



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Quiste de inclusión epidérmica gigante de localización mamaria

J. Moreno Domingo^{a,*}, J.L. Lobato Miguélez^a, J. Martínez Urruzola^a,
T. Campelo Martínez^a, M. Santamaría Peña^b, S. Fernández Ferrer^c y M. López-Valverde^a

^a Unidad Funcional de Mama, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Bilbao, España

^b Unidad de Diagnóstico por Imagen de la mama, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Bilbao, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Bilbao, España

Recibido el 4 de septiembre de 2012; aceptado el 4 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Quiste de inclusión
epidérmica;
Parénquima mamario;
Nódulo mamario

Resumen Los quistes epidérmicos se localizan principalmente en el tejido subcutáneo del tronco, y generalmente son pequeños y asintomáticos. Es rara su localización en el parénquima mamario y pueden ser el origen de un proceso patológico maligno. Presentamos el caso de una mujer de 23 años en periodo de lactancia, que consulta por presentar una tumoración grande que protruye en la cubierta cutánea mamaria derecha, alcanzando un tamaño superior a 10 cm. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de quiste de inclusión epidérmica. Aunque a veces el quiste epidérmico es difícil de distinguir de un tumor maligno, la resección quirúrgica está justificada debido a su potencial de malignidad. Se presenta la iconografía de la mama, los especímenes quirúrgicos y se revisa la literatura.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Epidermal inclusion
cyst;
Breast parenchyma;
Breast lump

Large epidermoid cyst of the breast

Abstract Epidermoid cysts are located mainly in the subcutaneous tissue of the trunk and are usually small and asymptomatic. Localization in the breast parenchyma is rare and these cysts may become malignant. We report the case of a 23-year-old breastfeeding woman who presented with a lump protruding from her right breast that grew to more than 10 cm. The diagnosis of epidermal inclusion cyst was confirmed by the pathological examination. Although distinguishing between an epidermoid cyst and a malignant tumor can sometimes be difficult, surgical excision is justified because these cysts can undergo malignant transformation. We discuss images of the breast and surgical specimen of this case and review the literature on the topic.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julio.morenodomingo@osakidetza.net (J. Moreno Domingo).

Introducción

Los quistes de inclusión epidérmica se originan en la dermis por implantación y proliferación de elementos epidérmicos. Son hallazgos frecuentes en el cuero cabelludo y en la piel del cuello y la espalda, sin embargo los de localización mamaria son lesiones benignas muy poco frecuentes.

Caso clínico

Paciente de 23 años de edad que consulta por tumoración móvil en mama derecha que deforma el relieve mamario. No presenta antecedentes familiares ni médico-quirúrgicos de interés.

Menarquía a los 10 años, un embarazo y parto eutócico a los 22 años (hace 18 meses); mantiene lactancia materna desde entonces. No antecedentes quirúrgicos a nivel mamario.

A la exploración mamaria se detecta una tumoración polilobulada y móvil, de unos 10 cm de diámetro en el cuadrante superointerno de la mama derecha, de consistencia quística-elástica y de bordes lobulados, que deforma el relieve mamario a la inspección (fig. 1). No se objetiva secreción mamaria, retracción cutánea ni adenopatías axilares ni supraclaviculares sospechosas.

La ecografía mamaria muestra un nódulo bilobulado bien definido, con unos diámetros de 92×35 mm con alguna calcificación grosera en su interior (fig. 2). Dado el aspecto sólido de la lesión se realiza biopsia percutánea ecoguiada (BAG).

El material obtenido únicamente muestra pequeños cúmulos de material de secreción basófilo y una acumulación de histiocitos con ligero infiltrado inflamatorio.

Se realiza tumorectomía por vía periareolar (fig. 3) y se resecta una pieza de $134 \times 92 \times 50$ mm (fig. 4), que al corte presenta un contenido pastoso blanquecino-amarillento (fig. 5). El estudio microscópico muestra una tumoración



Figura 1 Tumoración grande al nivel de CSI de la mama derecha que impronta en la cubierta cutánea.

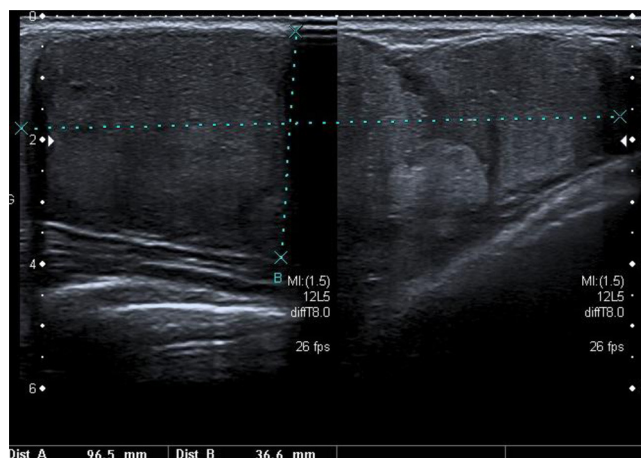


Figura 2 Ecografía mamaria: nódulo bilobulado bien definido, con unos diámetros de 92×35 mm.

quística tapizada por un epitelio escamoso estratificado queratinizante y tejido fibroso envolviendo láminas de queratina (fig. 6).

Se diagnostica de quiste de inclusión epidérmica de localización mamaria.

Discusión

Los quistes de inclusión epidérmicos se originan por la inclusión de epitelio escamoso queratinizado en la dermis. Son lesiones frecuentes en el cuero cabelludo y en la piel del cuello y la espalda, siendo su presencia en el tejido mamario poco frecuente¹.

Clínicamente se suelen presentar como protusiones nodulares cutáneas blandas fijas a la piel, debido a la firme composición del tejido subcutáneo, como es el músculo y el hueso en las regiones cutáneas de la cabeza o de la región dorsal².

El diagnóstico de los quistes de inclusión de localización mamaria, que se palpan en el tejido subcutáneo como nódulos pequeños, es sencillo.

La elasticidad del tejido glandular y la grasa que se encuentra bajo la piel de la mama puede explicar que los quistes de inclusión epidérmicos a nivel mamario puedan crecer con facilidad hacia la profundidad del tejido subcutáneo, y manifestarse como tumoraciones quísticas mamarias de tamaño grande, por lo que son difíciles de distinguir de tumoraciones con origen en el componente glandular o estromal mamario, de estirpe tanto benigna como maligna.

Los quistes de inclusión epidérmica de localización mamaria, además de manifestarse como una masa mamaria palpable tanto subcutánea como profunda, se pueden diagnosticar con síntomas secundarios a la complicación de una tumoración quística, tales como infección o rotura quística³.

La rotura espontánea de un quiste de inclusión epidérmica favorece la expulsión de queratina al parénquima mamario, esta actúa como irritante favoreciendo la inflamación y pudiendo ser el origen de un absceso mamario.

Se han descrito varios mecanismos para explicar su origen⁴. En primer lugar por obstrucción de los folículos pilosos, en segundo lugar como consecuencia de un traumatismo que pueden causar implantes de fragmentos de

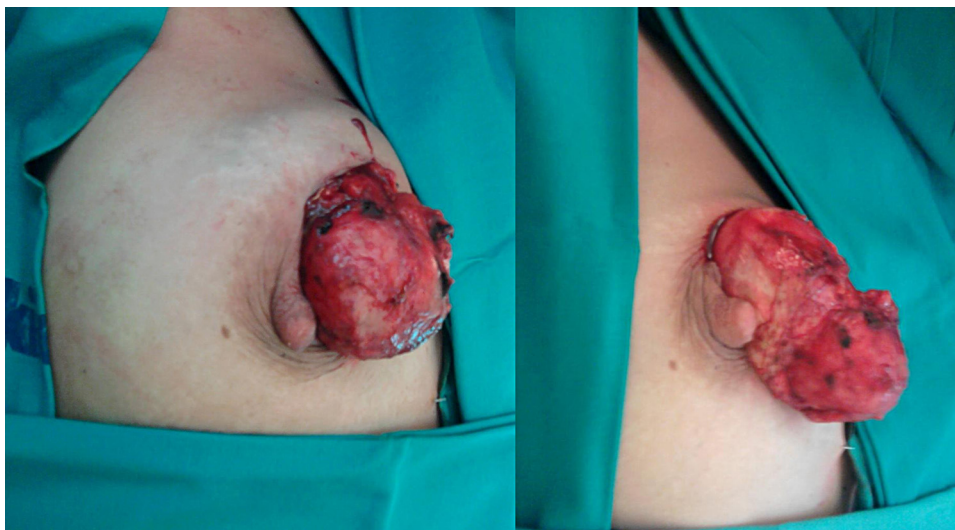


Figura 3 Tumorectomía por vía periareolar.

epidermis en profundidad del tejido mamario⁵⁻⁷, tal como la mamoplastia de reducción (reposición del tejido areola pezón con pedículo vascularizado)^{7,8}, biopsias percutáneas mamarias o punciones con aguja fina⁵, y en tercer lugar se pueden originar en focos de metaplasia escamosa en las células columnares normales, en el interior de áreas de ectasia ductal en el contexto de mastopatía fibroquística o fibroadenomas⁹.

Aunque hay casos detectados en estudios mamográficos de *screening*¹⁰, ante lesiones palpables los hallazgos mamográficos y ecográficos pueden simular tanto lesiones benignas como malignas^{10,11}.

La mamografía muestra una tumoración bien circunscrita de densidad homogénea, y de esta forma distinguible del carcinoma mamario¹⁰. En una serie de 10 pacientes con quistes epidérmicos de inclusión mamaria, 9 se manifestaron como una masa isodensa de alta densidad con márgenes bien circunscritos en la mamografía¹², en 3 de los casos asociados a microcalcificaciones. En los 7 pacientes con estudio

ecográfico realizado se mostraron como una masa hipoe-cóica bien circunscrita.

En el estudio ecográfico tienen un aspecto sólido, de bordes bien delimitados y aspecto complejo, como el caso que describimos. Los hallazgos específicos fueron descritos por Pavel et al. con aspecto de anillos de cebolla alternando anillos concéntricos hiperecógenos e hipoe-cógenos, que corresponden a los hallazgos patológicos de láminas de queratina¹.

Los quistes de inclusión epidérmica localizados en el parénquima mamario pueden ser infradiagnosticados por su confusión en técnicas de imagen con el fibroadenoma y el tumor phyllodes, o incluso con lesiones malignas de apariencia benigna como el carcinoma mucinoso¹³.

Aunque los quistes de inclusión epidérmica son de naturaleza benigna, pueden ocasionalmente desempeñar un papel en el desarrollo de carcinoma escamoso de mama. El carcinoma escamoso se desarrolla únicamente en la pared del 0,045% de los quistes epidérmicos¹⁴. Otros autores



Figura 4 Pieza quirúrgica: tumoración bien circunscrita de 134 × 92 × 50 mm.

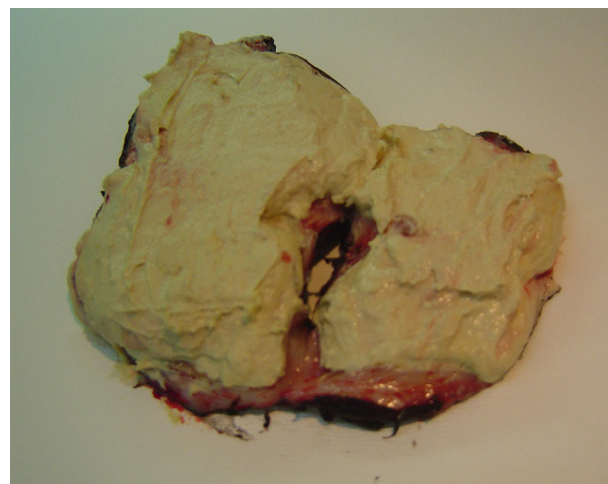


Figura 5 Sección de pieza quirúrgica: contenido espeso en su interior.

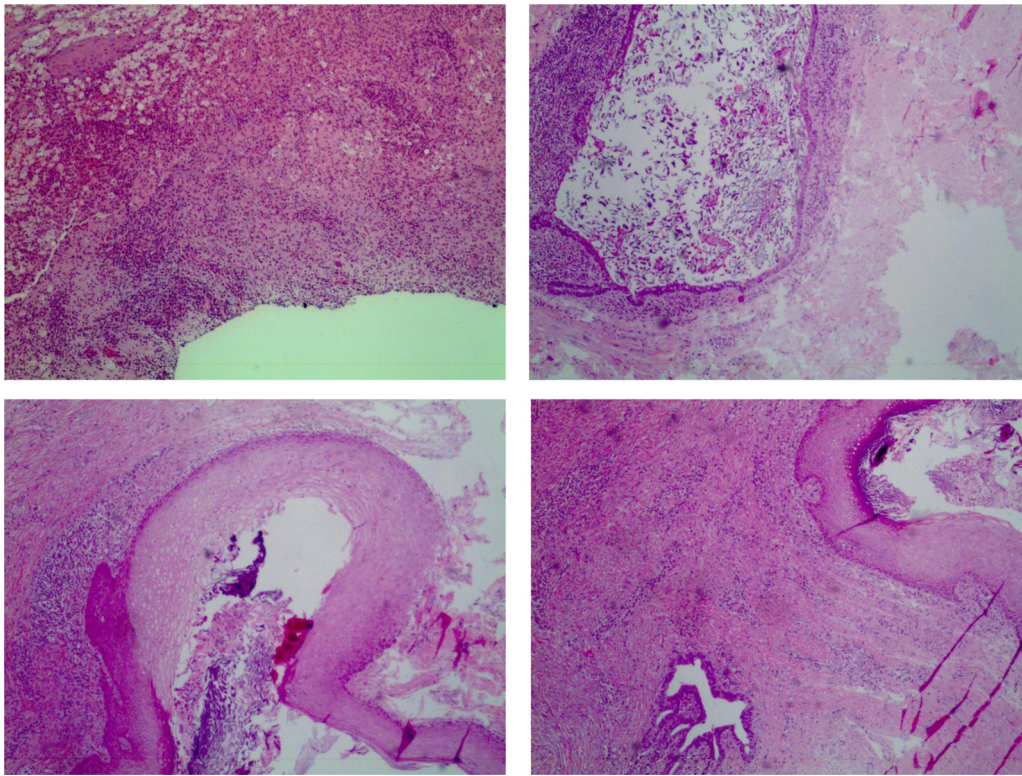


Figura 6 Tumoración quística tapizada por un epitelio escamoso estratificado queratinizante y tejido fibroso envolviendo láminas de queratina. Hematoxilina-Eosina 4x

identificaron 7 casos de malignidad en un total de 29 casos (19%) de quiste epidérmico de origen mamario¹⁵.

Cuando aparecen cambios malignos, ocurren más frecuentemente en quistes de inclusión epidérmica originados en la glándula mamaria, en comparación con los de otras localizaciones, y generalmente se asocian a un origen en áreas de metaplasia escamosa en el epitelio ductal mamario⁴.

El tratamiento de los quistes de inclusión epidérmica depende de su presentación. Lesiones asintomáticas estables no deben de ser tratadas, y es suficiente el seguimiento mediante técnicas de imagen.

No se considera necesario realizar biopsia de lesiones no palpables con criterios ecográficos de quistes de inclusión epidérmica.

Sin embargo, en casos sintomáticos que se presentan como tumoración palpable, e incluso con hallazgos ecográficos característicos, se recomienda la exéresis quirúrgica para obtener un diagnóstico anatomopatológico preciso, excluir malignidad e incluso prevenir el potencial riesgo de degeneración a carcinoma escamoso^{10,13}.

En general, se considera que la exéresis quirúrgica es el tratamiento adecuado para evitar complicaciones como la inflamación y los cambios malignos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Crystal P, Shaco-Levy R. Concentric rings within a breast mass on sonography: lamellated keratin in an epidermal inclusion cyst. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;184:S47-8.
2. Motabar AR. Epidermal inclusion cysts of the breast. *MJIRI*. 2009;22:207-11.
3. Bergmannn-Koester CU, Kolberg HC, Rudolf I, Krueger S, Gellissen J, Stoeckelhuber BM. Epidermal cyst of the breast mimicking malignancy: clinical, radiological, and histological correlation. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;273:312-4.
4. Taira N, Aogi K, Ohsumi S, Takashima S, Kawamura S, Nishimura R. Epidermal inclusion cyst of the breast. *Breast Cancer*. 2007;14:434-7.
5. Gerlock AJ. Epidermal inclusion cyst of the breast associated with needle aspiration biopsy. *Radiology*. 1974;112:69-70.
6. Davies JD, Nonni A, D'Costa HF. Mammary epidermoid inclusion cysts after wide-core needle biopsies. *Histopathology*. 1997;31:549-51.
7. Fajardo LL, Bessen SC. Epidermal inclusion cyst after reduction mammoplasty. *Radiology*. 1993;186:103-6.
8. Brown FE, Sargent SK, Cohen SR, Monan WD. Mammographic changes following reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1987;80:691-8.
9. Chantra PK, Tnag JT, Stanley TM, Bassett LW. Circumscribed fibrocystic mastopathy with formation of an epidermal cyst. *Am J Roentgenol*. 1994;163:831-2.
10. Morris PC, Cawson JN, Balasubramaniam GS. Epidermal cyst of the breast: Detection in a screening programme. *Australas Radiol*. 1999;43:12-5.
11. Celik V, Unal E, Aydogan F. Epidermal inclusion cyst of the breast: Clinical, radiologic and pathologic correlation. *Breast J*. 2004;10:57.

12. Denison CM, Ward VL, Lester SC, DiPiro PJ, Smith DN, Meyer JE, et al. Epidermal inclusion cysts of the breast: three lesions with calcifications. *Radiology*. 1997;204:493–6.
13. Lam SY, Kasthoori JJ, Mun KS, Rahmat K. Epidermal inclusion cyst of the breast: A rare benign entity. *Singapore Med J*. 2010;51:e191–4.
14. Cameron DS, Hilsinger RL. Squamous cell carcinoma in an epidermal inclusion cyst: Case report. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129:141–3.
15. Menville JG. Simple dermoid cysts of the breast. *Ann Surg*. 1936;103:49–56.