Specimens Referred to Anonymous Consultants. *Arch Dermatol* 1996; 132: 1053-1056.
6. Simón RS, De Eusebio E, Alvarez-Viéteiz A et al. Proliferaciones con diferenciación sebacea. I: Hamartomas. *Actas Dermosifiliogr*, 1998; 89: 577-590.
7. Leal Silva H. Quiste Epidérmico. Extirpación con termocauterio. *Dermatología. Rev Mex* 1993; 37: 260-261.