



Clínica cotidiana

Tumores en el cuello

Luis Manuel López Ballesteros^{a,*}, Reyes Gil Martín^b, Juan Jurado Moreno^a

^aCentro de Salud Medina del Campo Rural. Medina del Campo (Valladolid). ^bCentro de Salud de Serrada (Valladolid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de marzo de 2019

Aceptado el 16 de diciembre de 2019

On-line el 20 de marzo de 2020

Palabras clave:

Cirugía menor

Quiste epidérmico

Tumor

Keywords:

Minor surgery

Epidermal cyst

Tumor

R E S U M E N

Se presenta un caso de alta frecuencia en la consulta de atención primaria, como es una lesión quística en la piel. La peculiaridad de este caso es el tratamiento quirúrgico en esta localización que entraña ciertas complicaciones. Por tanto, es de obligado conocimiento por parte del médico el riesgo que supone la exéresis y dar máxima seguridad al paciente.

La intención del presente artículo es el abordaje integral de la lesión: por un lado, el aspecto puramente clínico/dermatológico y por otro, el tratamiento quirúrgico.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Neck tumors

A B S T R A C T

A case of high frequency is presented in the primary care consultation, as it is a cystic lesion on the skin. The peculiarity of this case is the surgical treatment, which involves certain complications at this location. Therefore, it is mandatory for the doctor to know the risk of exeresis and give maximum safety to the patient.

The intention of this article is the comprehensive approach to the lesion: on the one hand, the purely clinical / dermatological aspect and on the other, the surgical treatment.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Varón de mediana edad que acude a la consulta de su médico de atención primaria por unas lesiones tumorales en la parte lateral del cuello (Fig. 1), de larga evolución, que han tenido un crecimiento lento y no le producen ningún síntoma; le preocupa su aspecto estético.

Presenta dos lesiones sobrelevadas; la superior tiene una localización más superficial y coloración amarillenta. Con la

palpación se aprecia que las lesiones son intradérmicas, de bordes bien definidos y no están adheridas a planos profundos. Al realizar presión sobre los bordes de la lesión más próxima a la base del cuello se pone de manifiesto la presencia de un poro que corresponde a un orificio obturado del folículo pilosebáceo. Finalmente diagnosticamos ambas lesiones como quistes epidérmicos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lmlb_va@semg.es (L.M. López Ballesteros).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2019.061>

2254-5506 / © 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Ambas lesiones tienen un crecimiento lento, por lo que el aumento de tamaño puede considerarse una complicación. Ante un traumatismo mínimo, se pueden romper al exterior de la piel o bien al interior de la dermis; en este último caso, se producirá una reacción inflamatoria a cuerpo extraño en la dermis. Además, se puede presentar una calcificación distrófica del contenido del quiste.

Sin embargo, es la infección la complicación más frecuente, con lo que al contenido queratósico se le suma el crecimiento bacteriano, que puede ser bastante desagradable tanto para el sanitario como para el paciente.

Hay comunicaciones sobre su posible malignización, pero esta hipótesis es más que dudosa^{1,2}.

Comentario

Se define quiste epidérmico a una cavidad de contenido líquido o semisólido, revestida por epitelio³. Su apariencia clínica no es específica, por lo que su diagnóstico de certeza es estrictamente anatomopatológico. Se los designa según el tipo de epitelio que tapiza sus paredes:

- Quiste epidérmico o infundibular (QE). Llamado también "de inclusión". Se trata de una formación quística originada de la porción infundibular de la unidad pilosebácea. Son los más comunes (80 %). Se localizan sobre todo en la cara, el cuello, el tórax y la espalda. También pueden surgir como consecuencia de algún traumatismo en las partes acras. Epitelio: escamoso estratificado con presencia de capa granulosa. Pared: desprovista de elementos. Contenido: queratina laminada ortoqueratósica.
- Quiste de milium. Es igual que el anterior pero de menor tamaño, localizado en la superficie de la dermis. Puede ser primario o secundario a dermoabrasiones o traumatismos.
- Quiste pilar. También llamado triquilemal, es el segundo en frecuencia. Se localiza la mayoría de las veces en el cuero cabelludo y tiene un claro componente hereditario. Asienta en la dermis reticular media hasta profunda y también en el tejido celular subcutáneo.

Histológicamente:

- El quiste epidérmico es una cavidad unilocular redondeada, cubierta por epitelio poliestratificado. En su interior aparece un cúmulo de queratina en láminas. Cuando se rompe y el contenido alcanza la dermis se produce inflamación intensa con formación de granulomas tipo cuerpo extraño.
- El quiste triquilemal (pilar) es una cavidad unilocular redondeada, cubierta por epitelio idéntico al del sector triquilemal, ístmico, del folículo pilosebáceo (sin capa granulosa).

Una vez identificadas las lesiones, se procede a aplicar el protocolo de atención en Cirugía Menor, con el consentimiento informado firmado por el paciente o responsable legal. En él se detalla que la lesión quística sólo se resuelve mediante cirugía; también se informa del acto quirúrgico y de sus posibles complicaciones.

En el medio en el que se realiza la intervención se deben mantener las recomendaciones de asepsia, antisepsia, este-



Figura 1

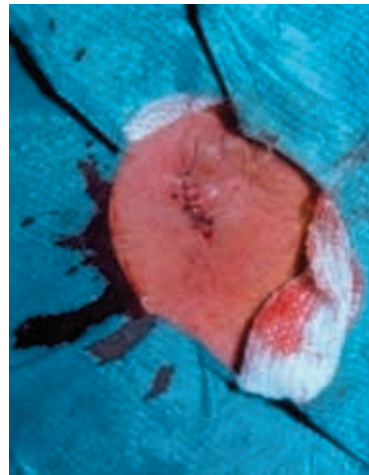


Figura 2

rilización y desinfección. Para ello se utilizará material estéril (batas de un solo uso, guantes quirúrgicos, paño quirúrgico fenestrado, material fungible y no fungible...). Sobre la superficie a intervenir se aplica un antiséptico (povidona yodada) de forma amplia (Fig. 2). En nuestra intervención participó un ayudante.

Se comienza marcando con rotulador quirúrgico sobre la superficie de la piel las líneas sobre las que vamos a incidir teniendo en cuenta las líneas de tensión de Langer⁴; en este caso se trata de una localización de riesgo, pero para que esto ocurra hay que ir a planos profundos. El cuello es una de las zonas de riesgo descrita por Seckel⁵, concretamente como zona 1, que corresponde al nervio auricular mayor cuando emerge de la profundidad del esternocleidomastoideo. Su afectación produce hipoestesia en los dos tercios inferiores de la oreja y la mejilla.

Antes de anestesiar hay que preguntar o tener registradas posibles alergias. A continuación, se infiltra el anestésico perilesionalmente, en forma de rombo; el más utilizado en nuestro medio es la mepivacaína, que en caso de alergias se sustituye por lidocaína. Después de esperar unos minutos, podemos realizar la incisión con bisturí (hoja nº 15) y llevar a cabo la exéresis de la lesión procurando no profundizar más de lo necesario.



Figura 3



Figura 4

Para finalizar, se sutura por planos, eligiendo preferentemente para la piel sutura monofilamento sintética, que reduce la reacción tisular.

Se remite la pieza a anatomía patológica (Fig. 3) para el diagnóstico definitivo. Resultado estético (Fig. 4).

El informe de anatomía patológica era idéntico en las dos muestras, por lo que solo hacemos mención a la lesión superior: "formación quística de 12 mm de máximo diámetro que al corte presenta abundante material pastoso de coloración blanco-amarillenta; la formación descrita presenta un epitelio plano poliestratificado queratinizado; se observa capa granulosa. Diagnóstico: quiste epidermoide".

Conclusión

Antes de la intervención hay que explicar al paciente el procedimiento quirúrgico de la forma más rigurosa posible. El que sea una lesión benigna y, como en este caso, un quiste epidérmico, no minimiza la importancia de la operación. Hay que advertir de que siempre quedará una cicatriz quirúrgica por pequeña que sea la incisión y de que pueden aparecer complicaciones derivadas de la intervención.

En el acto quirúrgico en sí es recomendable seguir el protocolo de Cirugía Menor que esté presente en el Área o Zona de Salud, completar en la historia clínica informatizada todos los apartados que nos solicitan y realizar las pruebas preoperatorias que se consideren necesarias.

Una complicación habitual en la mayoría de las exéresis es la presencia de un hematoma, cuando se deja un espacio muerto intradérmico y no se ha realizado una buena hemostasia. Para evitar este problema es recomendable poner un drenaje.

En el caso de que el quiste esté infectado, se demorará la intervención y se instaurará la antibioterapia apropiada hasta que el mismo esté en condiciones adecuadas para su tratamiento quirúrgico.

Para finalizar, debemos insistir en que no hay que banalizar ningún acto quirúrgico por mínimo que sea. Para reforzar las conclusiones de este caso, es importante resaltar un editorial publicado en la revista *Piel* por el Dr. Antonio Vilalta Solsona⁶, en el que señala que «Popularmente hay la creencia de que "esto no es nada y voy a que me lo quiten en un momento". Creencia errónea, debida en parte a nuestra propia culpa, y sobre todo por la ligereza tan habitual, pero tan arriesgada, propia de cirujanos mayormente inexpertos, de decir "esto no es nada, se lo hago en un momento". Esta última frase debería ser abolida del léxico médico-quirúrgico».

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sau P, Graham JH, Helwig EB. Proliferating epithelial cysts. Clinicopathological analysis of 96 cases. *J Cutan Pathol.* 1995; 22: 394-406.
2. Wilson Jones E: Proliferating epidermoid cysts. *Arch Dermatol.* 1966; 94: 11.
3. Vincent C, Ho Y. Tumores epiteliales benignos. En: Fitzpatrick (ed). *Dermatología en medicina general.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 928-32.
4. Wilhelmi BJ, Blackwell SJ, Phillips LG. Líneas de Langer: para usar o no usar. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 104: 208-14.
5. Seckel, B. Zonas Faciales Peligrosas. *Cómo evitar lesiones nerviosas durante la cirugía plástica facial.* 1ª ed. España: AMOLCA; 2008. Disponible en: http://www.anme.com.mx/libros/BROOKE-ZONAS_FACIALES_PELIGROSAS.
6. Vilalta S. Cirugía del quiste epidermoide. ¿Es cirugía avanzada? *Piel.* 2011; 26: 429-30.