

Caso Clínico: Esteatocistoma Múltiple

María Isabel Quizphe Rivera¹, Sayonara del Rocío Zaputt Cabrera², Javier Patricio Encalada Barzallo², Yuri Zulay Jiménez Tacuri³, María Caridad Durán Lemarie⁴, Jessica Maribel Reinoso Herrera², Pablo Fernando Ortega Espinosa⁵.

1. Servicio de Dermatología del Dispensario Central. Cuenca – Ecuador.
2. Unidad de Dermatología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
3. Red Complementaria de Salud. Cuenca – Ecuador.
4. Estudiante de Posgrado de Medicina Interna, Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos. Ciudad de México – México.
5. Laboratorio de Patología Día Lab. Loja – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Javier Patricio Encalada Barzallo
Correo electrónico: xavieb@hotmail.com
Dirección: Avenida Monay – Baguanchi (Vía Paccha)
Cuenca, Azuay – Ecuador.
Código Postal: EC010210
Teléfono: [593] 984254156

Fecha de Recepción: 08-02-2018
Fecha de Aceptación: 25-03-2018
Fecha de Publicación: 30-03-2018

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Quizphe M, Zaputt S, Encalada J, Jiménez T, Durán M, Reinoso J, Ortega P. Caso Clínico: Esteatocistoma Múltiple. Rev Med HJCA 2018; 10(1): 51-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.1.cc.08>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2018 Encalada J, et al. Licencia RevMed HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El Esteatocistoma Múltiple (EM), también denominado bocistomatosis o enfermedad poliquística epidérmica, es una patología cutánea poco frecuente con alta carga genética, que se caracteriza por la aparición de múltiples quistes, los mismos que son consecuencia de una alteración de los conductos de las glándulas sebáceas. Estos quistes pueden llegar a medir desde 1-2 milímetros hasta varios centímetros de diámetro. Es importante diferenciar el esteatocistoma múltiple con otras patologías como quistes eruptivos vellosos, quistes epidérmicos o lipomas para descartar síndromes cutáneos asociados a estas patologías. A nivel mundial no existen datos epidemiológicos del EM; se han reportado treinta casos en familias y varios casos esporádicos a nivel mundial. Generalmente se presenta entre la primera y segunda década de vida, con una mayor prevalencia en hombres.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina, de 26 años de edad, afrodescendiente, sin antecedentes personales o familiares de relevancia. Acudió a consulta externa de dermatología por presentar desde hace aproximadamente siete años, nódulos blanquecinos a nivel de axilas, cuello e hipogastrio, levemente pruriginosos, que aumentan en número y tamaño de manera progresiva.

EVOLUCIÓN: La paciente fue sometida a biopsia de lesión en región axilar derecha, con reporte de anatomía patológica compatible con esteatocistoma múltiple, los cuales fueron extirpados quirúrgicamente.

CONCLUSIONES: El esteatocistoma es una patología infrecuente, de la cual existen muy pocos estudios. Aunque se conoce su benignidad, es importante su diagnóstico diferencial, por su posible asociación a paquioniquia congénita, acné nódulo quístico, hipotricosis, hipertrichosis, hidrosadenitis supurativa y poliposis gastrointestinal. Además se debe sospechar de esta enfermedad cuando exista un cuadro clínico con nódulos quísticos.

PALABRAS CLAVES: ESTEATOCISTOMA, NÓDULOS BLANCO AMARILLENOS, BOCISTOMATOSIS, ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA EPIDÉRMICA, QUISTES.

ABSTRACT

Case Report: Multiple Steatocystoma

BACKGROUND: Multiple Steatocystoma (MS), also called bocistomatosis or epidermal polycystic disease, is rare skin pathology with high genetic load, which is characterized by the appearance of multiple cysts, which are the result of an alteration of the ducts of the sebaceous glands. These cysts can measure from 1 - 2 millimeters to several centimeters in diameter. It is important to differentiate multiple steatocystoma with other pathologies such as villous eruptive cysts, epidermal cysts or lipomas to rule out cutaneous syndromes associated with these pathologies. There are no clear data about the epidemiology of MS; thirty cases have been reported in families and several sporadic cases worldwide. It usually occurs between the first and second decade of life, with a higher prevalence in men.

CASE REPORT: A 26-year-old, female patient of African descent; without personal or family history. She came to the consult of dermatology for presenting approximately since seven years, whitish nodules at the level of armpits, neck and hypogastrium, slightly pruritic, increasing in number and size progressively.

EVOLUTION: The patient underwent a biopsy of the lesion in the right axillary region, with a pathology report compatible with multiple steatocystoma, which were surgically excised.

CONCLUSIONS: Steatocystoma is an infrequent pathology, of which there are very few studies. Although it is benignity is known, it is important to realize the differential diagnosis, for possible association with pachyonychia congenita, acne nodule cystic, hypotrichosis, hypertrichosis, hidradenitis suppurativa and gastrointestinal polyposis. In addition, this disease should be suspected when there is a clinical picture with cystic nodules

KEYWORDS: MULTIPLE STEATOCYSTOMA, WHITE YELLOW NODULES, BOCISTOMATOSIS, EPIDERMAL POLYCHYSIS DISEASE, CYST.

Caso Clínico: Esteatocistoma Múltiple

María Isabel Quizphe Rivera, Sayonara del Rocío Zaputt Cabrera, Javier Patricio Encalada Barzallo, Yuri Zulay Jiménez Tacuri, María Caridad Durán Lemarie, Jessica Maribel Reinoso Herrera, Pablo Fernando Ortega Espinosa.

INTRODUCCIÓN

El esteatocistoma tiene dos presentaciones: el esteatocistoma simple, caracterizado por presentarse como lesión única, sin tendencia hereditaria, descrito por primera vez por Brawnstein en 1982 [1], y el esteatocistoma múltiple (EM) con evidencia de tener carácter hereditario autosómico dominante, aunque en algunos estudios se han descrito casos esporádicos aislados. Se reportaron los primeros casos de esteatocistoma múltiple por Bosellini en 1898 [2] y Pringle en 1899 [3]. Kligman y Kirschbaum consideran al EM como un tumor dermoide, que podría ser calificado como pluripotencial ectodérmico. Posteriormente Sánchez-Yus estudia el caso de un paciente que padecía de EM y Quiste Velloso Eruptivo (QEV), por lo que propone que estas enfermedades están relacionadas, sin embargo se presentan en diferentes partes del folículo piloso [4 - 5].

El EM es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por múltiples quistes cutáneos blanco amarillentos, firmes, de localización predominante en axilas, escroto, esternón y regiones proximales de extremidades superiores. Puede aparecer en ambos sexos, pero predomina en hombres; es más frecuente durante la adolescencia, aunque puede presentarse en otras etapas de la vida [5].

Estos quistes son benignos y al puncionarlos generalmente drenan una sustancia oleosa, en la que ocasionalmente aparecen pelos [6].

Se debe diferenciar de foliculitis, queratosis pilar, erupción acnei-forme y dermatosis perforantes. Histopatológicamente se caracteriza por la presencia de una pared quística compuesta por capas de células epiteliales y una capa basal dispuesta en empalizada. En esta pared están presentes lóbulos de glándulas sebáceas y con presencia ocasional de pelos en la luz [5].

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 26 años de edad, afrodescendiente, sin antecedentes personales o familiares de relevancia, que acude a consulta externa de dermatología por presentar nódulos a nivel de axilas (imagen 1 y 2), cuello (imagen 3) e hipogastrio, levemente pruriginosos, de aproximadamente siete años de evolución, los mismos que han aumentado de tamaño y número de manera progresiva.

Imagen 1. Esteatocistoma en región axilar derecha: se observan múltiples nódulos blanco amarillentos, firmes en axila derecha.



Imagen 2. Esteatocistoma en región axilar izquierda: se observan múltiples nódulos blanco amarillentos, firmes en axila izquierda.



Imagen 3. Esteatocistoma en región cervical anterior: Nódulos blanco amarillentos, firmes en cuello.



En el examen físico se evidencia múltiples nódulos subcutáneos de aproximadamente 0.5 a 1 cm de diámetro, duros, adheridos, no dolorosos a la palpación con predominio en región axilar bilateral; además se observa lesión única de iguales características en región anterior de cuello y en hipogastrio

Se realiza biopsia de nódulo de axila derecha, con reporte de histopatología de lesiones quísticas que ocupan la dermis reticular y se encuentran tapizadas por epitelio plano estratificado, desprovisto de capa granular y queratinización de tipo cuticular (imagen 4 y 5). El diagnóstico histopatológico final es esteatocistoma múltiple. Los demás exámenes clínicos se encuentran dentro de parámetros normales.

Imagen 4. Histopatología de biopsia de axila derecha: se observa tejido cutáneo con presencia de quiste que ocupa la dermis reticular.

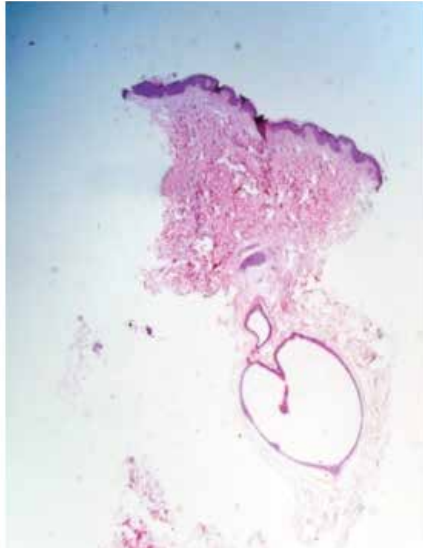
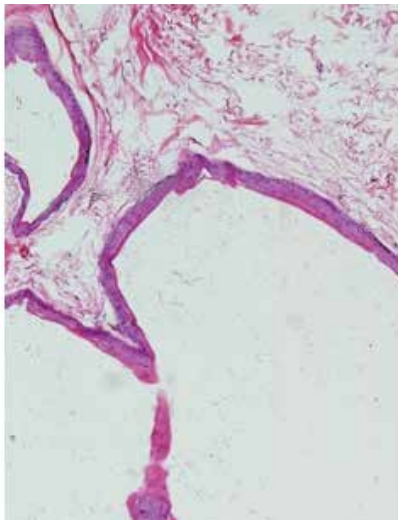


Imagen 5. Histopatología de biopsia de axila derecha: el quiste se encuentra tapizado por epitelio plano estratificado desprovisto de capa granular y queratinización de tipo cuticular. El interior del quiste se observa vacío.



EVOLUCIÓN

Con el informe histopatológico, el diagnóstico de la paciente corresponde a esteatocistoma múltiple. A pesar de la benignidad de las lesiones, la naturaleza y evolución de las mismas, se procede a realizar exéresis de las lesiones por petición de la paciente. El EM puede manifestarse con lesiones localizadas o generalizadas, por lo que es importante descartar que existan en otros órganos (principalmente abdomen), por esta razón se realizó ecografía abdominal, descartando lesiones en órganos internos. Se realizó una incisión con posterior evacuación del quiste y resección de su cápsula, cerrando con un punto simple de sutura monofilamento no reabsorbible que se retiró luego de siete días. Puesto que es un procedimiento ambulatorio, la paciente fue dada de alta y pudo realizar sus actividades cotidianas desde ese mismo día. La paciente no presentó ninguna complicación después de la exéresis de los nódulos, con un proceso de cicatrización normal y sin recidivas hasta el momento.

DISCUSIÓN

En el presente caso clínico exponemos la consulta de una paciente quien presenta nódulos a nivel de axilas desde la adolescencia, cuya preocupación se debe al aumento progresivo del tamaño de las mismas. La bibliografía ratifica que esta patología generalmente se presenta en edades tempranas (adolescencia o edad adulta temprana), mantiene un curso lento y benigno con una persistencia indefinida, afecta a ambos sexos por igual y es de predominio genético [4]. Sin embargo, en el caso de nuestra paciente aparentemente no existieron antecedentes familiares.

Al igual que en otros casos, durante el examen físico a nuestra paciente se evidenciaron múltiples lesiones quísticas de diferente tamaño, con rangos entre pocos milímetros a pocos centímetros de diámetro. Estas lesiones podían ser blanco amarillentas o eucrómicas, de superficie lisa y consistencia firme. Por lo general estas lesiones son asintomáticas, aunque en nuestra paciente provocaron prurito leve. Algunas lesiones pueden infectarse, inflamarse o dejar cicatriz. Cuando se los punciona suele drenar secreción amarillenta espesa característica [6].

Concordando con la bibliografía revisada [4], la mejor opción de tratamiento para la paciente fue la exéresis de las lesiones, debido a la facilidad y bajo índice de complicaciones.

Otro artículo sobre el manejo quirúrgico de esta patología [7], menciona que para quistes mayores a 1 cm de diámetro, se ha utilizado una técnica de aspiración con aguja; sin embargo con este procedimiento se ha observado un alto porcentaje de recidivas. Para eliminar quistes menores, se puede realizar la escisión quirúrgica, terapia con láser de CO₂, el drenaje del contenido o la extracción de la cápsula a través de una pequeña incisión; mediante estas dos últimas técnicas, se han obtenido excelentes resultados cosméticos con mínima recidiva. Por último, en el artículo previamente mencionado, decidieron utilizar la técnica descrita por Kaya y Col [8], en la que se realizan incisiones con el equipo de radiofrecuencia y luego se extraen los quistes. De acuerdo con esta literatura, el procedimiento fue rápido, simple y de mínimo sangrado. Además, debido al pequeño diámetro en el sitio de punción, las incisiones no requirieron sutura mejorando los resultados estéticos.

CONCLUSIÓN

El Esteatocistoma Múltiple es una entidad benigna infrecuente. Debido a su rara naturaleza, consideramos importante compartir este caso.

Se debe realizar la exéresis de las nodulaciones para mejorar la apariencia estética de los pacientes. Entre las técnicas utilizadas para evacuar los nódulos, preferimos la incisión por la facilidad de extraer la cápsula del quiste sin complicaciones, previniendo recidivas.

RECOMENDACIONES

El diagnóstico clínico e histopatológico son la base para diferenciar al esteatocistoma múltiple de otras patologías dermatológicas de similares características y así poder explicar al paciente el curso clínico y opciones terapéuticas de esta dermatosis. El tratamiento de elección es la exéresis, la que nos ayuda a mejorar la apariencia estética del paciente, y por ello la técnica quirúrgica a emplearse debe ser realizada con sumo cuidado, evitando dejar secuelas.

Caso Clínico: Esteatocistoma Múltiple

María Isabel Quizphe Rivera, Sayonara del Rocío Zaputt Cabrera, Javier Patricio Encalada Barzallo, Yuri Zulay Jiménez Tacuri, María Caridad Durán Lemarie, Jessica Maribel Reinoso Herrera, Pablo Fernando Ortega Espinosa.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

MQ: Diagnóstico, imágenes, tratamiento del paciente. SZ: análisis del caso y redacción del manuscrito, análisis crítico del caso. JE: Redacción del manuscrito. YJ: revisión bibliográfica. MD: Recolección de información JR: Recolección de información. PO: Diagnóstico e imágenes histopatológicas.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- María Isabel Quizphe Rivera, Doctora en Medicina y Cirugía, Servicio de Dermatología del Dispensario Central de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Especialista en Dermatología. Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0160-2316>

- Sayonara Zaputt Cabrera, Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Dermatología, Unidad de Dermatología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8633-6167>

- Javier Patricio Encalada Barzallo, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Dermatología. Unidad de Dermatología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8475-5157>

- Yuri Zulay Jiménez Tacuri, Médica General Universidad de Loja. Loja – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6402-7398>

- María Caridad Durán Lemarie, Estudiante de Posgrado en Medicina Interna, Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos Ciudad de México – México.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2207-8477>

- Jessica Maribel Reinoso Herrera, Médica General en Funciones Hospitalarias de Unidad de Dermatología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9156-6960>

- Pablo Fernando Ortega Espinosa. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Anatomía Patológica. Laboratorio de Patología Dia La-bLoja – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6855-8252>

ABREVIATURAS

CO2: Dióxido de Carbono; cm: centímetro; EM: esteatocistoma múltiple; MS: Multiple steatocystoma; QEV: quistes eruptivos vellosos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento escrito del paciente para la publicación del caso y sus imágenes.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses.

CÓMO CITAR UN ARTICULO

Quizphe M, Zaputt S, Encalada J, Jiménez Y, Durán M, Reinoso J, Ortega P. Caso Clínico: Esteatocistoma Múltiple. Rev Med HJCA 2018; 10(1): 51-55 DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.1.cc.08>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <http://publons.com/review/1964852>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liatto de Nógalo A, Garlatti M, Molina S, Romano S, Cannata V, Lorenz A. Esteatocitoma multiple a propósito de un caso. Arch Argent Dermatol [Internet]. 2007;57(1): 23-25. Disponible en: <http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/Arch.%20Argent.%20Dermatol.%2057%2023-25%202007.pdf>
2. Jerasustus S, Suvanprakoran P, Sombatworapat W. Eruptive vellushair cyst and steatocystoma multiplex. J Am Acad Dermatol [Internet]. 1989;20(2): 292-293. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(89\)80062-3](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(89)80062-3)
3. Gómez M, Rodríguez T, Soler T, Pérez N. Esteatocistoma múltiple: descripción de un caso de características típicas. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2000;91(1):521-524. Disponible en: www.actasdermo.org/es/pdf/13010802/S300/
4. García E, Castro J, Idoate M. Esteatocistoma Múltiple: tratamiento quirúrgico. Caso clínico y revisión de la literatura. Rev Med Univ Navarra. 2006;50(1):24-26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28111046_Esteatocistoma_multiple
5. Escobar S, Seijo J, Enríquez J, Novales J, Santa J, Navarrete G. Esteatocistoma múltiple y quistes vellosos con topografía Facial. Rev. Cent Dermatol Pascua. 2002;11(3):163-165. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2002/cd023m.pdf>
6. Hashimoto K, Lever WF. Tumores epidérmicos y apéndices. Fitzpatrick TB y cols. Dermatología en Medicina General. Buenos Aires: Panamericana 1988; (1): 966-967.
7. Ferreira M, Balian M, Sánchez C, Pellerano G, Chouela E. Tratamiento quirúrgico de la sebo cistomatosis. Act Terap Dermatol 2004;27(1):186 -189. Disponible en: http://www.atdermae.com/pdfs/atd_27_03_04.pdf
8. Kaya T, Ikizoglu G, Kokturk A, Turse U. A simple surgical technique for the treatment of steatocystoma multiplex. Int J Dermatol. 2001;40(12): 785-788. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11903679>