



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Álvarez Múgica, Miguel; Jalón Monzón, Antonio; González Álvarez, Roberto C.; Martín Benito, Jose Luis; San Martín Blanco, Alfonso; Fernández Gómez, Jesús M^a.; Rodríguez Robles, Laura; Regadera Sejas, Francisco Javier

Quiste epidermoide gigante intertesticular

Archivos Españoles de Urología, vol. 59, núm. 3, 2006, pp. 297-299

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013925014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 3 (297-299), 2006

QUISTE EPIDERMOIDE GIGANTE INTERTESTICULAR.

Miguel Álvarez Múgica, Antonio Jalón Monzón, Roberto C. González Álvarez, Jose Luis Martín Benito, Alfonso San Martín Blanco, Jesús M^º. Fernández Gómez, Laura Rodríguez Robles y Francisco Javier Regadera Sejas.

Servicio de Urología I. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Resumen.- OBJETIVO: Añadir a la literatura un caso clínico poco frecuente de quiste epidermoide gigante de localización intertesticular, analizando las características histológicas y patológicas del mismo y realizando una revisión de la literatura al respecto.

MÉTODOS/RESULTADOS: Presentamos el caso de un varón de 49 años que consultó por bultoma intraescrotal de 5 años de evolución y lento crecimiento que le ocasionaba molestias por su gran tamaño. Tras exéresis del mismo, el resultado anatomopatológico de la muestra evidenció la presencia de un quiste epidermoide queratinoso de gran tamaño.

CONCLUSIONES: Los quistes epidérmicos escrotales superficiales son de frecuente aparición en la práctica clínica, no así los denominados "de inclusión" intraescrotales. Los Quistes Epidermoides son neoformaciones intraepidérmicas, firmes y móviles de crecimiento lento y habitualmente asintomáticos. Están descritos en múltiples localizaciones, incluso en genitales, sin embargo el tamaño de estos a este nivel no suele superar los 5 cm.

Palabras clave: Quiste epidermoide. Citoqueratina 1 y 10. Escroto.

Summary.- OBJECTIVE: To report a rare case of a giant epidermoid cyst in an intertesticular localization, analyzing its histological and pathologic features, and to perform a bibliographic review.

METHODS/RESULTS: We report the case of a 49-year-old male consulting for a slowly growing intra-scrotal mass of five years of evolution causing discomfort because of its size. After excision the pathology report showed the presence of a keratoid epidermoid cyst very big in size.

CONCLUSIONS: Superficial scrotal epidermoid cysts are frequent in clinical practice; that is not the case of the so-called "intra scrotal inclusion cysts". Epidermoid cysts are firm, mobile, slowly growing, generally asymptomatic intra epidermal neoformations. There are descriptions in multiple sites, even the genitalia, nevertheless their size in this location does not usually pass 5 cm.

Keywords: Epidermoid cyst. Cytokeratin 1 and 10. Scrotum.

INTRODUCCIÓN

Los Quistes Epidermoides son neoformaciones firmes, redondas y móviles, resultantes de la implantación de elementos epidérmicos en la dermis. En ocasiones presentan una conexión con la superficie cutánea a través de un orificio central que generalmente está estrechado. Su localización más frecuente es en cara, cuello, y porción superior del tronco, no siendo infrecuente la localización de estos en genitales, sin embargo a este nivel suelen ser de pequeño tamaño no superando los 5 cm. (1,2).

Presentamos el caso de un varón de 49 años con un quiste epidermoide de inclusión intertesticular de gran tamaño.

CASO CLÍNICO

Varón de 49 años, sin antecedentes personales de interés, ni antecedentes de traumatismos o cirugía escrotal previa, que acudió a consulta por presentar gran bultoma intraescrotal que le ocasionaba molestias y pesadez escrotal. Refería que tenía ese bultoma desde hacía 5 años, y que había ido aumentando de tamaño lentamente, pero en los meses previos a la consulta experimentó un gran crecimiento que le ocasionaba molestias a dicho nivel. A la exploración se palpaba una gran

Correspondencia

Miguel Álvarez Múgica
Servicio de Urología I
Hospital Universitario Central de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006 Oviedo. Asturias. (España)
malvarez79@mixmail.com

Trabajo recibido: 1 de agosto 2005



FIGURA 1. Gran masa en zona inferior escrotal intertesticular.

masa intraescrotal independiente de ambos testículos y situada entre ambos, de consistencia gomosa, móvil aunque adherida a planos subcutaneos (Figura 1). La transiluminación resultó negativa.

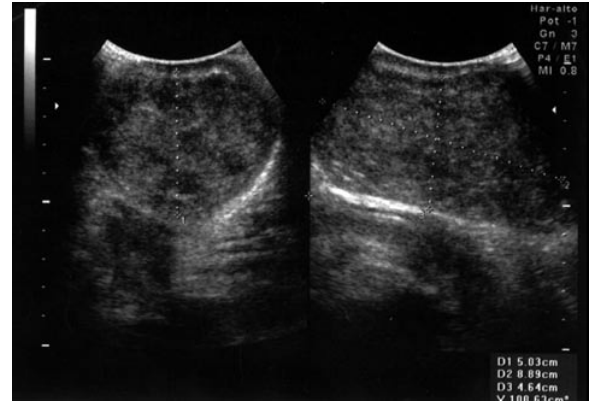


FIGURA 2. Ecografía: gran masa intertesticular algo dishomogenea de 100cc de volumen y un diámetro máximo de 9 cm.

La Ecografía mostró la presencia de una gran masa de tipo sólido de 9x6x5 cm de tamaño en zona inferior de escroto situada entre ambos testículos, algo dishomogenea, bien delimitada, no vascularizada y de aspecto fibrograso (Figura 2). La exploración ecográfica de ambos testículos resultó normal. Los marcadores tumorales Alfa-fetoproteína, β -hCG, y la enolasa presentaron unos valores dentro de la normalidad.

Con los datos obtenidos se practicó la exéresis de dicha masa, que se encontraba muy adherida a las cubiertas y a la piel escrotal (Figuras 3 y 4).

El informe anatomopatológico de la pieza resultó de quiste epidermoide intraescrotal de gran tamaño.

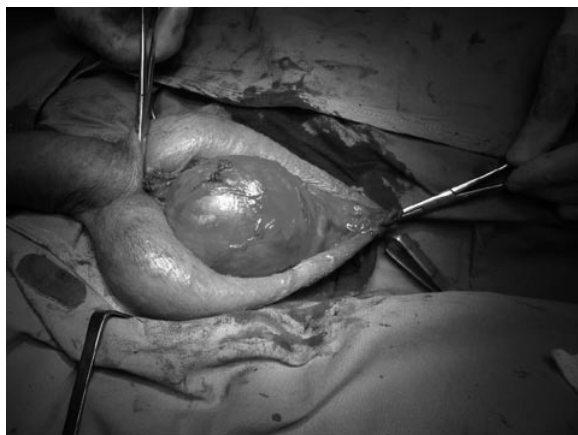


FIGURA 3. Exéresis del quiste epidermoide a través de incisión sobre línea media escrotal.



FIGURA 4. Masa resecada bien delimitada, quística, de contenido cremoso, blanquecino, con algunas áreas simíliquidas.

DISCUSIÓN

Los quistes epidermoides, son tumoraciones intradérmicas o subcutáneas, firmes, hemisféricos o redondos, de lento crecimiento midiendo desde milímetros a varios centímetros de diámetro. Tienen una pared compuesta por epitelio escamoso estratificado. En lesiones antiguas este epitelio está marcadamente atrófico. El quiste está ocupado por material queratinoso dispuesto en estructuras laminares. En algunos pueden verse melanocitos y pigmento melánico.

Aunque la etiología continúa siendo debatida, su formación puede resultar del secuestro de restos epidérmicos durante la vida embrionaria, o por la oclusión de una unidad pilosebacea secundaria a traumatismos o procesos quirúrgicos. Los localizados a nivel de los genitales podrían ser debidos a un cierre inapropiado de los pliegues cutáneos. La histogénesis de estos quistes a nivel intraescrotal está debatida entre los que consideran que se trata de un teratoma maduro (de evolución benigna) y los que creen que son inclusiones de la vaginal con metaplasia añadida (3).

Habitualmente son asintomáticos, aunque algunos se inflaman e infectan, siendo el germen más frecuentemente implicado el *Staphylococcus aureus*. En estos casos, pueden llegar a romper la cápsula que les rodea en la dermis, pudiendo dar una reacción a cuerpo extraño.

En los estudios ecográficos, se comportan en su mayoría como una masa hipoecogénica de aspecto esférico u ovoide con señales difusas en su interior (4). Algún autor ha sugerido la utilidad de la resonancia magnética para una discriminación más fina de detalles anatómicos (5).

En estudios inmunohistoquímicos expresan las citoqueratinas 1 y 10, las cuales son constituyentes de las láminas suprabasales de la epidermis (6).

Una característica muy poco frecuente en estos quistes es su malignización, (varía entre un 0,01% y un 0,9%), según estudios, pudiendo degenerar a carcinoma de células escamosas, carcinoma de células basales, enfermedad de Bowen, incluso hay casos descritos de degeneración a micosis fungoide (7-10). Algunos autores proponen como posibles causas los traumas repetidos y los procesos inflamatorios.

Los quistes inflamados pero no infectados, pueden responder a inyecciones intralesionales de Triamcinolona, aunque su tratamiento definitivo resulta en la extirpación del quiste incluyendo el saco o pared quística en su totalidad, ya que cualquier fragmento residual de la pared puede causar recidivas.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. BROWN, A.P.; FOGARTY, B.; BRENNEN, M.D.: "A dermoid cyst presenting as an epidermoid cyst in the malar region". Br. J. Plast. Surg., 54: 180, 2001.
- *2. BENNETT, R.T.; PALMER, L.S.; KREUTZER, E.R.: "Massive scrotal epidermal inclusion cysts". Urology, 48: 781, 1996.
- *3. KIHIL, B.; MAGNUSSON, P.H. "Epidermoid cyst of the testis". Scand. J. Urol. Nephrol., 11: 73, 1977.
4. LEE, H.S.; JOO, K.B.; SONG, H.T. y cols.: "Relationship between sonographic and pathologic findings in epidermal inclusion cysts". J. Clin. Ultrasound, 29: 374, 2001.
5. KOENIGSBERG, R.A.; KELSEY, D.; FRIEDMAN, A.C.: "case report: ultrasound and MRI findings in scrotal epidermoid cyst". Clin. Radiol., 50: 576, 1995.
- *6. BROEKAERT, D.; GOEMAN, L.; RAEMAEEKERS, F.C. y cols.: "An investigation of cytokeratin expression in skin in epithelial cysts and some uncommon types of cystic tumours using chain-specific antibodies". Dermatol. Res., 282: 383, 1990.
- **7. DAVIES, J.D.; NICHOLSON, A.G.; SOUTHERN, S. y cols.: "Squamous cell carcinoma arising in a traumatically induced epidermal cyst". Injury, 25: 116, 1994.
- *8. DELACRETAZ, J.: "Keratotic basal-cell carcinoma arising from an epidermoid cyst". J. Dermat. Surg. Oncol., 3: 310, 1977.
9. KING, L.A.; BARR, R.J.; GOTTSCHALK, H.R.: "Mycosis fungoides with underlying epidermoid cysts". Arch. Dermatol., 115: 622, 1979.
- *10. DINI, M.; INNOCENTI, A.; ROMANO, G.F.: "Basal cell carcinoma arising from epidermoid cyst: a case report". Dermatol. Surg., 27: 585, 2001.