

## Quiste epidermoide en la región preauricular: Reporte de un caso

### Epidermoid cyst into preauricular region: A case report

OSCAR VENEGAS R<sup>1</sup>, BENJAMÍN MARTÍNEZ R<sup>2</sup>, BÁRBARA OLIVOS B<sup>3</sup>,  
CAROLINA VALLEJOS M<sup>4</sup>, MAURICIO ZAMBRA R<sup>5</sup>.

#### RESUMEN

*Los quistes dermoides son malformaciones que ocurren en el área de cabeza y cuello con una frecuencia de 1,6% a 6,9%. Histológicamente podemos clasificarlos en epidermoide, dermoide o teratoide. Presentamos un caso de un paciente de sexo masculino, quien se presentó en nuestro hospital con un quiste preauricular, que fue enucleado y confirmado histopatológicamente como quiste epidermoide.*

**Palabras clave:** Quiste epidermoide, región preauricular.

#### ABSTRACT

*Dermoid cysts are malformations occurring in the head and neck region with an incidence ranging from 1.6% to 6.9%. Histologically, they can be further classified as epidermoid, dermoid or teratoid. We report a case of adult male who presented at our hospital with a preauricular cyst; it was excised and confirmed histopathologically as an epidermoid cyst.*

**Key words:** Epidermoid cyst, preauricular region.

#### INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides son lesiones quísticas de carácter no odontogénico<sup>1,2</sup>. Estas lesiones se pueden clasificar en categorías, el quiste epidermoide que está revestido por una pared de epidermis, sin contener anexos cutáneos, el quiste dermoide que presenta anexos cutáneos y el quiste teratoide en el

cual podemos encontrar tejidos como músculos, cartílago y hueso<sup>3</sup>. Ellos constituyen 1,6% a 1,9% de todos los quistes en el área de cabeza y cuello<sup>4</sup> y menos de 0,01% de todos los quistes de la cavidad bucal<sup>5</sup>.

El quiste epidermoide fue descrito por primera vez en 1807 por Pinzon<sup>6</sup>. Es un quiste frecuente de la piel, que se origina del infundíbulo del folículo

<sup>1</sup>Cirugía Máxilofacial, Hospital de La Serena. La Serena, Chile.

<sup>2</sup>Patología Oral, Facultad de Odontología, Universidad Mayor. Santiago, Chile.

<sup>3</sup>Ortodoncia, Hospital de La Serena. La Serena, Chile.

<sup>4</sup>Cirujano Dentista. Illapel, Chile.

<sup>5</sup>Interno 6° año Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

piloso y al parecer podría tener su origen en una inflamación del folículo que estimularía el crecimiento epitelial. A veces puede originarse también por inclusión traumática o quirúrgica de epidermis, conociéndose esta entidad como de inclusión epidérmica.

Los quistes epidermoides son más frecuentes en la cara, el cuero cabelludo, el cuello y la espalda. Cuando se observa en adultos jóvenes es más común en la cara, pero en personas mayores se presentan en la espalda.

Clínicamente se trata de nódulos dérmicos o subcutáneos elevados, de consistencia firme, con un diámetro variable entre 0,2 y 5 cm., que se desplazan libremente sobre las estructuras adyacentes, de crecimiento lento y usualmente asintomáticos, a no ser que experimenten infección secundaria.

En su diagnóstico diferencial, dependiendo de su localización se incluyen procesos infecciosos, ránula, quiste tirogloso<sup>7</sup>, lipomas y tumores nodulares subcutáneos.

El tratamiento de los quistes epidermoides básicamente se realiza a través de la cirugía convencional. Generalmente sin presentar complicaciones quirúrgicas o posquirúrgicas, ni recurrencias<sup>5</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, sexo masculino, sin antecedentes de enfermedades sistémicas, alergias, ni procedimientos quirúrgicos, quien llega a nuestro Servicio de Especialidades Odontológicas, Unidad de Cirugía Maxilofacial, derivado desde su centro de salud, por un aumento de volumen en la región preauricular de 15 años de evolución, sin tratamiento previo. Al examen clínico se observa una lesión de aproximadamente 4 cm de diámetro en su eje mayor, ovalada, blanda e indolora, que se desplazaba libremente sobre los planos superficiales y profundos, cubierto por piel sana, pero levemente enrojecida (Figura 1). Intraoralmente no se presentan hallazgos relacionados con la tumoración.

Por otra parte en su estudio tomográfico se observó una formación quística, de forma redondeada y bien delimitada por una pared lisa, en la superficie de la glándula parótida izquierda, posiblemente lesión subcutánea extraparotídea (Figura 2).

Una vez analizado el cuadro clínico, se estableció inicialmente como parte del procedimiento quirúrgico, aspiración de la tumoración, que fue negativa para flujo sanguíneo, determinándose por tanto la extirpación quirúrgica completa de esta, mediante abordaje preauricular (Figuras 3, 4 y 5), resultando de su estudio histopatológico un quiste epidermoide.



Figura 1. Tumor en región preauricular de aproximadamente 4 cm. Lesión blanda e indolora, cubierta por piel sana pero levemente enrojecida.



Figura 2. Formación quística, de forma redondeada y bien delimitada por una pared lisa, en la superficie de la glándula parótida izquierda.

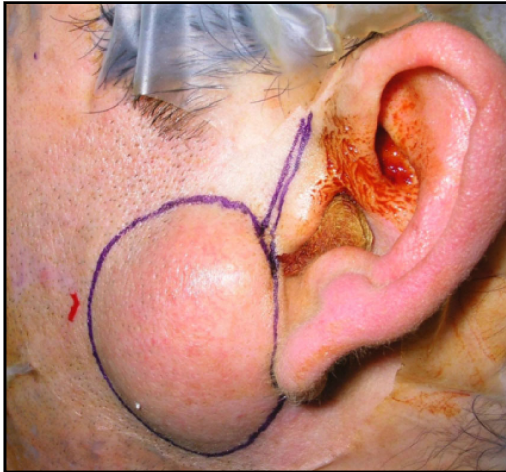


Figura 3. Delimitación de la lesión y dibujo de la incisión para el abordaje preauricular.

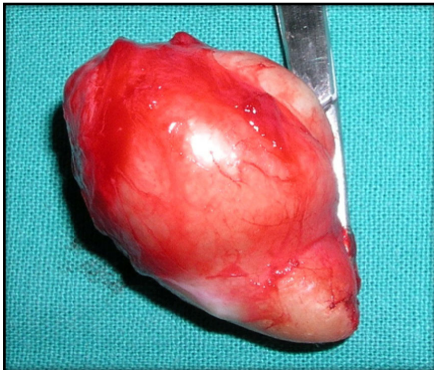


Figura 4. Aspecto microscópico de la tumoración de color pardo, que media 24x18x15 mm, de consistencia firme, superficie regular y forma ovalada.

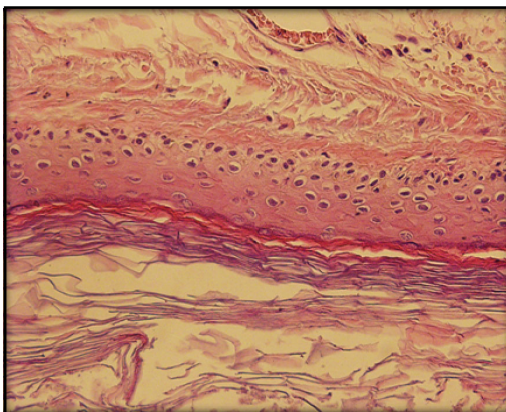


Figura 5. Epitelio similar a epidermis, con abundante queratina laminillar, con estrato granuloso y estratos espinoso y basal de aspecto normal sin papilas.

En la actualidad, el paciente no ha presentado complicaciones ni recurrencia de la lesión (Figura 6).

## DISCUSIÓN

Si bien la etiología de los quistes epidermoides es esencialmente desconocida o cuestionable<sup>1</sup>, se considera que estos pueden ser congénitos o adquiridos, aun cuando no existan diferencias clínicas ni histológicas entre ellos<sup>3</sup>. Las lesiones primarias o congénitas están relacionadas con la implantación del ectodermo en el momento del cierre de la cresta neural o de otras líneas epiteliales y las secundarias o adquiridas son causadas por inclusiones postraumáticas de la superficie epitelial<sup>6</sup>.

Los quistes de origen no odontogénico con contenido de queratina intraluminal son poco frecuentes en la boca; alrededor de 7% de todos los casos ocurren en la cabeza y el cuello y sólo 0,01% a 1,6%, llegan a afectar la cavidad bucal.

Estas lesiones ocurren rara vez en infantes y por lo general afectan con mayor incidencia a los adultos jóvenes entre la segunda y la tercera década de vida.

Longo y otros autores encontraron que el hombre es afectado con mayor frecuencia que la mujer, en una relación de 3 es a 1, con un promedio de edad de 28 años. Pero también existen algunos autores que señalan que no existe predilección por sexo<sup>4</sup>.



Figura 6. Aspecto actual del paciente.

El quiste epidermoide se presenta generalmente como una lesión única, sin embargo en aquellos pacientes con síndrome de Gardner y nevasocelular pueden ser múltiples.

Los quistes que se localizan superficialmente pueden aparecer de color amarillo o blanquecino y son comunes en la piel de la cara, cuello, tronco y parte alta de la espalda, donde las glándulas sebáceas son numerosas y activas<sup>5</sup>.

Debido a que estas lesiones no muestran regresión espontánea, un quiste epidermoide no tratado puede alcanzar grandes proporciones causando malestar durante la masticación, deglución y fonación. Por ello es recomendable su extirpación o enucleación completa.

Su recurrencia no es frecuente y su malignización es rara, aun cuando casos aislados de premalignidad y condiciones malignas (enfermedad de Bowen, Paget y carcinoma espinocelular) han sido encontradas en sus paredes<sup>2</sup>.

Tal como es frecuente en quistes epidermoides, nuestro caso clínico se presentó en piel de la cara, observándose como una lesión móvil, en el rango etéreo, que normalmente se presenta esta patología y además mostró el típico aspecto histopatológico. Por otra parte la ubicación de nuestro caso, en la región parotídea, era sugerente también para tumor benigno de parótida, tal como adenoma pleomorfo o en raras ocasiones también

se pueden observar en esas zonas, adenopatías y hemangiomas, por tanto conviene tener presentes dichas posibilidades en el diagnóstico diferencial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CORREA M, ET AL. Lingual Epidermoid Cyst: Case Report in an Infant. *Pediatric Dentistry* 2003; 25: 591-3.
2. OZAN F, POLAT HB, GOZE F. Epidermoid Cyst of the Buccal Mucosa: A Case Report. *J Contemp Dent Pract* 2007; 3 (8): 90-6.
3. KANDONGAN T, MURAT K, VARDAR E, SELEK E, SEZGIN O. A Case Reports. *Journal of Medical* 2007, 1: 87.
4. JHAM B, DURAES G, JHAM A, SANTOS C. *Epidermoid Cyst of the Floor of the Mouth: A Case Report*. JCDA [www.cda-adc.ca/jcda](http://www.cda-adc.ca/jcda), July/August 2007; 73 (6): 525-8.
5. ESQUIVEL-PEDRAZA L Y COLS. Quiste epidermoide de la cavidad bucal. Descripción de dos casos. *Revista ADM* 2007; LXIV (3): 116-20.
6. SHETTY CM, RAI PK, JAIN VK. Post Traumatic Epidermoid Inclusion Cyst of the Orbit. *Int J Radiol Imag* 2006; 16 (1): 135-7.
7. VIEIRA J, MUNIZ P, FERREIRA C, ALVES K, LOPES A. Epidermoid Cyst in Tongue's Ventral Face. *Ver Brás Otorrinolaringol* 2008; 74 (3): 476.