

QUISTE EPIDERMOIDE DE INCLUSIÓN EN OMBLIGO: REPORTE DE CASO CON UNA INUSUAL LOCALIZACIÓN

EPIDERMOID INCLUSION CYST IN THE NAVEL: CASE REPORT WITH AN UNUSUAL LOCATION

Isabel R. Torres Ortiz Vasquez¹, Greisy V. Garcia Alvarez¹, Jazmin S. Soto Guzman², Romina Quiroga Salinas³, Dr. Gonzalo V. Torres Ortiz Cabrera⁴

¹Médico Independiente titulada Universidad Mayor de San Simón.

²Estudiante de 5to Año Universidad Mayor de San Simón

³Estudiante de 4to Año Universidad Mayor de San Simón.

⁴Cirujano titular, Hospital Clínico Viedma.

Correspondencia a:

Isabel R. Torres Ortiz Vasquez
Correo electrónico: 202008936@est.umss.edu
Teléfono: +591 77490714
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3601-2524>
<https://orcid.org/0000-0001-6549-330X>
<https://orcid.org/0000-0003-2172-3083>
<https://orcid.org/0000-0001-9944-9833>
<https://orcid.org/0000-0002-0749-9567>

Palabras clave: Quiste epidérmico, Quiste del uraco, Disección.

Keywords: Epidermal cyst, Urachal Cyst, Dissecti.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación: 31/08/2024

Aceptado para publicación: 07/10/2024

Citar como:

Torres Ortiz Vasquez IR, Garcia Alvarez GV, Soto Guzman JS, Quiroga Salinas R, Torres Ortiz Cabrera GV. Quiste epidermoide de inclusión en ombligo: reporte de un caso con una inusual localización. Rev. Cient. Cienc. Med. 2024; 27(02): 80-82.

RESUMEN

El quiste epidérmico de inclusión adquirido (QEIA) es un tumor intra-epitelial benigno y su localización más común es en cabeza y tórax, siendo la más inusual en el ombligo, se observa en adultos jóvenes y es de crecimiento lento e indoloro. El estudio histopatológico es el método de diagnóstico de certeza y su resección completa es el tratamiento de elección. Se presenta un caso de una adolescente de 15 años con un QEIA en el ombligo, que fue sometida a una escisión local total.

ABSTRACT

The acquired epidermal inclusion cyst (AECE) is a benign intra-epithelial tumor; its most common location is in the head and thorax, being the most unusual in the umbilicus, it is observed in young adults, it is slow growing and painless. The histopathological study is the certainty diagnostic method and its complete resection is the treatment of choice. We present a case of a 15-year-old adolescent girl with an AECE of the umbilicus, who underwent a total local excision.

INTRODUCCIÓN

Los Quistes de Inclusión Epidérmico son nódulos móviles bien encapsulados ubicados debajo de la epidermis, están conformados por laminillas de queratina dispersas con paredes similares a la de un infundíbulo folicular¹. Son de tipo primario o secundario, congénitos y adquiridos²⁻³. En relación a los primarios, estos surgen espontáneamente de la obstrucción del orificio folicular y los secundarios son resultado de alteraciones genéticas, formación de masas hiperqueratósicas o posteriores a traumatismos². Con frecuencia se encuentran en cuero cabelludo, cara, cuello, mucosa bucal, extremidades y genitales, sin embargo, también pueden encontrarse en tórax y abdomen, siendo la localización umbilical la más inusual⁴⁻⁵. En el caso que se localicen en ombligo, se debería incluir como diagnósticos diferenciales: hernia umbilical, tumor metastásico, endometriosis, anomalías congénitas o quistes de uraco o conducto onfalomesentérico⁶. El tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica del quiste con sus paredes intactas de forma completa y casi nunca se resuelven sin intervención quirúrgica².

Aunque los quistes epidermoides representen solo el 1% de las masas cutáneas benignas, su localización en el ombligo es excepcional, lo que

destaca la necesidad de un diagnóstico preciso para un abordaje clínico preciso y oportuno.

El objetivo del presente trabajo es describir un caso clínico de quiste de inclusión localizado en el ombligo, más una revisión del tema.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 15 años, sexo femenino, sin antecedentes patológicos relevantes, consulta por una masa umbilical de tres años de evolución, asintomática, de crecimiento lento y sin signos inflamatorios ni síntomas sistémicos.

Al examen físico se observa una masa ovoide de aproximadamente 3 x 4 cm, localizada dentro del anillo umbilical (Fig. 1), de bordes definidos, consistencia firme y no dolorosa. Se planteó como diagnóstico presuntivo una anomalía congénita remanente, considerando la localización y evolución clínica.

La ecografía de partes blandas mostró una lesión quística por encima de la fascia, sin comunicación con estructuras profundas. El informe sugería un quiste de uraco o un remanente del conducto onfalomesentérico. Se consideraron como diagnósticos diferenciales: granuloma umbilical, hernia encarcerada, lipoma,

endometriosis umbilical, absceso subcutáneo crónico y nódulo de la hermana Mary Joseph.

Se realizó resección quirúrgica completa (Fig. 2), sin complicaciones. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico final de quiste epidérmico de inclusión, completamente resecado y sin atipias. En el control ambulatorio, la paciente se mantuvo asintomática y sin recidiva. Respecto a las opciones terapéuticas, en lesiones pequeñas y asintomáticas puede considerarse vigilancia. Sin embargo, la resección quirúrgica total es el tratamiento de elección, dado el bajo riesgo de recurrencia y posibles complicaciones como sobreinfección o ruptura. El drenaje o la resección parcial son opciones menos frecuentes y con mayor riesgo de recurrencia.

DISCUSIÓN

El Quiste de inclusión epidérmico adquirido (QEIA) es una lesión intraepitelial ovalada, encapsulada, de localización subepidérmica, benigna, de crecimiento lento y que se originan por implantación de células epidérmicas en la dermis debido a un trauma en el sitio⁷. Es una afección común que frecuentemente se localiza en cabeza, cuello, tronco y extremidades⁴⁻⁵. La ubicación umbilical fue reportada como casos clínicos raros e infrecuentes en series pequeñas⁸⁻⁹.

Nigam J et al. identifica la localización habitual de los QEIA en 103 pacientes, siendo así que con mayor frecuencia la región de cabeza y cuello fueron afectadas en un 32%, extremidades inferiores 26,2%, región dorsal de tronco 19,4%, extremidad superior 9,7% y el 12,7% otras localizaciones, la localización umbilical es reportada como hallazgo inusual¹⁰.

McClenathan describe 7 pacientes con quistes localizados en la región umbilical, de estos, solo el 28.5% (2 casos) presentan masa umbilical sin manifestaciones de dolor, enrojecimiento y ausencia de drenaje, similar a nuestro caso clínico⁶. Así mismo, Padasali et al (2015) y Akinci et al (2020) en sus publicaciones de casos clínicos, detallan que dos pacientes, uno en cada trabajo, de 40 y 21 años de edad respectivamente, presentan quistes de localización umbilical, sin ningún antecedente patológico ni quirúrgico en la zona con 1 a 15 años de evolución; y descritos también como masas sin ninguna otra manifestación clínica. El



Figura 1: Quiste localizado en ombligo.



Figura 2: Quiste resecado.

procedimiento quirúrgico indicado en ellos, fue la misma tomada en nuestro caso clínico (escisión quirúrgica con resección total), no presentando complicaciones en la línea de incisión posterior a los 3, 6 y 12 meses de su seguimiento. En el estudio histopatológico todos los casos fueron reportados como benignos⁸⁻⁹.

La ecografía es el estudio de imagen que fue más utilizado y otros, como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) o la resonancia magnética (RM) pueden proporcionar una información más detallada de la lesión⁸⁻⁹.

En nuestra paciente el estudio histopatológico fue el método crucial que nos permitió identificar el tipo de lesión a la que corresponde frente a una protuberancia umbilical como única manifestación clínica. Sin embargo, una evaluación integral clínica e imagenológica es esencial para un diagnóstico oportuno.

Actualmente, la endometriosis umbilical primaria, rara pero relevante, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas umbilicales en mujeres jóvenes.

CONCLUSIONES

El QEIA es un nódulo común benigno de presentación clínica y localización variable, siendo la manifestación única de masa con ubicación umbilical la más inusual e infrecuente, y la resección total es el tratamiento de elección.

REFERENCIAS

1. Lee HE, Yang CH, Chen CH, Hong HS, Kuan YZ. Comparison of the surgical outcomes of punch incision and elliptical excision in treating epidermal inclusion cysts: a prospective, randomized study. *Dermatol Surg*. 2006;32(4):520-525. doi: 10.1111/j.1524-4725.2006.32105.x.
2. Weir CB, St.Hilaire NJ. Epidermal Inclusion Cyst.[Uptodate 2021 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 30335343. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30335343/>
3. Laberge J, Nguyen L, Shaw K. Teratomas, dermoids, and other soft tissue tumors, In Snyder Ch (eds): *Pediatric Surgery*, 3rd ed Philadelphia: W. B Saunders Company; 2000. Págs. 905-926. DOI: 10.1016/B978-1-4160-6127-4.00070-7
4. Zito PM, Scharf FR. Epidermoid Cyst. [Uptodate 2021 Nov 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499974/>
5. Apollos JR, Ekatah GE, Ng GS, McFayden AK, Whitelaw SC. Routine histological examination of epidermoid cysts; to send or not send? *Ann Med Surg (Lond)*. 2016 Dec 19;13:24-28. doi: 10.1016/j.amsu.2016.12.047. PMID:28053700; PMCID: PMC5198733.
6. McClenathan JH. Quiste epidermoide umbilical: una causa inusual de síntomas umbilicales. *Can J Surg*. 2002;45(4):303-304. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684686/>
7. Ettinger RL, Manderson RD. Implantation keratinizing epidermoid cysts. *Oral Surg*. 1973;36 (2):225-230. DOI: 10.1016/0030-4220(73)90242-9
8. Padasali PS, Ravikumara G, Sundee VK, Shankaregowda VS (2015) A Rare Case of Umbilical Epidermoid Cyst. *Surgery Curr Res* 5: 215. DOI: 10.4172/2161-1076.1000215
9. Akıncı O, Türker C, Ertürk MS, Yüceyar NS. Umbilical Dermoid Cyst: A Rare Case. *Cerrahpasa Med J* 2020;44(1):51-53. DOI:10.5152/cjm.2020.19016
10. Nigam JS, Bharti JN, Nair V, Gargade CB, Deshpande AH, Dey B et al. Quistes epidérmicos: un análisis clinicopatológico con énfasis en hallazgos inusuales. *Int J Trichol* 2017;9:108-12 DOI:10.4103/ijt.ijt_16_17