



Neoformación en canto externo

External edge neoformation

Juan Ramón Trejo Acuña,* Crhistian Nataly Flores Ruvalcaba,* Brenda Mariel Porras Zamora†

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 53 años de edad, ama de casa, originaria y residente de la Ciudad de México, quien acude a este centro por presentar una lesión que apareció cinco años antes de su consulta, la cual fue incrementando su tamaño lenta y progresi-

vamente. Sin tratamientos previos. A la exploración física se observa una dermatosis localizada a la cabeza, de la que afectaba cara, y de ésta el canto externo del ojo izquierdo (**Figura 1**), constituida por una neoformación hemiesférica, del color de la piel de 2.5 cm de diámetro, pediculada, de superficie lisa y translúcida, con numerosos vasos capilares,



Figura 1: Neoformación translúcida de aspecto quístico con telangiectasias en la superficie.

* Dermatólogo.

† Residente del primer año de Dermatología.



de consistencia blanda, de aspecto quístico (**Figura 1**) de evolución crónica y asintomática. A la dermatoscopia se observan numerosos vasos arborizantes y manchas hiperpigmentadas color café de límites difusos (**Figura 2**). En el resto de piel y anexos se aprecian xantelasmas en ambos párpados superio-

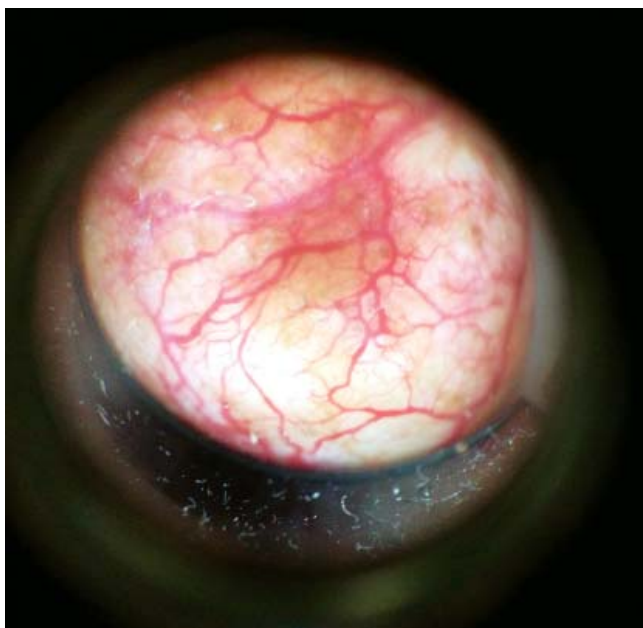


Figura 2: Dermatoscopía: vasos arborizantes con manchas hiperpigmentadas color marrón de límites difusos.

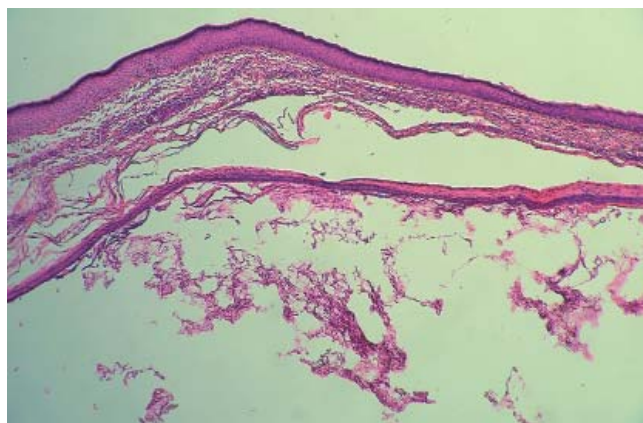


Figura 3: Cavity revestida por una pared epitelial (H&E 4x).

res, fibromas blandos en extremidades superiores e inferiores, una queratosis seborreica en la región malar derecha y una neoformación quística violácea en el canto externo derecho sugestiva de un hidrocistoma. Se decidió extirpar la lesión mediante rasurado con anestesia local y se envió a estudio histopatológico. Se realizó tinción de rutina con H&E, de la que se obtuvieron cortes que muestran una epidermis atrófica, la dermis presenta una cavidad, la cual está revestida por una pared epitelial (**Figuras 3 y 4**).

Con los datos proporcionados anteriormente, ¿cuál es su diagnóstico?

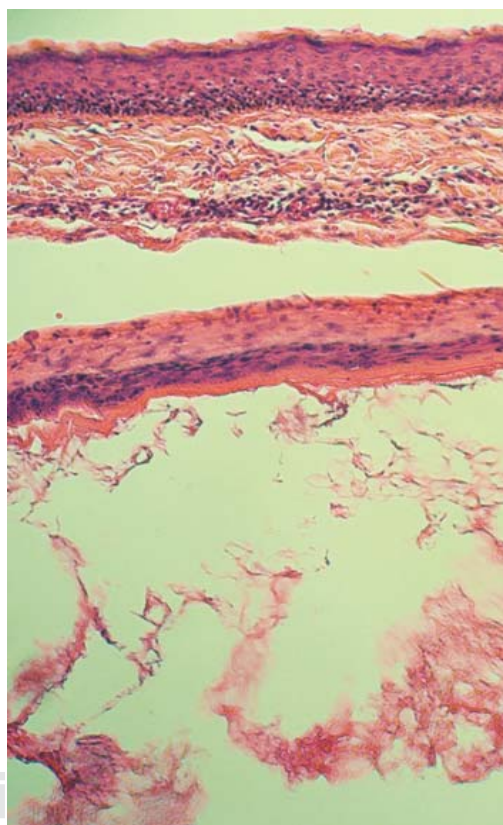


Figura 4: Detalle de la pared epitelial (H&E 10x).

QUISTE EPIDÉRMICO

El quiste epidérmico (QE), también conocido como infundibular o de inclusión epidérmica,¹ es un tumor benigno queratinizante.² Es el más frecuente dentro del grupo de los quistes (80-90% de los casos). Afecta ambos sexos por igual, entre la tercera y quinta décadas de la vida.^{1,3} Se clasifican según su localización anatómica, origen embriológico o por sus características histológicas. Esta última es de vital importancia, ya que el diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histológico.¹

Se origina por obstrucción de la porción infundibular de la unidad pilosebácea, aunque en topografías como palmas y plantas puede desarrollarse a partir de implantes de epidermis atrapados en la dermis, se le conoce como «quiste de inclusión epidérmica».⁴

Las áreas seboreicas como el tórax y el cuello son las más afectadas y con menor frecuencia afecta la cara, las extremidades (incluyendo el dorso de las manos)⁴ y la piel cabelluda.⁵ Aproximadamente 10% de los quistes se desarrolla en la región de cabeza y cuello. Se han reportado casos en la cavidad oral y dentro de estructuras óseas. Cuando son adquiridos se asocian con traumatismos en el infundíbulo folicular o en los conductos de las glándulas ecrinas.⁶

La evolución suele ser crónica, con crecimiento progresivo y sin dolor, excepto en casos de ruptura con infección secundaria.⁴ La inflamación y/o infección del quiste son complicaciones raras, aunque posibles, lo cual puede ser el motivo de consulta en estos pacientes.⁶

Generalmente se manifiestan como neoformaciones dérmicas o subcutáneas hemisféricas, de superficie lisa sobre las que puede observarse un poro central que representa el orificio queratinizado del folículo piloso del cual derivó. Pueden ser del color de la piel o adquirir tonalidades del rosa al blanco y sus dimensiones varían desde algunos milímetros (quistes de millium) hasta 10 cm (gigantes).^{7,8} En 83% de los casos son únicos, pero pueden ser múltiples o formar parte del síndrome de Gardner, entidad de herencia autosómica dominante que cursa con numerosos tumores de anexos, poliposis adenomatosa familiar y osteomas craneales.⁹

El diagnóstico usualmente es clínico y debe confirmarse mediante el estudio histopatológico; sin embargo, la dermatoscopia es una herramienta útil en algunos casos. Pitarch reportó tres casos con los siguientes hallazgos dermatoscópicos: vasos arborizantes con tonalidades del rojo al rosa, tapones

córneos y pseudoquistes de millium. Estas presencias se identifican con mayor facilidad en las lesiones superficiales con epidermis suprayacente delgada, que permiten la visualización del plexo dérmico incluso a simple vista, como en el caso aquí expuesto. Los de mayor tamaño también pueden ejercer presión sobre el tercio superior de la dermis y sobre la epidermis, de modo que el blanqueamiento de los vasos situados sobre la porción más externa del quiste genera una imagen de telangiectasias arboriformes con ramificaciones finas.¹⁰

La presencia de vasos arborizantes a la dermatoscopia es típica, pero no exclusiva, del carcinoma basocelular (82.1%), ya que también pueden encontrarse en hiperplasias sebáceas (16.7%), nevos intradérmicos o nevos melanocíticos congénitos (3.2%), queratosis seboreicas (2.4%) y melanomas (0.7%), por lo cual debe realizarse una adecuada correlación clínico-histopatológica.¹¹ La degeneración maligna de los quistes epidérmicos es rara, su incidencia se calcula en 1%, del cual 70% es de estirpe escamosa, y sólo 10% de estirpe basal. Debido a que no existen criterios clínicos específicos para identificar esta transformación maligna, el estudio histológico es fundamental para realizar un diagnóstico correcto e iniciar manejo complementario, en caso de ser requerido.

Su clasificación histológica se basa en la presencia o ausencia de revestimiento epitelial: escamoso, estratificado, ciliado, etcétera.³

En el estudio histopatológico se observa una cavidad en la dermis con pared de epitelio estratificado que conserva todas las capas de una epidermis normal. El contenido es de queratina ortoqueratósica dispuesta en láminas.³

Clínicamente el QE debe diferenciarse de entidades como el quiste triquilemico, lipomas y en el caso de la región periorbitaria, los hidrocistomas.¹

El tratamiento de elección, independientemente de la topografía y las dimensiones, es la extirpación quirúrgica.⁴ Sin embargo, una de las principales eventualidades durante dicho procedimiento es la ruptura de la pared del quiste, lo que podría resultar en una escisión incompleta y por lo tanto, en recurrencia de la lesión. Debido a lo anterior, se realizó un estudio en población coreana que buscaba saber si existía asociación entre el grosor de la pared quística y el grosor de la epidermis, por lo que se analizaron tanto los datos clínicos como histopatológicos de 290 pacientes. Los resultados demostraron que la localización del quiste y el grosor de la epidermis en su superficie no influyen en el

grosor de la pared; sin embargo, el antecedente de infección o drenaje sí se relaciona con un aumento en el espesor de la pared quística.¹² En caso de ruptura e infección secundaria debe prescribirse antibiótico y antiinflamatorio adecuados antes de llevar a cabo el procedimiento.⁴

En la mayoría de los casos se logra la escisión completa, sin recurrencia posterior; sin embargo, es fundamental dar seguimiento a cualquier lesión que aparezca posteriormente.¹³

COMENTARIO

El QE es uno de los principales motivos de consulta dermatológica a nivel mundial. Es una patología fácilmente reconocible, de comportamiento benigno. En el caso motivo de esta publicación, tanto la topografía como las dimensiones de la lesión son poco frecuentes, lo cual nos obligó a realizar diferentes diagnósticos diferenciales, por ejemplo, la variedad gigante del hidrocistoma. Los hidrocistomas predominan en el canto externo, y son neoformaciones de aspecto quístico, translúcidas y hemiesféricas, que generalmente miden menos de 1 cm y cuya superficie suele ser gris azulada.

Por otro lado, es importante resaltar que los patrones dermatoscópicos encontrados en la lesión que presentaba la paciente son similares a los hallados en otras patologías como el carcinoma basocelular. Por lo anterior, es fundamental señalar que la dermatoscopia es una técnica diagnóstica de apoyo muy útil; sin embargo, en este tipo de lesiones no ha demostrado ser lo suficientemente específica para realizar el diagnóstico.

Tanto en los QE como en los hidrocistomas, el diagnóstico definitivo es histopatológico, aunque en los segundos es aplicable especialmente para lesiones grandes, de pared gruesa, que requieren extirpación quirúrgica en huso, ya que en ocasiones las lesiones pequeñas se rompen durante la disección, con la consiguiente salida del contenido, lo que dificulta el análisis histopatológico.

Con base en lo anterior podemos concluir que es muy importante llevar a cabo una correcta propedéutica dermatológica para emitir un diagnóstico clínico, y a su vez es fundamental complementarla con los hallazgos histopatológicos, ya que en el caso de esta patología son los que realizan el diagnóstico definitivo. Por último, cabe destacar que, aunque parezcan lesiones de características benignas, siempre se debe llevar a cabo

un estudio histopatológico minucioso para descartar patologías malignas subyacentes, y así ofrecer el mejor manejo al paciente.

La lesión de la paciente del caso publicado en este artículo fue tratada con extirpación por rasurado, con evolución favorable, sin recidivas hasta la fecha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L, Callen J, Cowen E, Hruza G et al. *Dermatology*. Elsevier; 2018. pp. 138-139.
2. Elder DE, Elenitsas R, Rosenbach M, Murphy GF, Rubin AI, Xu X. *Histopathology of the skin*. Lever's. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. pp. 420-422.
3. Di Martino-Ortiz B. Claves para el diagnóstico dermatopatológico de los quistes cutáneos. *Our Dermatol Online*. 2013; 4: 230-236.
4. Cueva-Sánchez MA, Morales-Barrera ME, Ramos-Garibay A. Quiste epidérmico de localización poco frecuente. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2001; 10: 100-102.
5. Moreno-Domingo J, Lobato-Miguel JL, Martínez-Urruzola J, Campelo-Martínez T, Santamaría-Peña M, Fernández-Ferrer S et al. Quiste de inclusión epidérmica gigante de localización mamaria. *Clin Invest Gin Obst*. 2014; 41: 92-96.
6. Wollina U, Langner D, Tchernev G, França K, Lotti T. Epidermoid cysts - a wide spectrum of clinical presentation and successful treatment by surgery: a retrospective 10-year analysis and literature review. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018; 6: 28-30.
7. Langley RG, Walsh NM, Ross JB. Multiple eruptive milia: report of a case, review of the literature, and a classification. *J Am Acad Dermatol*. 1997; 37: 353-356.
8. Kim C, Park MC, Seo SJ, Yoo YM, Jang YJ, Lee IJ et al. Giant epidermoid cyst of the posterior neck. *J Craniofac Surg*. 2011; 22: 1142-1144.
9. Núñez-Núñez R, Galán-Gómez E, Moreno-Hurtado C, Romero-Albillo A, Santamaría-Ossorio JL. Poliposis adenomatosa familiar: síndrome de Gardner. *Cir Pediatr*. 2006; 19: 111-114.
10. Pitarch G. Quistes epidérmicos faciales: Otro tumor cutáneo con telangiectasias arboriformes. *Med Cutan Iber Lat Am* 2015; 43: 49-51.
11. Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Cicale L, Petrillo G et al. Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study. *Arch Dermatol*. 2004; 140: 1485-1489.
12. Min HJ, Lee JM, Han JK, Kim YJ. Influence factor in thickness of cyst wall of epidermal cysts. *J Craniofac Surg*. 2017; 28: e369-e372.
13. Liao JL, Altamura D, Ratynska M, Verdolini R. Basal cell carcinoma arising from an epidermal cyst: when a cyst is not a cyst. *Case Rep Dermatol*. 2015; 7 (1): 75-78.

Correspondencia:

Dr. Juan Ramón Trejo Acuña
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc,
Ciudad de México, México.
Tel.: 5519 6351
E-mail: hermesjuanderma@hotmail.com