

Caso Clínico

Tratamiento de urgencia de Quiste Epidermoide sobreinfectado. Reporte de un caso clínico



Yévenes Souper, Francisco¹; Badilla Monasterio, Rodrigo²; Espinoza Domínguez, Leonel³

¹Cirujano Dentista, HUAP, Santiago, Chile.

²Cirujano Maxilofacial, HUAP, Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile.

³Radiólogo Maxilofacial Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile.

Resumen

El Quiste Epidermoide se presenta a nivel de tejido blando en relación a la piel, teniendo complicaciones como molestias y dolor al infectarse.

En este trabajo se expone unos casos de un paciente sexo masculino, de 51 años de edad, ASA I, que acude al Servicio de Urgencias Maxilofacial de Hospital Urgencias Asistencia Pública (HUAP) por aumento de volumen mandibular derecho que le ocasiona molestias, dolor y complicaciones diarias y que ya había presentado lesiones similares en otros lugares del cuerpo (cuello y espalda)

Abstract

Epidermoid cyst occurs at the level of soft tissue in relation to the skin, having complications such as discomfort and pain when infected.

In this work we report a case of a male patient, 51 years old, ASA I, who went to the Emergency Department of the Public Emergency Services Hospital (HUAP) for an increase in right mandibular volume that causes discomfort, pain and daily complications and that he had already presented similar injuries in other parts of the body (neck and back).

Introducción

La palabra Quiste proviene del vocablo griego "Kisty" que tiene por significado vejiga. Éstos se definen como una cavidad patológica que tiene un epitelio de revestimiento mayoritariamente y que poseen un contenido fluido o líquido, semilíquido o gaseoso¹. Se originan a partir de restos epiteliales que son estimulados por distintos factores y en su gran mayoría suelen ser hallazgos imagenológicos (pero siendo no menos importante la semiología clínica y signos característicos de éstos); poseen crecimiento lento y son asintomáticos a menos que se infecten².

Los Quistes dermoide son lesiones quísticas no odontogénicas³, las cuales se pueden presentar en el territorio maxilofacial y constituyen un bajo porcentaje de los quistes de cabeza y cuello, entre el 1.6% y 1.9 %⁴. Éstos se pueden clasificar en Quiste Epidermoide (revestido por una pared de Epidermis sin anexos cutáneos); Quiste Dermoide que sí presenta anexos cutáneos y Quiste Teratoide (se puede encontrar músculo, hueso, cartílago)⁵.

El quiste Epidermoide fue descrito por primera vez en 1807 por Pinzón³, el cual se presenta a nivel de piel a nivel del infundíbulo del folículo piloso, siendo estimulado el crecimiento por inflamación, o también se describe en la literatura por inclusión traumática o quirúrgica⁷. Dentro de sus lugares de mayor predilección para la aparición se encuentra cara, cuello cabelludo, cuello y espalda, siendo asociado al Síndrome de Gardner cuando se encuentran lesiones a repetición o en distintos lugares. Algunos autores relatan predilección en hombres vs mujeres en una proporción de 3:1 respectivamente y en una 2da y 3ra década, aunque estas características no son del todo claras.

A nivel clínico se presentan como nódulos o aumentos de volumen dérmico o subcutáneo de consistencia firme, diámetro variable que generalmente no supera los 5 cm; éstos se pueden desplazar, son usualmente asintomáticos a menos que se infecten y tiene un crecimiento más bien lento.

Como diagnóstico general según localización se describen procesos infecciosos, lipoma, tumores nodulares, ránula, quiste tirogloso, entre otros⁸. Usualmente su contenido es de Queratina.

En cuanto a la imagenología, el examen más indicado para un complemento diagnóstico es la Ecotomografía, la cual es una técnica no invasiva, de aplicación sencilla, que no utiliza radiación ionizante y se puede incorporar de buena manera a la práctica clínica. En esta imagen es común observar una lesión superficial, de tipo nodular, variando de Anecogénico a Hipoecogénico; zona característica de refuerzo acústico, lo cual es característico de lesiones con contenido líquido. Se deben identificar 3 principales características: Presencia de un trayecto dermoepitelial del conducto de salida llamado Punctu, aunque es inconstante; un refuerzo acústico posterior y sombras acústicas laterales.⁹

El tratamiento definitivo es quirúrgico convencional, con el fin de realizar la excéresis de esta lesión, donde generalmente no se presentan complicaciones.¹⁰

Reporte de caso

Paciente de sexo masculino, 51 años de edad, ASA I que acude al Servicio de Urgencia Odontológico de Hospital de Urgencias de Asistencia Pública (HUAP), por un aumento de volumen mandibular derecho que le provoca molestias, dolor y complicaciones diarias.

Al examen clínico se observa aumento de volumen aparentemente subcutáneo de aspecto nodular en relación a zona de ángulo mandibular derecho, de límites definidos, con zona eritematosa, doloroso y depresible a la palpación

y de consistencia blanda; con evolución desde Mayo del año 2017 (5 meses de evolución). Paciente relata haber tenido aumentos de volumen de características similares en piel en zona de espalda y cuello. (Imagen 1 y 2)



Imagen 1. Vista lateral paciente. Se observa aumento de volumen en zona mandibular derecha



Imagen 2. Vista frontal paciente. Se observa aumento de volumen eritematoso

Al analizar la imagenología se observa una lesión de 2 cms en su longitud mayor, superficial, de aspecto nodular, anecogénica, con un refuerzo acústico posterior (característico de lesiones con contenido líquido como se dijo anteriormente) y sombras laterales. En su interior se observan punteados ecogénicos con contenido. (Imagen 3)

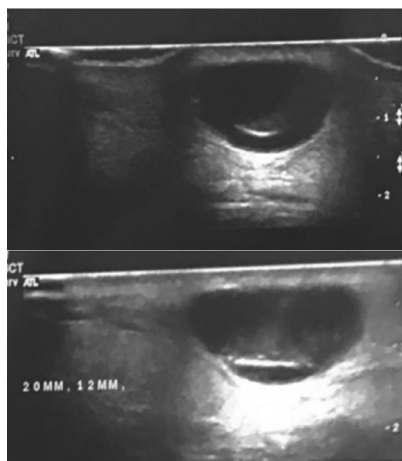


Imagen 3. Ecotomografía paciente. Zona superficial es superior e inferior zona profunda. Se observa lesión, límites más bien definidos, y característico bajo lesión, zona de refuerzo acústico posterior.

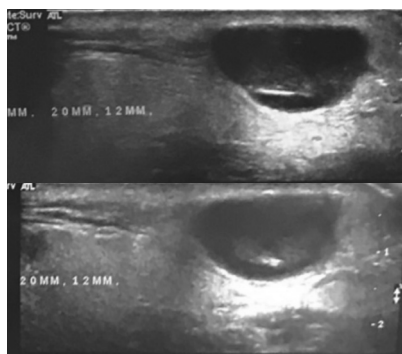


Imagen 3. Ecotomografía paciente.

Se realizó tratamiento de urgencia debido a infección secundaria que presenta esta lesión, bajo anestesia local perifocal de Lidocaína al 2% con vasoconstrictor (3tubos), se realiza incisión en polo inferior de lesión. En relación a plano cutáneo se realiza debridamiento con pinza curva de masters; obteniendo abundante colección de aspecto grumoso amarillento-blanquecino homogénea y cantidades variables de secreción hemopurulenta; para posteriormente instalar cánula de drenaje en piel perilesional sana e irrigación con solución fisiológica.

Se le informo oportunamente a paciente que este no es tratamiento definitivo, y dentro de indicaciones pertinentes se le indica descartar Poliposis Adenomatosa Familiar.

Discusión

Se presenta un caso de un paciente de 51 años de edad, con un diagnóstico presuntivo de Quiste Epidermoide sobreinfectado, el cual presenta dolor, molestia e impotencia funcional en paciente.

La etiopatogenia de esta lesión no es del todo clara, ya que hay autores que la atribuyen a una condición congénita, por una alteración en implantación del Ectoderma en el cierre de Cresta Neural en la embriogénesis; y otros atribuyen a una causa adquirida como lo es por inclusión post traumática o quirúrgica.

Estas lesiones son poco frecuentes en niños y por lo general afectan con una mayor incidencia entre la 2da y 3ra década, por lo que se escapa de esta norma este caso reportado.

Este tipo de quistes por lo general es una lesión única, pero en pacientes con Síndrome de Gardner pueden ser múltiples, o a repetición como es el caso de este paciente, con antecedente de lesiones de similares característica a nivel de espalda y cuello años anteriores, y siendo tratado por la excéresis de éstos por el malestar que causan en distintas actividades diarias como fonación masticación y deglución entre otras.¹⁰

Este caso clínico se presentó en zona cutánea y subcutánea, infectándose en el curso de su evolución, causando dolor y molestia; es por esta consulta del paciente que se decide realizar tratamiento de urgencia de infección con el correspondiente drenaje de contenido. Es importante tener en consideración y de forma importante que tratamiento realizado a paciente de caso reportado no es tratamiento definitivo; sin embargo se hace importante tratar urgencia en vista de dolor que padecía paciente.

Conclusión

El Quiste Epidermoide no se clasifica como quiste odontogénico, sin embargo se puede presentar en territorio maxilofacial; por lo que es importante conocer semiología de la lesión y evaluar de manera adecuada imagenología necesaria para descartar otros posibles diagnósticos.

Bibliografía

1. L. Alfaro Lira y B. Martinez Rondanelli, *Atlas de Patologías de los Maxilares*, 2010.
2. B. Neville, D. Damm, C. Allen y J. Bouquot, *Oral and Maxilofacial Pathology*, Saunders, Elsevier, 2009.
3. M. e. a. Correa, «Lingual Epidermoid Cyst,» *Pediatric Dentistry*, vol. 25, pp. 591-3, 2003.
4. B. Jham, G. Duraes, A. Jham y C. Santos, «Epidermoid Cyst of the Floor of the Mouth. A case report,» *JCDA*, vol. 6, n° 73, pp. 525-28, 2007.
5. T. Kandongan, K. Murat, E. Vardar, E. Sele y O. Sezgin, «A Case Reports,» *Journal of Medical*, vol. 87, n° 1, 2007.
6. C. Shetty, P. Rai y V. Jain, «Post traumatic Epidermoid inclusion Cyst of the orbit,» *International Journal of Radiology Image*, vol. 16, n° 1, pp. 135-7, 2006.
7. O. Venegas R, B. Martinez R, B. Olivos B, C. Vallejos M y M. Zambra R, «Quiste epidermoide en la región preauricular: Reporte de un caso,» *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello*, vol. 71, n° 2, pp. 167-70, 2011.
8. J. Vieira, P. Muniz, C. Ferreira, K. Alves y A. Lopes, «Epidermoid Cyst in Tongue's Ventral Face,» *Ver Brás Otorrinolaringol*, vol. 74, n° 3, p. 476, 2008.
9. R. Ruiz Valverde y J. C. Ruiz Carrascosa, «Ecografía de los tumores benignos más frecuentes,» *de Ecografía en Dermatología y Dermoestética*, 2014, pp. 69-74.
10. L. & c. Esquivel Pedraza, «Quiste Epidermoide de la cavidad bucal. Descripción de dos casos,» *ADM*, vol. 64, n° 3, pp. 116-20, 2007.