



CASO CLÍNICO

Un caso raro de quiste epidermoide plantar bilocular secundario a iatrogenia con extensión al dorso del antepié



Antonio Córdoba-Fernández^{a,*} y Ángel Eslava-Bejines^b

^a Departamento de Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Centro Radiológico por la Imagen (CERCO), Sevilla, España

Recibido el 19 de abril de 2016; aceptado el 2 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 6 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Quiste epidermoide;
Queratosis plantar;
Verruga plantar;
Ganglión

KEYWORDS

Epidermal cyst;
Plantar keratosis;
Plantar wart;
Ganglion cyst

Resumen Los quistes epidermoides de la planta del pie son lesiones poco frecuentes que deben distinguirse de otras patologías subcutáneas de localización plantar. Suelen ser por lo general de crecimiento lento, uniloculares y rara vez afectan al dorso del pie. Presentamos un caso de quiste epidermoide plantar bilocular secundario a iatrogenia que se extendió al dorso del antepié. El diagnóstico de sospecha de estas lesiones debe hacerse siempre con el apoyo de pruebas complementarias de imagen y la confirmación diagnóstica siempre se obtiene tras la extirpación quirúrgica y el estudio histopatológico.

© 2016 Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

A rare case of neglected bilocular plantarepidermoid cyst with invasion the dorsum of the forefoot

Abstract Epidermoid cysts of the sole of the foot are quite rare lesions which must be differentiated from other more common subcutaneous pathologies located on the sole. These lesions are usually slow-growing and unilocular and rarely affect the dorsum of the foot. A case of neglected bilocular epidermal cyst lesion located on the sole with invasion the dorsum of the forefoot is presented. Suspected diagnosis of these lesions should be made with the support of additional imaging tests and diagnostic confirmation should always be obtained after surgical removal and subsequent histopathological study.

© 2016 Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acordoba@us.es (A. Córdoba-Fernández).

Introducción

Los quistes epidérmicos o quistes por inclusión son lesiones localizadas por lo general en el tejido celular subcutáneo que resultan de la implantación de células epidérmicas en el interior de la dermis. Se caracterizan por la presencia de una pared de refuerzo epitelial en cuyo interior se genera un contenido pastoso rico en queratina que es el resultado de la proliferación de células epidérmicas superficiales en el interior de la dermis. Los quistes epidérmicos son lesiones frecuentes en el cuero cabelludo, la cara, el cuello, el tronco y la espalda, siendo muy rara su localización en zonas acras y especialmente en las palmas y las plantas^{1,2}. En las localizaciones palmares o plantares su etiología puede estar relacionada con historia previa de traumatismo o cirugía, aunque también se ha relacionado con la presencia de infecciones por virus de papiloma humano³⁻⁵.

El diagnóstico diferencial de los quistes epidérmicos plantares (QEP) debe realizarse siempre con otras lesiones, como gangliones, lipomas, dermatofibromas o verrugas, entre otros, y las pruebas de diagnóstico por imagen, especialmente la resonancia magnética (RM) y la ultrasonografía (US), pueden ayudar al diagnóstico^{5,6}. La confirmación diagnóstica definitiva se obtiene tras la exéresis quirúrgica y el estudio histopatológico. En la mayoría de los casos publicados de QEP las lesiones se presentaron como masas uniloculares localizadas en el tejido celular subcutáneo y superficiales a la fascia. Son escasos los casos publicados de QEP que se presentaron con más de una lobulación y que, con afectación o no de la musculatura interósea, se extendieron al dorso del pie. Presentamos el caso de un QEP bilobulado secundario a cirugía de una queratosis plantar recurrente que se extendió al dorso del antepié.

Presentación del caso

Un paciente mujer de 35 años, sin antecedentes patológicos de interés, consulta por una masa en el primer espacio metatarso-digital de su pie derecho, de crecimiento progresivo, que origina molestias y conflicto de espacio con el calzado. La paciente informa que durante los últimos 5 años ha sido tratada regularmente por su podólogo de queratosis plantar recurrente bajo la cabeza del segundo metatarsiano con escasos resultados tras desbridamientos periódicos y tratamiento ortésico. Tras valoración biomecánica y radiológica, se recomienda a la paciente abordar quirúrgicamente el problema con una osteotomía elevadora; sin embargo, esta opta por consultar con su médico de familia, que estima oportuno derivarla al dermatólogo de zona. Este diagnostica la lesión como papiloma plantar y realiza tratamiento quirúrgico mediante exéresis de la lesión con posterior cierre primario mediante sutura directa. Al año de la cirugía la paciente vuelve a consultar con el podólogo por recurrencia de la callosidad plantar. Tras la realización de nuevas proyecciones radiológicas dorso-plantar en carga y axial de sesamoideos (figs. 1 y 2), se vuelve a recomendar de nuevo el tratamiento quirúrgico inicialmente propuesto. La paciente consiente finalmente ser intervenida y tras el estudio preanestésico y bajo anestesia local se realiza osteotomía elevadora tipo Kuwada-Dockery en el segundo metatarsiano fijada con aguja de Kirshner



Figura 1 Proyección dorsoplantar con testigo donde se observa ensanchamiento de la cortical del segundo metatarsiano con localización de la queratosis plantar ligeramente distal a la cabeza metatarsal.

de 1,2mm (fig. 3). El posquirúrgico cursa sin incidencias destacadas, permitiéndosele a la paciente utilizar calzado convencional a las 6 semanas. A partir de los 2 meses de la cirugía, se evidencia una mejoría gradual de la sintomatología con desaparición de la lesión hiperqueratósica. Dieciocho meses más tarde, la mujer vuelve a consultar con el podólogo por observar un abultamiento en el dorso de la segunda articulación metatarso-falángica. A la palpación se localiza dorsalmente una masa de consistencia blanda, elástica y ligeramente fluctuante que invade el primer



Figura 2 Proyección axial de sesamoideos que confirma la relación entre la localización de la lesión hiperqueratósica y la cabeza del segundo metatarsiano.



Figura 3 Imagen radiológica postoperatoria tras la realización de la osteotomía capital.

espacio intermetatarsal y que se pone más de manifiesto con la paciente en carga. Se realiza proyección radiológica dorso-plantar en carga, donde no se observa ningún hallazgo compatible con afectación osteoarticular, aunque se aprecia un ligero incremento de partes blandas en el primer espacio interdigital comparado con el observado en la radiografía preoperatoria realizada con anterioridad a la segunda intervención (fig. 4). Se solicita RM con contraste de gadolinio cuyo informe destaca la presencia de una lesión bilobulada que ocupa el espacio intermetatarsal distal entre el primer y el segundo dedo. En secuencia potenciada en T1 y corte axial, la masa tiene forma ovalada y presenta paredes bien definidas con una lobulación dorsal y otra plantar intercomunicadas entre sí y separadas por un septo (fig. 5). En secuencia potenciada en T1 y corte axial sobre plano sagital, la lesión presentó isointensidad con el músculo. El lóbulo plantar presenta un diámetro máximo en sentido sagital de $1,5 \times 8$ cm y el componente más dorsal de $1,2 \times 1,4$ mm (fig. 6). En los cortes coronales en T2 y en T2-STIR la lesión se presentó con hiperintensidad con algún contenido heterogéneo compatible con presencia de material de origen inflamatorio o enzimático (figs. 7 y 8). En el corte axial potenciado en T1 se observó también atrofia del tejido celular subcutáneo bajo la cabeza del segundo metatarsiano compatible con antecedente traumático o quirúrgico (fig. 9). Los metatarsianos adyacentes, así como los tendones del primer y segundo dedo, son normales respecto a intensidad y grosor, no observándose signos inflamatorios



Figura 4 Imagen radiológica a los 18 meses de la osteotomía capital. Puede observarse un ligero aumento de partes blandas en el primer espacio interdigital.

asociados en la segunda articulación metatarso-falángica. El diagnóstico diferencial de sospecha incluyó quiste sinovial o seroma quistificado. A raíz del informe, se propone a la paciente la extirpación quirúrgica de la lesión mediante abordaje dorsal, a lo que accede tras firmar el correspondiente consentimiento informado. Bajo bloqueo anestésico de tobillo, se realiza incisión dorsal longitudinal que se extiende hasta la comisura interdigital (fig. 10). Pese a que se realiza disección roma para delimitar la lesión, en el curso de la intervención se produce rotura accidental de la cápsula

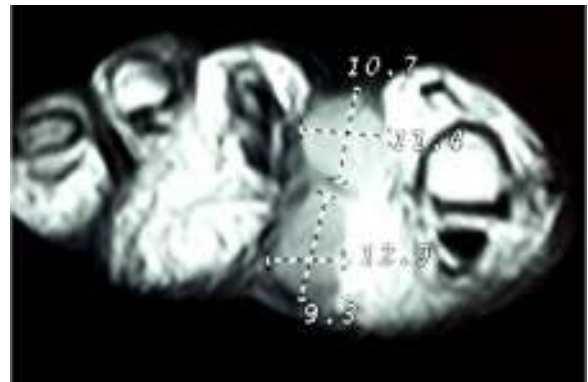


Figura 5 Imagen de RM potenciada en T1 donde se aprecia en el corte axial el aspecto bilobulado de la lesión con 2 lobulaciones, una dorsal y otra plantar, separadas por un septo e interconectadas.



Figura 6 Corte potenciado en T1 donde se observa isointensidad de la lesión con la musculatura interósea.

con salida de abundante contenido amarillento denso y de consistencia caseosa. Una vez extirpada, la lesión se procede al cierre por planos y la pieza extirpada es remitida a anatomía patológica para su estudio. La descripción macroscópica de la pieza corresponde a un fragmento laminar de aspecto blanquecino y elástico de $2,1 \times 1,2$ cm de diámetro. El estudio histopatológico confirma la presencia de un epitelio escamoso bien diferenciado constituyendo la cápsula de la lesión que, a su vez, se encuentra rodeado por una pared de tejido conectivo hiperplásico, lo que confirma el diagnóstico de quiste de inclusión epidérmico roto con reacción histiocitaria y gigantocelular de tipo «a cuerpo extraño». Después de 3 años de seguimiento, no se observó recidiva de la lesión y la paciente se encuentra asintomática.

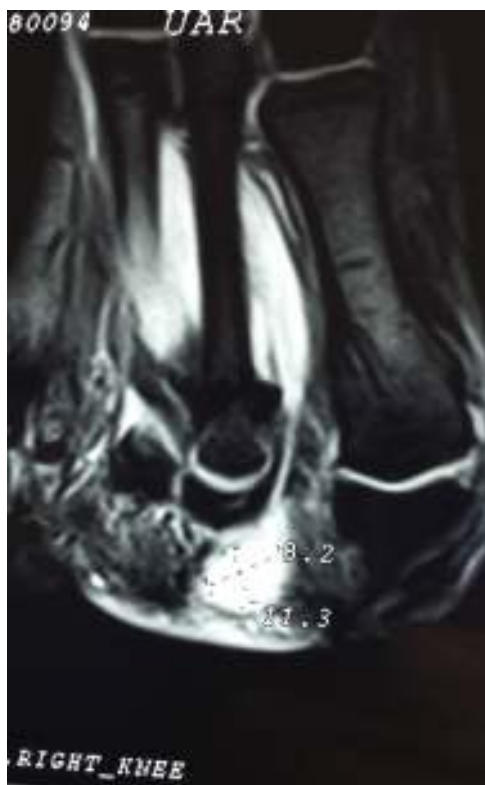


Figura 7 Corte coronal potenciado en T2-STIR donde se puede observar la hiperintensidad del lóbulo plantar.

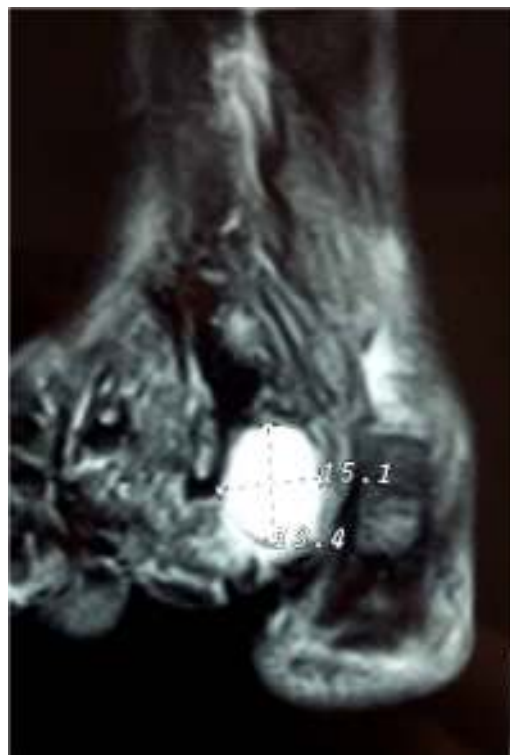


Figura 8 Corte coronal con imagen potenciada en secuencia T2 que permite observar la hiperintensidad del lóbulo dorsal del quiste.

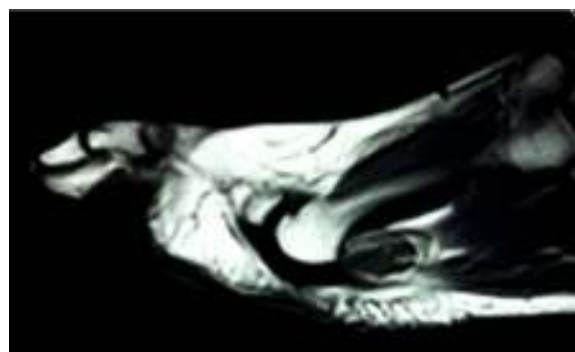


Figura 9 Imagen sagital en secuencia T1 donde se observa atrofia de la grasa plantar bajo la cabeza del segundo metatarsiano.

Discusión

Los QEP son lesiones atípicas y suponen menos de un 10% de todos los casos que afectan a las extremidades⁷. En ocasiones, se asocian a un antecedente quirúrgico o traumático y suelen localizarse en el tejido celular subcutáneo. La mayoría de los casos publicados se presentaron como lesiones uniloculares y rara vez alcanzaron tamaños superiores a los 2 cm de diámetro máximo. Ozawa et al.⁸ informan de un caso de un QEP gigante (más de 5 cm de diámetro) como lesión unilocular en un varón de 65 años localizado en el cuarto espacio intermetatarsal que afectó a la musculatura interósea y que, como en el presente caso, no se apreció a la inspección afectación dorsal, aunque pudo ser palpado en



Figura 10 Aspecto de la incisión a las 48 h. Puede observarse lateralmente la cicatriz dorsal correspondiente a la segunda cirugía (osteotomía).

el dorso del pie con el paciente en carga. Como en nuestro caso, el paciente había sido tratado quirúrgicamente 40 años antes de un callo en la planta próximo a la base del quinto metatarsiano de su pie derecho. Malkoc et al.⁹ publican un caso de QEP bilocular en una mujer de 34 años, muy similar en tamaño y localización al aquí presentado y que también se extendió al dorso sin afectación de la musculatura interósea. Al igual que en nuestro caso, la localización más distal de la lesión impidió que la musculatura interósea se viera involucrada, si bien al localizarse en ambos casos el quiste en una zona de gran sollicitación mecánica como el antepié, su crecimiento y extensión hacia al dorso del antepié pudieron verse favorecidos en un plazo corto. Ferguson et al.¹⁰ informan de un caso de un QEP secundario a una coablación con radiofrecuencia para el tratamiento de fascitis plantar. Existen, sin embargo, otros casos de QEP donde no se describe antecedente traumático o quirúrgico^{11,12}. Más raros si cabe son los quistes epidermoides multiloculares descritos en la literatura. En torno a una docena de estos casos han sido publicados. Estos se presentaron como lesiones gigantes localizadas en la nalga, el muslo, la ingle o el cuero cabelludo, con un diámetro medio en torno a 10 cm, todas ellas consideradas lesiones gigantes¹³. Tan solo se han descrito en la literatura 2 casos de QEP multiloculado. En un caso, la lesión presentó un diámetro máximo de 5,5 cm¹² y en el otro, un caso muy similar al aquí presentado, con un diámetro de 3,5 × 1 cm⁹. Algunos autores describen la posibilidad de multiloculación de estas lesiones y enfatizan en la necesidad de considerar esta posibilidad de forma que estas lesiones puedan ser distinguidas de neoplasias con las que fácilmente pueden ser confundidas y puedan ser adecuadamente diagnosticadas y abordadas quirúrgicamente^{12,13}.

En ocasiones, la rotura de un QEP de grandes dimensiones puede originar una reacción a cuerpo extraño que puede desencadenar una bursitis. Matsumoto et al.¹⁴ informan de un caso en una mujer de 44 años de edad con 2 masas en su antepié derecho. Las radiografías mostraron focos de calcificación y la resonancia evidenció la presencia de 2 masas de composición diferente una de localización dorsal y otra plantar, esta última próxima a la cabeza del quinto metatarsiano. La masa de localización dorsal fue de características quísticas, mientras que la plantar fue sólida. El estudio histológico e inmunohistoquímico reveló que la primera de las lesiones correspondía a una bursitis intermetatarsal, mientras que la plantar correspondió a un quiste epidérmico roto¹³. En nuestro caso, la rotura del quiste se produjo accidentalmente durante la intervención; sin embargo, el informe histopatológico destaca la presencia de reacción histiocitaria y gigantocelular de tipo «a cuerpo extraño», por lo que cabe pensar que pudo haberse producido alguna rotura de la cápsula. Esta circunstancia es posible especialmente en aquellos QEP localizados en zonas de carga especialmente del antepié, donde las sollicitaciones mecánicas son importantes.

En conclusión, y dado que los QEP son lesiones infrecuentes, es necesario que el diagnóstico diferencial se realice siempre con el apoyo de pruebas complementarias de imagen con alta sensibilidad. En casos de QEP como el aquí presentado, donde existe una sospecha de que el antecedente traumático o quirúrgico puede estar relacionado, el apoyo de pruebas de imagen como la RM o la US se hacen si cabe imprescindibles. Los QEP en ecografía se presentan como lesiones hipocogénicas comparadas con la grasa y avasculares al Doppler color. Las imágenes de RM en quistes epidérmicos localizados en el tejido celular subcutáneo se caracterizan por presentarse como lesiones bien delimitadas e hiperintensas en la señal potenciada en T1 y con buena resolución del borde periférico de la lesión. En la imagen potenciada en T2 y STIR, las lesiones se presentan como imagen intensa con presencia de algunos focos brillantes. En determinadas circunstancias, cuando el quiste es multilocular o bien este se rompe accidentalmente, la imagen de RM puede confundirse con la presencia de una infección o de una neoplasia y es necesario en estos casos establecer un adecuado diagnóstico diferencial.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Berlin SJ. A laboratory review of 67000 foot tumors and lesions. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1984;74:341-7.
2. Bartolomei FJ, McCarthy DJ, Gastwirth CM, Peet FJ Jr. Epidermal cyst of the plantar surface. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1985;75:207-10.
3. Lemont H. Traumatic inclusion cyst *versus* pilar cyst of the foot. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1992;82:218-20.
4. Egawa K, Kitasato H, Honda Y, Kawai S, Mizushima Y, Ono T. Human papillomavirus 57 identified in a plantar epidermoid cyst. *Br J Dermatol.* 1998;138:510-4.
5. Sato Y, Nozaki T, Matsusako M, Eto H, Matsui M, Ohtake N, et al. Human papillomavirus-associated plantar epidermoid cysts: MR and US imaging appearance. *Skeletal Radiol.* 2014;43:257-61.
6. Shibata T, Hatori M, Satoh T, Ehara S, Kokubun S. Magnetic resonance imaging features of epidermoid cyst in the extremities. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2003;123:239-41.
7. Bartolomei FJ, McCarthy DJ, Gastwirth CM, Peet FJ. Epidermal cyst of the plantar surface. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1985;75:207-10.
8. Ozawa T, Harada T, Ishii M. Giant epidermal cyst extending from sole to dorsum of the foot by penetrating the interosseous muscles. *J Dermatol.* 2008;35:25-8.
9. Malkoc M, Korkmaz Ö, Genç Y, Say F, Aytekin MN. Giant epidermal cyst of the foot. *Srp Arh Celok Lek.* 2014;142:607-9.
10. Ferguson K, Thomsom AG, Moir JS. Case study: Epidermoid cyst following percutaneous Topaz coblation for plantar fasciitis. *Foot (Edinb).* 2012;22:46-7.
11. Basterzi Y, Sari A, Ayhan S. Giant epidermoid cyst on the fore-foot. *Dermatol Surg.* 2002;28:639-40.
12. Ito R, Fujiwara M, Kaneko S, Takagaki K, Nagasako R. Multilocular giant epidermal cysts. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:120-2.
13. Fujiwara M, Nakamura Y, Ozawa T, Kitoh A, Tanaka T, Wada A, et al. Multilocular giant epidermal cysts. *Br J Dermatol.* 2004;151:943-5.
14. Matsumoto K, Okabe H, Ishizawa M. Intermetatarsophalangeal bursitis induced by a plantar epidermal cyst. *Clin Orthop Reat Res.* 2001;385:151-6.