

CASO CLÍNICO

Quiste epidérmico de inclusión de párpado. Presentación de 2 casos



Eréndira Güemez Sandoval^{a,*}, Fátima Cedillo Azuela^a y Rosalba García Ramírez^b

^a Médico Oftalmólogo, Hospital General León Guanajuato, Secretaría de Salud, León, Guanajuato, México

^b Médico Patólogo, Hospital General León Guanajuato, Secretaría de Salud, León, Guanajuato, México

Recibido el 15 de enero de 2016; aceptado el 5 de abril de 2016

Disponible en Internet el 18 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Quiste epidérmico de inclusión;
Quiste epidermoide;
Quiste sebáceo

KEYWORDS

Epidermic inclusion cyst;
Cyst epidermoid;
Sebaceous cyst

Resumen El quiste epidérmico de inclusión o quiste epidermoide es una lesión intraepitelial, redonda u ovalada, de color amarillo, de crecimiento progresivo y consistencia suave; de diversa etiología, se origina por la proliferación de las células epidérmicas superficiales dentro de la dermis y su contenido es queratina. Se presenta frecuentemente en los párpados. El diagnóstico se realiza por la clínica y por el estudio histopatológico; el tratamiento es con escisión quirúrgica completa.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Epidermic inclusion cyst of the eyelid. Two cases report

Abstract The inclusion epidermal cyst or epidermoid cyst is an intraepithelial lesion, round or oval in shape, yellow colored, of soft consistency and progressive growth. With a diverse etiology, it is originated by the proliferation of superficial epidermic cells inside the dermis and its made of keratin. It is found frequently in the eyelids. Diagnosis is made clinically and by histopathological studies. It is treated by a complete surgical excision.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los tumores del párpado son de las neoplasias más frecuentes en la práctica médica y son tratados por dermatólogos, cirujanos plásticos, cirujanos generales y oftalmólogos. Estas lesiones incluyen una gran variedad de tumores

* Autor para correspondencia. Melchor Ocampo 309. Teléfono: 4777136981, León, Guanajuato, México.

Correo electrónico: ereguemez@prodigy.net.mx
(E. Güemez Sandoval).



Figura 1 Quiste epidérmico de inclusión: poro central y un vaso ingurgitado.

benignos y malignos, y representan el 15% de los tumores en la cara, y entre el 5-10% de todos los tumores cutáneos. Dentro de las lesiones benignas más frecuentes se encuentran los nevos, los cuernos cutáneos, los papilomas y los quistes epidérmicos de inclusión también conocidos como quistes epidermoides; las lesiones malignas más comunes son los carcinomas basocelulares, carcinomas escamosos y los de glándulas sebáceas¹.

Los quistes epidérmicos de inclusión o quistes epidermoides se confunden con diversas lesiones por su aspecto tan variado. El cuadro clínico que presentan es el de una tumoración redonda, ovalada o de forma cónica, de color amarillento o blanquecino hasta lesiones similares al de un orzuelo pequeño, al de un chalazión y, en ocasiones, al de un carcinoma de células sebáceas, de ahí la importancia de realizar el estudio histopatológico y la resección completa de la lesión. El estudio histopatológico demuestra que el quiste está revestido de un epitelio y su contenido es principalmente queratina.

Presentación de los casos

Caso 1

Paciente de sexo femenino, de 54 años de edad, originaria de León, Guanajuato. Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Acudió al servicio de oftalmología por presentar una pequeña tumoración en el párpado superior derecho de 6 años de evolución, con aumento del tamaño en forma progresiva, sin síntomas agregados. Exploración física (EF): presenta una agudeza visual (AV) en el ojo derecho 20/20 y en el ojo izquierdo 20/25. Biomicroscopia (BM) en segmento anterior (SA): sin alteraciones, fondo de ojo normal. Resto de la exploración normal. En el párpado superior derecho se observó una lesión en el tercio medio y en el borde de este, de forma circular, aplanada, de aproximadamente 6 mm de color amarillo, con una umbilicación central y un vaso ingurgitado, adherido a planos profundos, inmóvil, sin datos de inflamación y no doloroso (fig. 1). Se realiza el diagnóstico de quiste sebáceo y se programa para extirpación quirúrgica.

El reporte de patología refirió que era una muestra de forma ovoide con dimensiones de 0.5 × 0.5 × 0.3 cm de superficie lisa, color café claro, al corte era sólido, de consistencia blanda y se observó una cavidad quística con contenido de material granular tipo queratina, color café

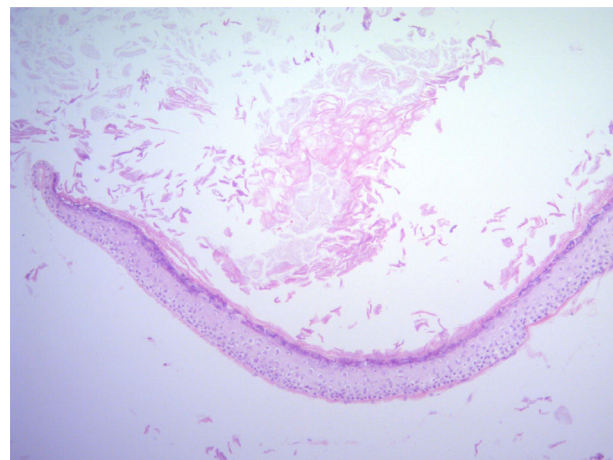


Figura 2 Corte histológico: pared del quiste con células de la epidermis.

claro y blanda. *Diagnóstico:* quiste epidérmico de inclusión no roto, sin proceso inflamatorio asociado (fig. 2).

Caso 2

Paciente de sexo femenino, de 17 años de edad, originaria de León, Guanajuato. Sin antecedentes de importancia. Acudió al servicio por presentar pequeña tumoración en el párpado inferior izquierdo de 3 meses de evolución, manejada en su centro de salud con antiinflamatorios no especificados por haber presentado proceso inflamatorio en la lesión. EF: presenta una AV en el ojo derecho 20/20 y en el ojo izquierdo 20/20. En el párpado inferior izquierdo presenta un lesión en tercio interno, de forma conoide con una base de aproximadamente 8 mm, de color blanco, consistencia dura, con ligera hiperemia y dolor a la palpación (fig. 3). BM: segmento anterior con conjuntiva hiperémica, fondo de ojo (FO), normal. Resto de la exploración sin alteraciones. Se hace el diagnóstico de quiste sebáceo calcificado. Se somete a intervención quirúrgica. El reporte de patología refiere la lesión como un nódulo tisular de 0.6 × 0.6 cm de superficie blanco grisácea y lisa, al corte es quístico, el espesor de la pared es de 0.1 cm, el contenido es blanco-grisáceo de aspecto queratósico. *Diagnóstico:* quiste epidérmico de inclusión resecado en su totalidad (fig. 4).



Figura 3 Quiste epidérmico de inclusión ligeramente inflamado.

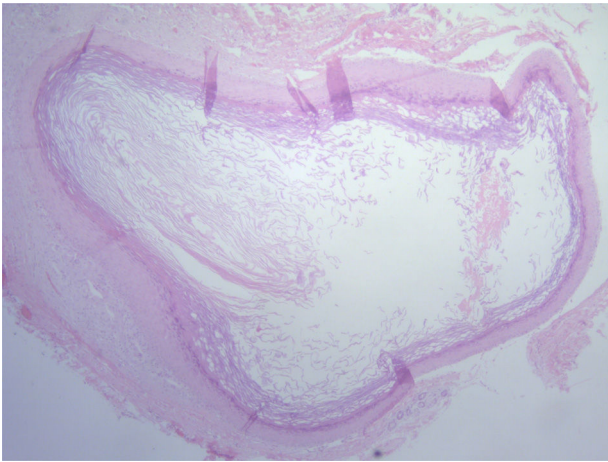


Figura 4 Corte histológico de quiste epidérmico de inclusión íntegro.

Discusión

En algunas ocasiones, los oftalmólogos no prestan la debida atención a las lesiones en los párpados, ya que minimizan su importancia. Es necesario tener conocimiento de las diversas lesiones que se pueden presentar, tanto benignas como malignas, en algunas ocasiones es complicado ya que muchas de ellas presentan un aspecto similar y no presentan características clínicas específicas².

Las neoformaciones en los párpados integran un grupo de tumores benignos con procesos de alivio espontáneo, hasta malignos con potencial metastásico³.

Los quistes de inclusión epidérmicos o quistes epidermoides son una de las lesiones benignas más frecuentes de los párpados junto con los nevus; generalmente se presenta en edades medias, es raro que se manifieste en niños, y afecta a ambos sexos por igual⁴. Estos quistes también se presentan en la cara, tronco, extremidades, boca y órganos genitales⁵.

Los quistes de inclusión epidérmicos o quistes epidermoides han recibido diversas denominaciones: quiste epitelial, quiste infundibular, quiste queratínico o quiste sebáceo lo que ha dado lugar a algunas equivocaciones al momento de realizar el diagnóstico clínico, pero también se han suscitado controversias en cuanto a la clasificación histopatológica; los términos más aceptados en las últimas fechas y de acuerdo a los hallazgos histopatológicos son el de quiste epidérmico de inclusión o quiste epidermoide.

Para algunos autores los antecedentes clínicos determinan la diferencia: consideran que los quistes epidérmicos de inclusión son diferentes a los quistes epidermoides, aunque son idénticos histológicamente; los quistes de inclusión epidérmica son causados por una implantación traumática de elementos dérmicos⁶ y los epidermoides son congénitos. Dentro de las causas se consideran las siguientes: a) oclusión de un folículo pilosebáceo; b) siembra de células epidérmicas dentro de la dermis debido a un traumatismo espontáneo o quirúrgico; c) permanencia de células epidérmicas a lo largo de los planos de fusión embrionaria; d) oclusión de un conducto ecrino; e) infección por virus del papiloma humano; se considera que la primera es el más frecuente, y f) radiaciones ultravioleta⁷.

El cuadro clínico se caracteriza por ser una lesión progresiva, generalmente asintomática, en algunos casos con dolor si se asocia a algún proceso inflamatorio o infeccioso causado por estafilococos o estreptococos⁸, lo que puede ocasionar su rotura y de ahí la confusión con los orzuelos y chalaziones; son de color amarillo o blanquecino y de consistencia dura, de acuerdo al tiempo de evolución o a la presencia de inflamación, generalmente son firmes pero pueden ser móviles; de tamaño entre 1-20 mm llegando en ocasiones a grandes dimensiones⁹. Si el quiste se llega a romper, ocasiona granulomatosis y una reacción a cuerpo extraño¹⁰.

El diagnóstico clínico se realiza por las características de la lesión, pero como se comentó el aspecto puede dar lugar a confusiones; el tratamiento es quirúrgico por medio de escisión completa, teniendo cuidado de que la pared del quiste no se rompa; en el caso de quiste pequeños se ha propuesto la realización de una incisión pequeña y con la compresión del quiste para prolapsarlo y sin colocar sutura¹¹. El diagnóstico debe ser confirmado por medio del estudio histopatológico.

El quiste epidérmico de inclusión se origina por la proliferación de las células epidérmicas superficiales dentro de la dermis; la pared del quiste está compuesta por una epidermis verdadera y con las presencia de citoqueratinas 1 y 10 características de las capas suprabasales de la epidermis¹²; la pared puede estar adelgazada por la presión del contenido; generalmente contiene material caseoso de queratina producido por el tejido que tapiza el quiste y puede presentar restos de desechos de lípidos¹³ a menudo posee un poro central, que representa el conducto pilar residual o un centro oscuro o incluso negro debido a la oxidación de la queratina; la piel que lo recubre es atrófica y con vasos prominentes.

La presencia de múltiples quistes de inclusión epidérmica puede asociarse con el síndrome de Gardner o el síndrome de Torre¹⁴.

Conclusiones

Los quistes epidérmicos de inclusión o quistes epidermoides de los párpados son de las lesiones más frecuentes de los párpados, se debe de hacer el diagnóstico diferencial con orzuelos pequeños y chalaziones. El tratamiento es la resección quirúrgica de la lesión y el estudio histopatológico determinará el diagnóstico definitivo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Coroi M, Rosca E, Mutiu G, Coroi T, Bonta M. Eyelid tumors: Histopathological and clinical study performed in County Hospital of Oradea between 2000-2007. *Rom J Morphol Embryol.* 2010;51:111-5.
2. Boniuk M. Tumors of eyelid. *Int Ophthalmol Clin.* 1962;2: 239-317.
3. Rodríguez MA, Aceves MA, Hernández M. Estudio clínico epidemiológico de tumores en los párpados. Estudio retrospectivo de cinco años. *Dermatología Rev Mex.* 2011;55:63-8.
4. Arenas R. Atlas de Dermatología, diagnóstico y tratamiento. Vol. 146, 3.^a ed. México: Mc Graw Hill; 2005. p. 576.
5. Craft N, Fox L, Goldsmith L. *Visual Dx Esential Adult Dermatology.* Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 494.
6. Yanoff M. *Ocular Pathology.* China: Elsevier HealthServices; 2009. p. 188-9.
7. López Zaragoza I, Jiménez Hernández F, Ramos Garibay JA. Quiste epidérmico gigante. *Dermatología Rev Mex.* 2007;51: 187-9.
8. Braun-Falco O. *Dermatology.* Berlín: Springer Science& Business Media; 2000. p. 1424.
9. Ravi G, Prasada V. A case of report of epidermal cyst of the eyelid. *Int J Sci Res.* 2013;4:1655-6.
10. Bubanale SC, Harakumi U, Patil H, Arora V. A rare site of epidermoid cyst of the eyelid. *J Sci Soc.* 2013;40:47-8.
11. Yang HJ, Yang KC. A new method for facial epidermoid cyst removal with minimal incision. *J Eur Acad Dermatol Venereal.* 2009;23:887-90.
12. Hanson J, Zeitouni N. Epidermal inclusion cyst. 2010 [consultado 8 Dic 2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1061582-overview>.
13. Vicente J, Vázquez-Doval FC. Proliferations of the epidermoid cyst wall review. *Int J Dermatol.* 1990;37:181-5.
14. Friedman N, Kaiser P. *Massachusetts Eye and Ear Infirmary.* 3.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 107-8.