

## Caso clínico

## Quiste óseo de inclusión en la falange distal. Informe de tres casos

Fernández-Vázquez JM,\* Camacho-Galindo J,\*\* Ayala-Gamboa U\*\*\*

Centro Médico ABC

**RESUMEN.** Los quistes óseos de inclusión son quistes de linaje epidérmico que contienen queratina. Se localizan comúnmente en tejido subcutáneo, ocasionalmente intratendinoso, subungueal o intraóseo. El diagnóstico habitualmente es clínico. El síntoma más frecuente es dolor que puede estar asociado a deformidad ungueal. Las radiografías simples en 2 proyecciones permiten identificar la localización ósea. El tratamiento recomendado en todos los casos de quiste epidermoide de la falange distal es curetaje de la lesión. *Material y métodos:* Se revisaron los archivos clínicos de pacientes con quistes óseos de inclusión de la falange distal de 1983 al 2010. *Resultados:* Se encontraron 3 casos, 2 hombres y 1 mujer, con edades de 23, 28 y 47 años. El síntoma más frecuente fue dolor con deformidad ungueal en 2 casos. En 2 casos las radiografías muestran las características del quiste epidermoide. En los 3 casos se realizó curetaje y aplicación de injerto óseo en 2 casos. El seguimiento fue de 120 a 324 meses (promedio 222 meses). No se encontraron recidivas ni complicaciones. *Discusión.* Los quistes óseos de inclusión son tumoraciones poco frecuentes en la falange distal que tienen características particulares con las que el cirujano ortopeda debe estar familiarizado.

**Palabras clave:** quistes óseos, articulación de los dedos, dolor, legrado por aspiración, mano.

**ABSTRACT.** Inclusion bone cysts are cysts of an epidermal lineage containing keratin. They are commonly found in the subcutaneous tissue, occasionally in intratendinous, subungueal or intraosseous tissue. The diagnosis is usually clinical. The most frequent symptom is pain, which may be associated with ungueal deformity. Plain X-rays in two views allow identifying the bone location. The treatment recommended for all cases of epidermoid cyst of the distal phalanx is curettage of the lesion. *Material and methods:* The clinical charts of patients with inclusion cysts of the distal phalanx from 1983 to 2010 were reviewed. *Results:* Three cases were found; 2 males and one female, ages 23, 28 and 47 years. The most frequent symptom was pain with ungueal deformity in 2 cases. In 2 cases the X-rays show the characteristics of the epidermoid cyst. Curettage was performed in the 3 cases; a bone graft was used in 2 cases. The follow-up ranged between 120 and 324 months (mean of 222 months). No relapses or complications were reported. *Discussion:* Inclusion bone cysts are infrequent tumors of the distal phalanx and have particular characteristics that the orthopedist surgeon should be familiar with.

**Key words:** bone cysts, finger joint, pain, vacuum curettage, hand.

**Nivel de evidencia: V (Act Ortop Mex, 2011)**

\* Profesor titular del Curso de Ortopedia del Centro Médico ABC.

\*\* Cirujano Ortopedista CMABC.

\*\*\* Cirujano Ortopedista.

Dirección para correspondencia:

Dr. Juan Manuel Fernández Vázquez

Consultorio 406. Torre de consultorios Centro Médico ABC Santa Fe.

Av. Carlos Graef Fernández Núm. 154. Col. Tlaxala, México, D.F. CP 05300 Tel: 16 64 71 54,

E-mail: fernandezvazquez@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>**Introducción**

Los quistes óseos de inclusión, también llamados quistes epidermoides, quistes de inclusión epidérmica, quistes epiteliales, quistes de implantación y quistes de inclusión epidermoide postraumáticos son quistes de linaje epidérmico que contienen queratina como lo describen Enzinger y Weiss;<sup>1</sup> Mcfarland.<sup>2</sup> Se localizan comúnmente en tejido blando, subcutáneos, ocasionalmente intratendinoso, subungueal o intraóseo.<sup>3</sup> La primera descripción del intraóseo fue hecha por Sonntag<sup>4</sup> en 1923. Carroll<sup>5</sup> publicó una revisión de 6 casos enfatizando la historia natural, localización en la falange distal y tratamiento.

Mcfarland<sup>2</sup> menciona la teoría más aceptada donde algún trauma lleva fragmentos de epitelio queratinizante a una localización subcutánea<sup>6</sup> donde el trauma es el factor desencadenante (Carroll 1953).<sup>5</sup> Los experimentos de Wien y Caro<sup>7</sup> en 1934 de implantación de dermis comprueban esta teoría. Otros sugieren que los quistes tienen origen en epitelio embrionario, lo que podría explicar los casos sin antecedente traumático.<sup>8,9</sup>

El diagnóstico habitualmente es clínico.<sup>10,11</sup> En la literatura se reporta que esta lesión es más frecuente en hombres, suele existir antecedente de trauma en la región afectada u ocupaciones que implican labores manuales. El síntoma más frecuente es dolor que puede estar asociado a deformidad



**Figura 1.** Imagen clínica de la deformidad ungüeal que causa el quiste óseo de inclusión.



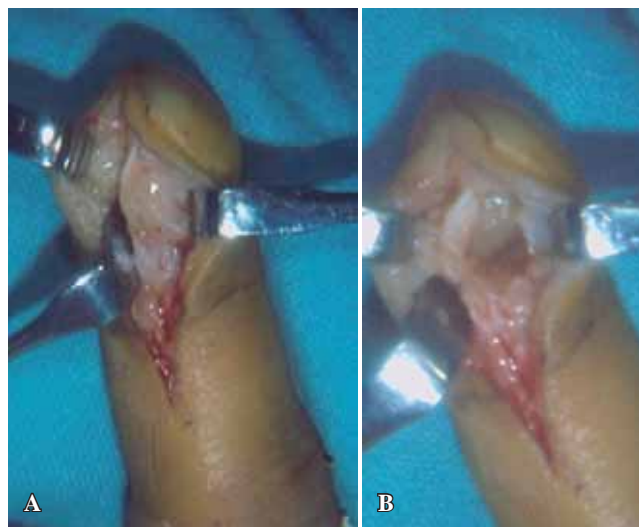
**Figura 2.** Imágenes AP y lateral de un quiste óseo de inclusión de la falange distal. Se observa la lesión, bien delimitada, radio-lúcida que ensancha la cortical palmar.

ungüeal (*Figura 1*). Las radiografías simples en dos proyecciones permiten identificar la localización ósea (*Figura 2*), aunque en ocasiones se requiere de resonancia magnética para delimitar la lesión.

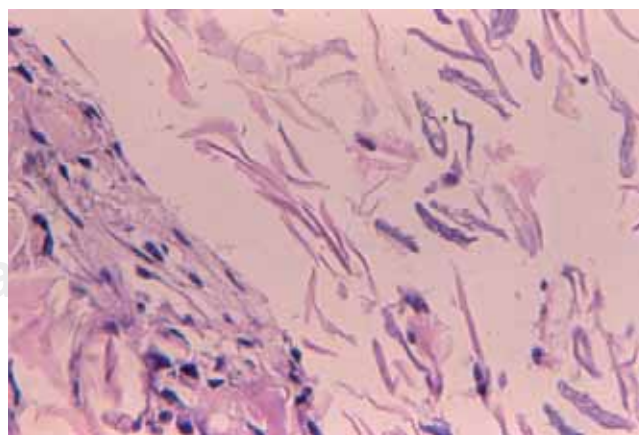
El diagnóstico diferencial incluye ganglión, quiste mucoso, granuloma, tofo, tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, fibromas, lipoma, hemangioma, glomus, shwanoma y neurofibroma.<sup>1,6</sup> Cuando la lesión involucra al hueso el diagnóstico diferencial debe incluir tumoraciones óseas líticas, en particular el encondroma y el glomus.

El tratamiento recomendado en todos los casos de quiste epidermoide de la falange distal es curetaje de la lesión<sup>12,13</sup> (*Figuras 3 A y B*). En ocasiones se requiere injerto óseo después del curetaje previo lavado mecánico con solución a fin de no dejar restos de tejido epidermoide para evitar recidivas.

El estudio patológico muestra tejido epidermal (*Figura 4*).



**Figura 3. A.** Imagen transoperatoria del quiste óseo de inclusión en abordaje lateral de la falange distal. **B.** Sitio de la lesión después del curetaje.



**Figura 4.** Microfotografía de estudio patológico de un quiste óseo de inclusión donde se identifica tejido epitelial queratinizante con detritus celulares neuróticos dentro del espacio quístico. Ocasionalmente se puede observar epitelio epidermoide queratinizante cubierto de un estrato granuloso indicativo de su naturaleza cutánea.

## Material y métodos

Se revisaron los archivos clínicos del autor principal en busca de pacientes con quiste óseo de inclusión con localización en la falange distal de 1983 a la actualidad con el fin de analizar las características clínicas de la patología como edad, sexo, localización, tiempo de evolución de los síntomas y signos, deformidad asociada, estudios radiográficos, tratamiento y evolución. Además se hizo una revisión de bases de datos de literatura médica (OVID, MEDLINE) en busca de reportes relacionados con los quistes óseos de inclusión y su tratamiento.

## Resultados

Se encontraron tres casos de quiste óseo de inclusión en falange distal de Septiembre de 1983 a Enero de 1994.

De éstos, dos pacientes eran hombres y una mujer con edades de 23, 28 y 47 años.

Los dedos afectados fueron dos pulgares y un índice.

En dos casos existía antecedente de trauma repetitivo por labores manuales.

El síntoma más frecuente fue dolor.

Existía deformidad ungueal en dos casos.

En dos casos las radiografías muestran las características del quiste epidermoide.

En los tres casos se realizó curetaje y aplicación de injerto óseo en dos casos.

El seguimiento fue de 120 a 324 meses (promedio 222 meses).

No se encontraron recidivas ni complicaciones.

## Discusión

Los quistes óseos de inclusión son tumoraciones benignas normalmente postraumáticas de los huesos de la mano. Aunque son poco comunes, por su origen traumático se localizan con frecuencia en el esqueleto de los dedos con predominio en la falange distal. Presentamos tres casos de esta rara patología todos en la falange distal. En esta localización causan deformidad de la falange al crecer y eventualmente dolor y deformidad del lecho y/o la matriz ungueal. En dos de nuestros casos había un antecedente claro de trauma repetitivo (los dos hombres son trabajadores manuales), no es

así en el caso de la mujer. En nuestros casos el síntoma principal fue dolor asociado a la deformidad ungueal. El diagnóstico se realizó en todos los casos con la historia clínica apoyada en proyecciones radiográficas AP y lateral del dedo afectado. Aunque la literatura lo menciona, en ningún caso requerimos de estudios de imagen más sofisticados para llegar al diagnóstico.

El tratamiento fue en todos los casos curetaje de la lesión por abordaje lateral. En dos casos se injertó el sitio de la lesión con hueso autógeno de radio distal ipsilateral por preferencia del autor principal, el otro caso no requirió injerto. La evolución fue favorable en los tres casos. En todos ellos se alcanzó la consolidación antes de las ocho semanas sin otras complicaciones.

Los quistes óseos de inclusión son tumoraciones poco frecuentes en la falange distal que tienen características particulares con las que el cirujano ortopedista debe estar familiarizado. El diagnóstico diferencial debe incluir tumores tipo glomus, hemangiomas y encondromas.

## Bibliografía

1. Enzinger FM, Weiss SW: Soft tissue tumors. 2<sup>nd</sup> Edition St. Louis MO, C.V. Mosby Company. 1988; 102-3: 119-21.
2. Mcfarland GB: Soft tissue tumors. In: Green DP (Ed.) Operative hand surgery. New York, Churchill Livingstone, 1988: 2301-22.
3. Lincosky CJ, Bush DC: Epidermoid cysts in the Hand. *Journal of Hand Surgery: European* 2009; 34 (6): 792-6.
4. Sonntag F: Traumatische epithelzyste im Knochenends an einem fingers-tumpf als unfallfolgende. *Munch Med Wochenschr* 1923; 7: 1055-6.
5. Carroll RE: Epidermoid (epidermal) cysts of the hand skeleton. *Am J Surg* 1953; 85: 327-32.
6. Bogumill GP, Sullivan DJ. Tumors of the hand. *Clin Orthop* 1975; 108: 214-22.
7. Wien MS, Caro MR: Traumatic epithelial cysts of the skin. *JAMA* 1934; 102: 197-200.
8. King ESJ: Post-traumatic epidermoid cysts of the hands and fingers. *Br J Surg* 1933; 21: 29-43.
9. Bush D: Soft tissue tumors of the forearm and hand. In: Mackin EJ (Ed.) Rehabilitation of the hand and upper extremity, 5<sup>th</sup> Ed. St. Louis, MO Mosby, 2002: 955-70.
10. Butler ED, Hammill JP: Tumors of the hand. A ten year survey and report of 437 cases. *Am J Surg* 1960; 100: 293-300.
11. Lucas GL: Epidermoid inclusion cysts of the hand. *J South Orthop Assoc* 1999; 8: 188-92.
12. Evers B, Klammer H: Tumors and tumorlike lesions of the hand: analysis of 424 surgically treated cases. *Arch Am Acad Orthop Surg* 1997; 1: 34-43.
13. Nagra ME, Bucchieri JS: Ganglion cysts and other tumor related conditions of the hand and wrist. *Hand Clin* 2004; 20: 249-60.