

Quiste epidermoide en conducto auditivo externo: reporte de caso

Epidermoid cysts of the external auditory canal: Case report

Natalia de Jesús Cantú C.¹, María José Ortiz S.¹, María Fernanda Meyer L.²,
Erika María Celis A.¹, Francisco Javier Merino R.¹

¹Hospital Civil De Culiacán,
CIDOCS, Universidad
Autónoma de Sinaloa.
Sinaloa, México.

²Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma de
Sinaloa. Sinaloa, México.

Los autores declaran no tener
conflictos de interés.

Recibido el 20 de agosto de
2021. Aceptado el 10 de
febrero de 2022.

Correspondencia:
Erika María Celis A.
Departamento de

Otorrinolaringología y Cirugía
de Cabeza y Cuello,
Hospital Civil De Culiacán,
CIDOCS
Universidad Autónoma de
Sinaloa.
Eustaquio Buelna No. 91.Col.
Gabriel Leyva, Culiacán.
Sinaloa, México.
Email: erikacelis@hotmail.com

Resumen

El quiste epidérmico es una lesión benigna y común de la piel. Se desarrolla por un bloqueo de la unidad pilosebácea, con la consecuente proliferación de células epiteliales y sequestro de queratina. El 7% se desarrollan en cabeza y cuello, sin embargo, son infrecuentes en canal auditivo externo. Su patrón de crecimiento es lento y progresivo durante años, siendo asintomáticos. Al aumentar de tamaño causan sintomatología variable, acorde a su localización; en el canal auditivo tienen un comportamiento obstructivo que genera síntomas como otalgia e hipoacusia. Se presenta caso de una paciente de 69 años, con acúfeno e hipoacusia progresiva derecha. Durante la otoscopia se observó una neoformación obstructiva del 100% de la luz del conducto. Se realizaron estudios de imagen que reportaron tumoración de características quísticas de conducto auditivo derecho, bien circunscrita, sin erosión ósea. Para el diagnóstico definitivo, se realizó resección quirúrgica y biopsia reportando quiste epidérmico. Durante el seguimiento posoperatorio sin hallazgos de recidiva.

Palabras clave: Quiste epidermoide, quiste inclusión epidérmico, conducto auditivo externo, hipoacusia conductiva, oído externo.

Abstract

The epidermal cyst is a common and benign lesion of the skin. It develops due to a blockage of the pilosebaceous unit, with the consequent proliferation of epithelial cells and keratin sequestration. Seven percent develop in the head and neck; however, they are infrequent in the external auditory canal. Its growth pattern is slow and progressive over the years, being asymptomatic. As they increase in size, they cause variable symptoms, according to their location. In the ear canal they have an obstructive behavior that generates symptoms such as earache and hearing loss. A case of a 69-year-old female with tinnitus and progressive right hearing loss is presented. At otoscopy, a 100% obstructive neoformation of the canal lumen was observed. Imaging studies showed a well circumscribed, cystic tumor of the right ear canal, without bone erosion. For the definitive diagnosis, a resection and biopsy were performed, reporting an epidermal cyst. During follow up there was no recurrence of tumor.

Keywords: Epidermoid cyst, epidermal inclusion cyst, external ear canal, conductive hearing loss, external ear.

Introducción

El quiste de inclusión epidérmica, o también llamado quiste infundibular, de queratina, sebáceo o milia es una lesión benigna y común de la piel que aparece tras el bloqueo de la unidad pilosebácea a nivel infundibular,

con la consecuente proliferación de células epidérmicas en dermis y tejido subcutáneo¹. Suele desarrollarse durante la tercera y cuarta década de la vida, con una mayor frecuencia en varones a razón de 2:1.

Su localización más frecuente es sobre áreas de piel donde abundan glándulas y

foliculos pilosos como es la cara (68,9%), cuello (9%), tronco (14,6%), extremidades inferiores (4,5%), cuero cabelludo (3%), y excepcionalmente, región palmoplantar, hueso, mamas o localizaciones intracraneales².

Su aparición puede ser congénita o esporádica, siendo de origen esporádico la causa predominante. En los quistes congénitos existe secuestro ectodérmico durante la embriogénesis. En la etiología esporádica destaca la implantación y penetración de elementos epidérmicos en la dermis, tras eventos traumáticos o procedimientos quirúrgicos. Así mismo se ha vinculado con infecciones por el virus del papiloma humano y exposición a la luz ultravioleta; su asociación sindrómica es con el síndrome de Gardner, Gorlin y Favre-Racouchot, apareciendo múltiples quistes en edades tempranas previas a la pubertad³. El cuadro clínico característico es un crecimiento lento y progresivo a lo largo de los años, cursando de manera asintomática, a menos que se genere infección, inflamación o ruptura por trauma o manipulación externa, donde se manifiesta con dolor y eritema local⁴. Es posible la degeneración maligna en menos del 1%, por ellos la confirmación histológica es una parte fundamental del abordaje diagnóstico⁵. A nivel microscópico el quiste tiene un contenido de origen únicamente ectodérmico rico en queratina, particularidad que lo diferencia de otros tipos de quiste como teratoide o dermoide, al estar rodeado de paredes bien definidas de epitelio escamoso⁶.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa del quiste, incluyendo su cápsula fibrosa. En casos excepcionales puede optarse por la técnica de incisión y drenaje, utilizada cuando las paredes del quiste se debilitan por un proceso infeccioso. Durante el seguimiento es imprescindible vigilar recurrencias⁷. Debido a la excepcional localización del quiste epidermoide en canal auditivo externo, el objetivo de este caso clínico es enfatizar dicha patología como posible etiología de tumoración benigna otológica. Se obtuvo consentimiento informado del paciente, con el registro Número 065 del Comité de Ética de Investigación de nuestro hospital. La presente investigación ha seguido los principios de la Declaración de Helsinki.

Caso Clínico

Se presenta paciente femenina de 69 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento y control por más de 10 años, quien inició con cuadro clínico hace treinta años con tinnitus unilateral derecho, de tono agudo, constante, no pulsátil, sin atenuantes ni exacerbantes; acompañado de mareo esporádico de segundos de duración, limitándose con tratamiento sintomático. Dos años previos, se agrega hipoacusia subjetiva derecha progresiva.

A la exploración física se observó el canal auditivo externo derecho con lumen obstruido en un 100%, por la presencia de tumoración de coloración rosada, con extensión desde los 2/3 internos del conducto auditivo externo, sin poder valorar integridad de membrana timpánica. La acumetría reportó Rinne positivo bilateral y Weber lateralizado hacia la derecha. En la evaluación audiométrica se obtuvo el diagnóstico de hipoacusia conductiva severa del oído derecho con PTA -Promedio de Tonos Puros- (500, 1000, 2000 Hz) de 61 dB en la vía aérea, 20 dB en la vía ósea y logaudiometría con discriminación del 100% a 70 dB del mismo lado. Se solicitó tomografía simple de oído comparativa donde se observó ocupación total del lumen del canal auditivo externo derecho, localizado en los 2/3 internos del mismo canal, de densidad similar a tejidos blandos, sin aparente extensión hacia cavidad de oído medio ni erosión de paredes óseas ni cartilaginosas circundantes (Figura 1).

Se realizó su resección quirúrgica bajo visualización endoscópica con lente Karl Storz® de 0°, debido al tamaño macroscópico

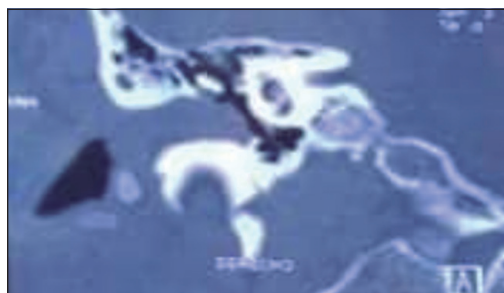


Figura 1. Tomografía simple de oído, corte coronal de oído derecho, donde se muestra la ocupación del conducto auditivo externo.

CASO CLÍNICO

de la lesión, su mejor visualización y el uso rutinario de la técnica endoscópica de oído en nuestro servicio. Durante el procedimiento se puncionó la lesión obteniendo material de tipo granular no fétido. La implantación era posterosuperior, en el tercio interno del conducto auditivo externo. Se retiró por completo hasta observar membrana timpánica íntegra (Figura 2). Durante el seguimiento posoperatorio se presenta paciente con conducto auditivo permeable y membrana tim-

pánica íntegra, con mejoría de la percepción auditiva (Figura 3).

Se obtuvo quiste macroscópicamente de dimensiones 3x3x0,5 cm color café claro, friable, blando, multifragmentado, de aspecto glandular y con cápsula fibrosa íntegra; a nivel microscópico se observó estructura quística revestida por epitelio plano estratificado con estrato granuloso y en su interior láminas de queratina laxa, coincidentes con diagnóstico de quiste epidérmico infundibular (Figuras 4 y 5).

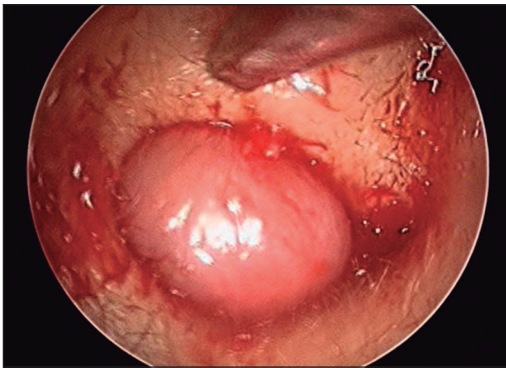


Figura 2. Tumorción en conducto auditivo previo a la resección quirúrgica.



Figura 3. Conducto auditivo externo libre de patología al mes posquirúrgico, además se observa membrana timpánica íntegra.

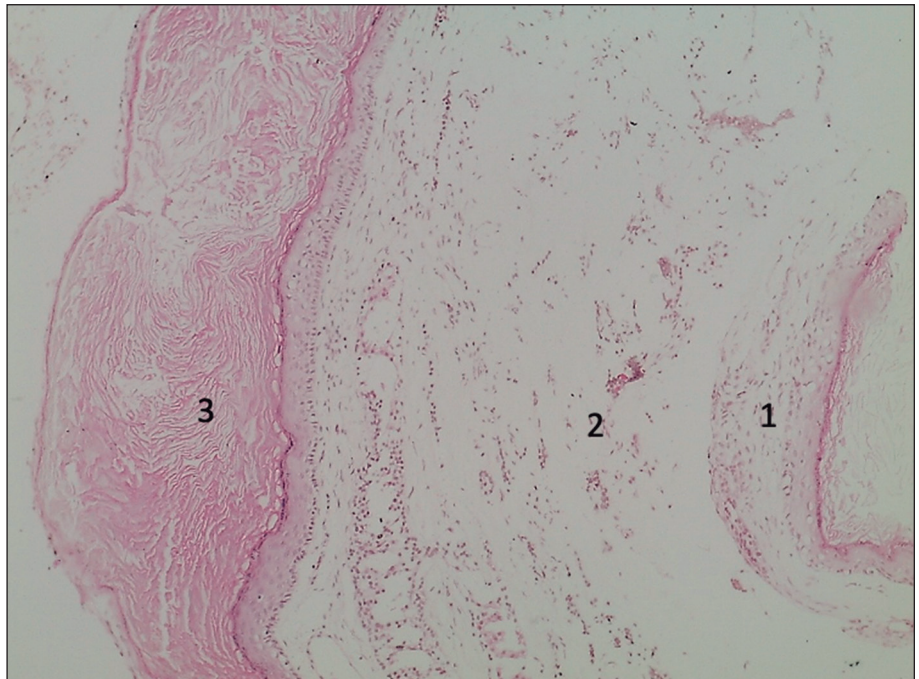


Figura 4. Biopsia de piel teñida con Hematoxilina y Eosina con aumento de 4X. (1) Se identifica un estrato córneo en red de canasta, epidermis sin alteraciones. (2) Dermis reticular media. (3) Estructura quística revestida por un epitelio plano estratificado con granulosidad, que al centro presenta láminas de queratina laxa.

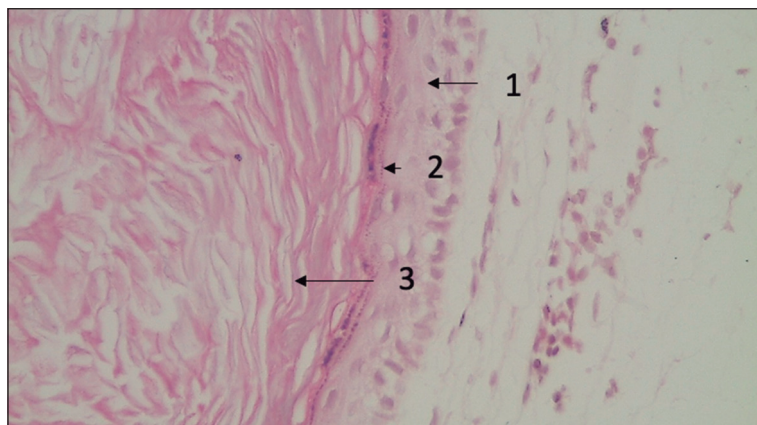


Figura 5. Aumento de 40X. (1) Pared del quiste revestido por epitelio plano estratificado; (2) Capa granulosa; (3) Abundante queratina laminar laxa.

Discusión

Los quistes de inclusión epidérmica son neoformaciones que pueden ser de origen congénito, por secuestro de tejido ectodérmico en dermis durante la embriogénesis; o de etiología esporádica, causa más frecuente, tras un traumatismo previo sobre la dermis que provoca implantación de tejido epitelial que prolifera, produce y encierra queratina. La edad de aparición de dichas lesiones es frecuente durante la tercera y cuarta década de la vida, con una relación hombre y mujer de 2:1. Por la edad de la paciente, 69 años, fuera del grupo etario más frecuente, concluimos que su origen fue esporádico.

En cuanto a su localización anatómica, 7% se desarrollan en cabeza y cuello.⁵ Sin embargo, son infrecuentes en conducto auditivo externo, en dicho sitio, Kim y cols. 2016 concluyó mayor frecuencia sobre el canal cartilaginoso, tras evaluar 17 casos de quiste epidérmico en conducto auditivo externo, 9 casos en porción cartilaginosa y 8 en porción ósea; esto debido a la gran cantidad de folículos pilosos y glándulas que es posible encontrar en el conducto cartilaginoso, aunado a un grosor dérmico de 0,5-1,0 mm, mayor en comparación al grosor de la piel del conducto óseo, de aproximadamente 0,2 mm. De igual manera, los quistes en la porción cartilaginosa presentaron sintomatología como hipoacusia conductiva, inflamación, infección local y otalgia; en cambio, aquellos provenientes del conducto óseo fueron, en su mayoría, hallazgos incidentales (47%)⁸.

Los quistes pequeños tienden a ser indetectables, si su crecimiento es continuo, a lo largo de los años, se vuelven sintomáticos; por ello el diagnóstico es difícil de establecer. Los hallazgos por tomografía computada son masas isodensas o hipodensas circunscritas sin erosión ósea. Por resonancia magnética se observan de intensidad baja e intermedia en T1 e hiperintensos en T2, sin realce de contraste en ninguna de sus modalidades (técnicas Haste o difusión)⁹. En el estudio audiológico se aprecia como una hipoacusia de tipo conductiva, lo cual ayuda a descartar patologías provenientes de oído interno¹⁰. Sin embargo, el diagnóstico definitivo se realiza por análisis histopatológico que permita el diagnóstico diferencial con quistes pilosebáceos, carcinoma escamoso, colesteatoma del conducto, quistes braquiales, tumores de tejidos blandos (lipoma, meningioma, etc.). Dichos diagnósticos se descartaron al no evidenciar erosión del conducto, principalmente, y tras envío de piezas a patología^{11,12}.

Existe un consenso universal sobre el tratamiento con escisión completa de la lesión, incluyendo paredes y cápsula fibrosa, paso clave del procedimiento para evitar recidivas. Es imprescindible, procurar el retiro completo sin ruptura o marsupialización del quiste, su resección cuando existen datos de infección, donde se preferirá la técnicas mínimamente invasivas como: la escisión tardía de las paredes quísticas tras evacuación del contenido con punción con láser o biopsia por punción o inyección intralesional de corticosteroides^{13,14}.

CASO CLÍNICO

De acuerdo con la revisión de la literatura, se encontraron 12 casos de quiste epidérmico en áreas otológicas, 7 de ellos exclusivos del conducto auditivo externo. Únicamente 2 casos han sido reportados a nivel óseo, el resto sobre porción cartilaginosa, lo cual confirma que se trata del sitio más frecuente de origen. Cinco de ellos en el lado izquierdo y 2 lado derecho, sin correlacionar factores predisponentes para su lateralidad. En su totalidad tratados con resección quirúrgica completa^{5,10,15,16}.

El seguimiento tras la resección completa varía de entre 3 meses a 2 años, con una media de vigilancia de 6 meses, cuya finalidad es evitar y prevenir recidivas o cambios en el quiste que permitan sospechar de una probable degeneración maligna, como: fistulización, crecimiento acelerado o múltiples recurrencias. Se han reportado casos de degeneración maligna en menos del 1%, de estos 70% son carcinoma epidermoide, le siguen en frecuencia el carcinoma basocelular y melanoma³.

Conclusión

El quiste epidérmico del canal auditivo externo suele ser un hallazgo incidental, poco frecuente y su sintomatología más predominante son los síntomas obstructivos, otalgia e hipoacusia. Sin embargo, debido a la cantidad de tumoraciones posibles en dicha región anatómica, es importante realizar un abordaje diagnóstico guiado por la exploración física y estudios de imagen. La resección completa de la lesión con estudio histopatológico es la técnica diagnóstica y terapéutica ideal en esta enfermedad, así como su seguimiento a largo plazo para evitar recurrencias.

Bibliografía

1. Lee HW, Kim CG, Song JS, Koh IC, Kim H, Kim KN. Management of epidermal cysts arising from scar tissues: A retrospective clinical study. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97:1-7. doi: 10.1097/MD.00000000000012188.
2. Min HJ, Lee JM, Han JK, Kim YJ. Influence Factor in Thickness of Cyst Wall of Epidermal Cysts. *J Craniofac Surg*. 2017;28:369-372. doi: 10.1097/SCS.0000000000003687.
3. Zito PM, Scharf R. Cyst, Epidermoid (Sebaceous Cyst). StatPearls Publishing; 2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29763149>. Accessed August 18, 2021.
4. Suh KS, Kang DY, Park JB, et al. Usefulness of Dermoscopy in the Differential Diagnosis of Ruptured and Unruptured Epidermal Cysts. *Ann Dermatol*. 2017; 29: 33-38. doi: 10.5021/ad.2017.29.1.33.
5. Do an M. Giant Epidermoid Cyst of the Bony External Ear Canal - A Rare Case Report. *J Otolaryngol Rhinol*. 2019; 5: 1-3. doi: 10.23937/2572-4193.1510070.
6. Handa U, Chhabra S, Mohan H. Epidermal inclusion cyst: cytomorphological features and differential diagnosis. *Diagn Cytopathol*. 2008; 36: 861-863. doi: 10.1002/dc.20923.
7. Zuber TJ. Minimal excision technique for epidermoid (sebaceous) cysts. *Am Fam Physician*. 2002; 65 :1409-20.
8. Kim G-W, Park J-H, Kwon O-J, Kim DH, Kim CW. Clinical Characteristics of Epidermoid Cysts of the External Auditory Canal. *J Audiol Otol*. 2016;20: 36-40. doi: 10.7874/jao.2016.20.1.36.
9. Hong SH, Chung HW, Choi J-Y, Koh YH, Choi J-A, Kang HS. MRI findings of subcutaneous epidermal cysts: emphasis on the presence of rupture. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;186:961-966. doi: 10.2214/AJR.05.0044.
10. Lazaridis E, Tepedino MM, Esquenazi D. Epidermoid Cyst of the Outer Ear and Hearing Loss: Case Report. *Intl Arch Otorhinolaryngol*. 2007;11:494-497.
11. Apollos JR, Ekatah GE, Ng GS, McFadyen AK, Whitelaw SC. Routine histological examination of epidermoid cysts; to send or not to send? *Ann Med Surg*. 2017;13:24-28. doi: 10.1016/j.amsu.2016.12.047.
12. Park JS, Ko DK. A histopathologic study of epidermoid cysts in Korea: comparison between ruptured and unruptured epidermal cyst. *Int J Clin Exp Pathol*. 2013;6:242-250.
13. Kim KT, Sun H, Chung EH. Comparison of complete surgical excision and minimally invasive excision using CO2 laser for removal of epidermal cysts on the face. *Arch Craniofacial Surg*. 2019;20:84-92. doi: 10.7181/acfs.2018.02152.
14. Fernández JMD, Díaz AFA, Labaut MF, González CJP, Cardero AALD. Tratamiento quirúrgico de pacientes con quistes de inclusión epidérmica. *Medisan*. 2014;18:816-823.
15. Tovi F, Bartal N, Zirkin C. Epidermal cysts of temporal fossa: an unusual complication of ear surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1985;94:162-166. doi: 10.1177/000348948509400213.
16. Suzuki T, Taki M, Shibata T, et al. Epidermal cyst of the bony external auditory canal. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;136:155-156. doi: 10.1016/j.otohns.2006.02.028.